



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TESE DE DOUTORADO

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA JOVENS:
ESTUDO DE CASO NUMA ORGANIZAÇÃO GOVERNAMENTAL E NUMA
ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

DOUTORANDA: MARLY MARQUES DA CRUZ

**PRIMEIRA ORIENTADORA: ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS
SEGUNDA ORIENTADORA: SIMONE SOUZA MONTEIRO**

Rio de Janeiro – RJ
Agosto, 2006

MARLY MARQUES DA CRUZ

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA JOVENS:
ESTUDO DE CASO NUMA ORGANIZAÇÃO GOVERNAMENTAL E NUMA
ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ como requisito para a obtenção do título de doutor em Saúde Pública.

**PRIMEIRA ORIENTADORA: ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS
SEGUNDA ORIENTADORA: SIMONE SOUZA MONTEIRO**

Rio de Janeiro – RJ
Agosto, 2006

MARLY MARQUES DA CRUZ

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS PARA JOVENS:
ESTUDO DE CASO NUMA ORGANIZAÇÃO GOVERNAMENTAL E NUMA
ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro, 08 de agosto de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
(Departamento de Medicina Preventiva/USP)

Profa. Dra. Maria Cristina Pimenta
(Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA)

Profa. Rosely de Oliveira Magalhães
(Departamento de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/ENSP/FIOCRUZ)

Prof. Dr. José Wellington Gomes Araújo
(Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde/ENSP/FIOCRUZ)

Profa. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (Orientadora)
(Departamento de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/FIOCRUZ)

Profa. Dra. Simone Souza Monteiro (Co-orientadora)
(Departamento de Biologia/IOC/FIOCRUZ)

CATALOGAÇÃO DA FONTE

Cruz, Marly Marques

Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro/ Marly Marques da Cruz. – 2006.

234 Folhas.

Orientadores: Elizabeth Moreira dos Santos & Simone Souza Monteiro

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)

1. Avaliação – Prevenção – DST/AIDS – Juventude – ONG – Serviço de Saúde

EPÍGRAFE

O Adolescente

*A vida é tão bela que chega a dar medo
Não o medo que paralisa e gela,
estátua súbita,
mas
esse medo fascinante e fremente de curiosidade que faz
o jovem felino seguir para a frente farejando o vento
ao sair, pela primeira vez da gruta,
Medo que ofusca: luz
Cumplidamente as folhas contam-te um segredo
Velho como o mundo
Adolescente, olha! A vida é nova
A vida é nova e anda nua
Vestida apenas com o teu desejo!*

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

À Elizabeth Moreira pela força, intensidade e perspicácia na arte de ensinar e provocar inquietações tão promissoras no cotidiano de minha vida acadêmica;

À Simone Monteiro pelo brilho de sempre e pela forma acolhedora, afetuosa e responsável de encaminhar e dar sentido ao texto da aprendiz;

À Zulmira Hartz minha admiração e carinho por sua atenção e paixão contagiante no ensino da avaliação;

A Angelo Amaral, Sonia, Márcia, Renan Erick e Igor Renato que formam uma família tão grandiosa, incansável e afetiva na maneira de lutar e fazer acontecer a vida;

À Tatiana Wargas, Adriana Rosa, Silvia, Rose, Adriana Nogueira, Margareth Paiva, Geandro, Heliana Conde, Cerezzo e Luiz Carlos amigos tão queridos nas palavras e nos gestos;

À Rosely Magalhães, Reinaldo, Janine, Inesita, Eliane Vargas, Celina e Sonia pela trajetória de trabalho, de reflexões, de inquietações e de construções coletivas na ENSP/FIOCRUZ;

À Vitória Vellozo, Lílian Lauria, Cristiane Rapparini, Valeria Saraceni, Sérgio Aquino, Cláudia e Carlos Henrique pelo carinho e aprendizado constante no Programa de DST/AIDS da SMS-RJ;

A Marcelo Maciel, Gustavo Matta, Gabi, Rosinda Oliveria, Mauro, Sylvia Lima, Mônica Moraes que são grandes companheiros de sonhos, de paixões, de realizações na vida e na UNESA;

À Kátia Edmundo, Wanda, Socorro, Ana Paula, Fransérgio e Roberta pela forma criativa e competente de fazer a diferença na promoção de uma saúde viva e potente no espaço da ONG;

À Viviane, Dilma, Fátima, Tânia, Riva, Adriana, Moreno, Lucinete, Leda, Ângela, Luciene do PROSAD que acolheram a proposta desse trabalho e me ajudaram a torná-lo realidade;

À Suely pelo carinho, pela força, pela cuidadosa e perspicaz leitura e revisão do trabalho;

Aos professores do doutorado que me ajudaram a trilhar caminhos inusitados na vida pessoal, profissional e acadêmica;

Ao pessoal do LASER, da secretaria acadêmica e da secretaria do departamento de endemias pela atenção e dedicação sempre dispensadas;

Aos profissionais e jovens que foram sujeitos ativos dessa pesquisa, deixo meu mais profundo respeito e agradecimento pela colaboração dada no processo de construção do conhecimento;

Ao apoio dado, na realização desse estudo, pelo Programa de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AIA – Assistência Integral ao Adolescente
- AIP – Acesso a Insumos de Prevenção
- AP – Área de Planejamento
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- CEDAPS – Centro de Promoção a Saúde
- COMUNICSE - Consultoria Comunitária em Saúde e Educação
- CSC – Controle Social e Cidadania
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DENSP – Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- HIV – Human Immunodeficiency Vírus
- IEC – Informação, Educação e Comunicação
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- IOC – Instituto Oswaldo Cruz
- LASER – Laboratório de Análise de Situações Endêmicas Regionais
- LEAS – Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
- MLP - Modelo Lógico de Programa
- MTA – Modelo Teórico de Avaliação
- MS - Ministério da Saúde
- NAIDI - Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Desenvolvimento Infantil
- NUCLEPREV – Núcleo Comunitário de Prevenção

OG – Organização Governamental

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSC – Organização da Sociedade Civil

OSCIP – Organização da Sociedade Civil e Iniciativa Privada

PAM – Posto de Assistência Médica

PN DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PS - Posto de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PSBH - Problem Solving for Better Health

RA – Região Administrativa

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

US – Unidade de Saúde

USAID – United States Agency for International Development

WHO – World Health Organization

WWKF – W. K. Kellogg Foundation

LISTA DE QUADROS, GRAFICOS, TABELAS E FLUXOGRAMAS

Quadros	Pg.
Quadro 1. Matriz de contingência de Stake	11
Quadro 2. Abordagens e modelos de avaliação de programas	13
Quadro 3. Modelo de implementação do programa de prevenção de DST/AIDS	48
Quadro 4. Convergência de fontes de evidência	76
Quadro 5. Matriz de julgamento de programas de prevenção de DST/AIDS	93
Quadro 6. Síntese dos resultados do estudo	162
 Tabelas	
Tabela 1 . Distribuição das entrevistas realizadas com gestores, profissionais e jovens da US e ONG	96
 Fluxogramas	
Fluxo 1. Modelo lógico do programa de prevenção de DST/AIDS para jovens	49
Fluxo 2. Modelo teórico de avaliação: diagrama de dimensões e sub-dimensões	81

RESUMO

O estudo tem por objetivo avaliar as ações de prevenção de DST/AIDS para jovens a partir das experiências de uma Organização Governamental (OG) e uma Organização Não-Governamental (ONG) do Município do Rio de Janeiro (MRJ). O propósito desta pesquisa avaliativa é descrever, analisar e emitir julgamento de valor sobre o acesso dos jovens às ações de prevenção DST/AIDS, com base nos referenciais do Modelo Lógico de Programa (MLP) e do Modelo Teórico de Avaliação (MTA). A estratégia metodológica adotada o estudo de caso comparativo para aproximação e compreensão da implementação das ações de prevenção de DST/AIDS em uma Unidade de Saúde (US) e uma ONG, selecionadas por técnica de consenso mediante critérios previamente definidos. A coleta de dados se deu por meio da triangulação de métodos através de: observação participante, entrevista semi-estruturada com gestores, profissionais e jovens e a análise documental. As categorias de análise e de julgamento correspondem as seguintes dimensões de acesso: disponibilidade, oportunidade, acessibilidade, aceitabilidade e adequação. Na US e na ONG as intervenções avaliadas foram, sucessivamente, os programas “*Vista Essa Camisinha*” e o “*Agente Jovem*”. De forma comparativa foi possível constatar que há uma diferença substancial na implementação das ações de prevenção de DST/AIDS entre as duas experiências. A US prioriza a ação intra-muro, o trabalho burocratizado e a lógica de organização do serviço. Nas ações educativas pouco se integra as temáticas de saúde sexual e reprodutiva à prevenção de DST/AIDS e se focaliza a informação prescritiva e a responsabilização individual, tendo a doença como principal referencial. Diferentemente, a ONG privilegia o espaço e a ação comunitária, procurando incorporar nas atividades as necessidades dos jovens. Para tal, a ONG investe na metodologia participativa, na educação por pares, no protagonismo juvenil, na responsabilidade coletiva, tendo como referencial a promoção da saúde. Enfim, a ONG, mesmo em condições mais adversas, garante melhor acesso ao preservativo, às atividades educativas e a uma vida sexual mais segura para os jovens que a US. Recomenda-se assim um aprofundamento da reflexão sobre as condições de acesso às ações de prevenção de DST/AIDS para jovens na US e ONG, considerando suas diferentes dimensões, e um maior investimento numa cultura avaliativa e na estruturação de um sistema de monitoramento e avaliação nessa área, visando orientar a tomada de decisão e a melhoria do programa.

Palavra-chave: Avaliação, Prevenção, DST/AIDS, Juventude, ONG, Serviço de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study is evaluate the STD/AIDS prevention actions directed to youth through experiences of Governmental Organization (GO) and Non Governmental Organization (NGO) of the Rio de Janeiro city. The intention of this evaluation research is to describe, to analyze and to emit value judgment about access of the youth to STD/AIDS prevention actions, based in the referencial of Model Logical Program (MLP) and Theoretical Model Evaluation (TME). The methodological strategy adopted was the comparative case study, for approaching and understanding of implementation of the STD/AIDS prevention actions in a Health Service (HS) and a NGO, selected by technical of consensus through criteria defined previously. The data were collected by triangulation of methods gotten through: participative observations, open-ended interview with managers, officer professionals and youth and written documents. The categories of analysis and judgment correspond the following dimensions of access: availability, opportunity, accessibility, acceptability and adequacy. In the US and the ONG the intervention evaluated was, successively, the programs "*Vista Essa Camisinha*" and "*Agente Jovem*". From comparative form it was possible to evidence that it has a substantial difference in the implementation of STD/AIDS prevention actions between the two experiences. The HS prioritizes intra-wall action, the bureaucratic activities, and the logic of service organization. In the educative actions little one integrates itself the thematics of sexual and reproductive health with STD/AIDS prevention and focuses the prescriptive information and individual responsabilization, having the disease as main referencial. Differently, the NGO privileges the communitarian space and action, looking for to incorporate in the activities the necessities of the youth. Therefore the NGO invests in the participative methodology, peers education, youthful protagonism and the collective responsibility, having as referencial the health promotion. At last, the NGO, exactly in more adverse conditions, offer better access to the condom, the educative activities and a sexual life more insurance for the youth than HS. Recommend itself to go deep into reflection about access conditions to STS/AIDS prevention actions for young in HS and NGO, considering its differents dimensions, and a great investment in a evaluative culture and structural system of a systematic monitoring and evaluation in this area, viewing the taking of decision and the improvement program.

Key Words: Evaluation, Prevention, STD/AIDS, Youth, ONG, Health Service

SUMÁRIO

	Pg
Apresentação	1
1. Aspectos Conceituais da Avaliação de Programas	7
1.1. Modelos e Abordagens da Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS	13
1.2. A Análise de Implementação com Foco na Melhoria do Programa	16
1.3. Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para jovens	20
2. Contextos da Prevenção de DST/AIDS e as Intervenções a serem Avaliadas	30
2.1. Contexto Político-Organizacional	32
2.2. Contexto Externo	40
3. Modelo Lógico de Programas de Prevenção das DST/AIDS para Jovens	46
3.3.1. Modelo Lógico do Programa “ <i>Vista Essa Camisinha</i> ” da Organização Governamental	51
3.3.1.1. Componente Estrutural	52
3.3.1.2. Componente Técnico-Operacional	54
3.3.1.3. Componente Político	57
3.3.1.4. Componente Estratégico	57
3.3.1.5. Componente Inovador	59
3.3.2. Modelo Lógico do Programa “ <i>Agente Jovem</i> ” da Organização Não-Governamental	59
3.3.2.1. Componente Estrutural	61
3.3.2.2. Componente Técnico-Operacional	63
3.3.2.3. Componente Político	65
3.3.2.4. Componente Estratégico	66
3.3.2.5. Componente Inovador	69
4. Modelo Teórico de Avaliação do Componente Prevenção das DST/AIDS	70
4.1. Estudo de Caso como Estratégia Metodológica na Análise de Implementação	72
4.1.1. Seleção dos Casos	74
4.1.2 Coleta e Análise de Dados	76

4.2. Acesso como Dimensão da Análise de Implementação	83
5. Estudo de Caso Comparativo	95
5.1. O Caso 1 – A Implementação do Programa “ <i>Vista essa Camisinha</i> ” da OG	102
5.1.1. Disponibilidade	102
5.1.2. Oportunidade	109
5.1.3. Acessibilidade	114
5.1.4. Aceitabilidade	116
5.1.5. Adequação	117
5.2. O Caso 2 – A Implementação do Programa “ <i>Agente Jovem</i> ” da ONG	133
5.2.1. Disponibilidade	134
5.2.2. Oportunidade	140
5.2.3. Acessibilidade	143
5.2.4. Aceitabilidade	146
5.2.5. Adequação	148
6. Discussão e Julgamento dos Casos	165
7. Difusão dos Resultados da Avaliação para os Atores Envolvidos.....	178
8. Recomendações para Melhoria dos Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens	180
Considerações Finais	184
Bibliografia	187
Anexos	194

Apresentação

Este estudo apresenta uma reflexão teórica e metodológica sobre juventude, avaliação e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS). Este interesse se manifesta nas inquietações presentes em nossa trajetória profissional e acadêmica, como técnica da área de prevenção do Programa de DST e AIDS do Município do Rio de Janeiro e como pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) da área de avaliação de programas de DST/AIDS.

Essa trajetória propiciou uma aproximação com questões e lacunas relativa a programas de prevenção de DST/AIDS para jovens, que suscitou o interesse pela investigação e aprofundamento sobre concepções e efeitos de tais programas, a partir da visão dos gestores, dos profissionais de educação e saúde e dos próprios jovens. As reflexões sobre juventude, saúde sexual e reprodutiva, DST/AIDS, prevenção e avaliação fazem parte do arcabouço teórico de referência, que se consolidam na inter-relação dos agentes de Organizações Governamentais (OG) e de Organizações Não-Governamentais (ONG), tanto numa perspectiva nacional quanto internacional.

A definição desse objeto de investigação foi motivado por duas principais constatações. A primeira, diz respeito ao número crescente de projetos de ONG-AIDS na área de prevenção das DST/AIDS direcionadas aos adolescentes e jovens, particularmente que vivem em situação de pobreza (MS, 2002a). A segunda, refere-se à identificação por parte dos profissionais de saúde da baixa adesão dos jovens aos grupos educativos sobre saúde sexual e reprodutiva realizados nas unidades de saúde (Ruzany et alii, 2002).

Tais constatações nos levaram a questionar a adequação das práticas relacionadas à prevenção das DST/AIDS para jovens, tanto no contexto da OG quanto da ONG, no sentido de conferir acesso aos bens e aos recursos básicos para a realização de uma prática sexual mais segura. Principalmente, porque, nos últimos anos, o aumento da vulnerabilidade dos jovens as DST/AIDS levou instituições nas áreas de educação e de saúde a desenvolverem programas destinados a esse grupo, com a finalidade de promover ações de caráter educativo e preventivo.

Embora reconhecendo os avanços e a crescente produção acadêmica na área da prevenção das DST/AIDS, é possível identificar lacunas que, por ora, motivam-nos a buscar compreender os arranjos do que tem sido propostos e desenvolvidos na área de saúde sexual e reprodutiva no contexto da organização de saúde para jovens. Tais lacunas são evidenciadas, sobretudo, na revisão da literatura que aponta uma escassez de fundamentação teórica consistente sobre a produção na área da avaliação de programas de prevenção das DST/AIDS (Santos, 1992; Camargo Jr., 1999; Pimenta et alii, 2000; Monteiro et al, 2001). Ou seja, esse ainda é um dos desafios do campo da prevenção das DST/AIDS, principalmente no que se refere à definição de metodologias e abordagens de avaliação para as OG e ONG de saúde.

Na literatura é identificado um investimento recente na produção de estudos na área de avaliação das ações de prevenção de DST/AIDS para jovens (Paiva, 1996, 2000; Ayres et al, 1996; Antunes et alii, 1997; Bellingham & Gillies, 2001; Rua & Abramovay, 2001; Gomes et alii, 2005), que estão majoritariamente relacionados às experiências escolares. Alguns estudos enfatizam que apesar do elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão, ainda são poucos os jovens que afirmam usar camisinha em todas as relações sexuais. Como, por exemplo, o estudo avaliativo de um programa de prevenção DST/AIDS para jovens em escola pública de São Paulo, realizado por Antunes et alii (1997), foi demonstrado baixa frequência do

uso de preservativo por parte dos jovens nas relações sexuais. Segundo os autores, o maior percentual de uso entre os jovens, semelhante ao que fora apresentado na pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos (MS, 2006), dá-se nas relações eventuais.

Tomando por base esses pontos, este estudo propõe responder a esta pergunta avaliativa: as ações de prevenção de DST/AIDS implementadas pela OG e ONG para os jovens do Município do Rio de Janeiro garantem o acesso ao preservativo masculino e, simultaneamente, às ações educativas para uma vida sexual mais segura?

Tendo por referência tal indagação, reportamo-nos a mudanças ocorridas em termos de abordagens de prevenção de DST/AIDS, que são complementares e interferem nas condições de acesso nesta área. A primeira, corresponde à alternância de enfoque das políticas de prevenção de DST/AIDS centradas na noção de risco epidemiológico, de responsabilidade individual e de mudança de comportamento para uma abordagem baseada na noção de vulnerabilidade, de *empowerment* individual e coletivo e de mobilização social (Parker, 1996; Monteiro, 2002). A segunda, focada nas abordagens de intervenções educativas que priorizam o caráter informativo, prescritivo, descontextualizado e orientado por uma racionalidade predominantemente biomédica para uma abordagem mais participativa e pautada no contexto sócio-político (Pimenta, 2004).

Seguindo essa trilha, considerando o problema selecionado e os aspectos relativos às abordagens de prevenção, avaliamos as ações de prevenção das DST/AIDS voltada para jovens, tomando como referencial o Modelo Lógico de Programa (MLP) e Modelo Teórico de Avaliação (MTA) (Hartz, 1997; CDC, 1999a), a partir de um estudo de caso de experiências de uma OG e uma ONG do Município do Rio de Janeiro.

A opção por esse recorte se justifica dado que, tradicionalmente, a política de prevenção de DST/AIDS no Brasil tem sido modelada por meio da atuação das OG e ONG, que historicamente realiza diversos trabalhos em parceria, para diferentes segmentos sociais, como no caso dos jovens.

Importante enfatizar que, na perspectiva de atender aos preceitos científicos, esta pesquisa avaliativa se destina a julgar e explicar as relações entre os componentes dos programas na área de prevenção as DST/AIDS, de acordo com as teorias sobre estes. Partimos assim da noção de programa como um conjunto de ações organizadas para atender às necessidades de saúde de uma população específica (CDC, 1999b); sendo tratado, no estudo, como similar a projeto e intervenção.

Tendo em vista esse propósito, no primeiro capítulo abordamos os marcos teóricos e conceituais da avaliação de programas, em particular, os de prevenção de DST/AIDS. Ainda, nesse capítulo damos um destaque para o que é uma análise de implementação como desenho de avaliação adotado no estudo e o porquê dessa escolha.

No segundo capítulo apresentamos o contexto organizacional e o contexto externo relativos aos programas de prevenção de DST/AIDS. Na seqüência, são apresentados os MLP dos programas avaliados, considerando-se os seguintes componentes: estrutural, técnico-operacional, político, estratégico e possível componente inovador. O intuito nesse capítulo é mostrar que este modelo permite uma aproximação com a racionalidade da intervenção partindo da identificação de um problema e, nesse sentido, mesmo tendo algumas limitações, mostra-se apropriado para esta etapa tão fundamental para a construção do desenho de avaliação.

Na busca de metodologias e de abordagens para avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens, focalizamos no terceiro capítulo o MTA como ferramenta teórico-

metodológica para a presente avaliação. O estudo de caso é apresentado no trabalho como estratégia metodológica, escolhido por se identificar como adequado para uma proposta de análise de implementação, na medida que dá conta da sistematização dos diferenciados componentes que influenciam a configuração dos efeitos a observar. Ainda é abordado nesse capítulo, o acesso e suas dimensões como categorias que norteiam a análise e o julgamento, com seus respectivos indicadores e padrões, a começar da pergunta avaliativa do estudo e da lógica das intervenções.

O quarto capítulo trata dos resultados obtidos pelas abordagens feitas nos dois programas de prevenção de DST/AIDS para jovens. Na apresentação dos resultados foram explicitadas as concepções e impressões relacionadas ao acesso às ações de prevenção de DST/AIDS, de acordo com a visão dos gestores, dos profissionais de saúde e dos jovens da Unidade de Saúde (US) e da ONG selecionadas.

Considerando a importância dos dados levantados neste estudo, o quinto capítulo dedicamos à análise comparativa das duas experiências de implementação dos programas de prevenção das DST/AIDS para jovens. Além disso, para configurar um estudo avaliativo de fato, no bojo do capítulo é apresentado o julgamento dos casos com base na matriz de julgamento, classificando-os de acordo com as suas implementações.

As estratégias de difusão dos resultados da avaliação para os atores envolvidos no processo avaliativo são descritas no sexto capítulo. Tais estratégias compreendem a apresentação dos resultados em: um seminário para os participantes de cada uma das instituições selecionadas; apresentação no Centro de Estudos do Programa do Adolescente da SMS-RJ com participação de representantes de US e ONG envolvidos ou não no estudo; apresentação da pesquisa em dois congressos nacionais e um internacional; divulgação da tese e a publicação de dois artigos.

O sétimo capítulo destinamos às recomendações para programas de prevenção de DST/AIDS, em particular, os voltados para os jovens. O que assinalamos nesse capítulo está mais diretamente remetido aos pontos que devem ser levados em consideração na tomada de decisão, por parte dos gestores e profissionais, para a melhoria do programa.

Por último, chegamos às considerações finais do estudo, sem a pretensão de esgotar as questões referentes aos programas de prevenção de DST/AIDS para jovens, e sim, suscitar uma reflexão bastante relevante para a adequação destes. Enfim, nosso intuito é contribuir para a construção do conhecimento e da compreensão das DST/AIDS, como um problema que afeta os jovens na contemporaneidade e da formulação de um arcabouço teórico-metodológico, que venha subsidiar iniciativas no campo da avaliação de programas de prevenção nesta área.

1. Aspectos Conceituais da Avaliação de Programas

Neste capítulo serão abordados os marcos conceituais da avaliação dos programas de prevenção das DST/AIDS e, também, o porquê da escolha em desenvolver uma análise de implementação com foco na melhoria do programa. Mas, antes de nos determos às reflexões que orientarão o estudo avaliativo proposto, procedemos a uma breve revisão para situar o estado da arte nesta área temática.

A contextualização histórica do campo da avaliação de programas, como um conjunto de conhecimentos organizados, tem como marco temporal o período da Grande Depressão nos Estados Unidos, até o período que sucedeu a Segunda Grande Guerra Mundial, pela explícita necessidade de avaliação das políticas públicas, especialmente, na área da educação. Nesse contexto, a concepção de avaliação se configurou como um esforço de legitimação e institucionalização de uma prática consistente e sólida, de prestação de contas e julgamento do sucesso das políticas públicas (Conrandiopolus, 1997; Worthen et al, 1997).

Na década de cinquenta, do século XX, os programas sociais norte-americanos começaram a ser desenvolvidos e implementados em grande escala, justamente, quando a avaliação em saúde passou a ser reconhecida como objeto de investigação científica, dentro de um movimento que ganhou força no âmbito do setor público. Um dos fatores que favoreceu a ampliação da avaliação destes programas, nessa época, tanto nos Estados Unidos como em outros países, foi o aumento dos gastos dos governos com os programas sociais de “guerra à pobreza” e as iniciativas da “grande sociedade”, que cresceram no pós-guerra devido ao crescimento da proposta do Welfare State.

Investimentos tanto teóricos quanto práticos foram feitos na área da avaliação, sendo esta, importante ferramenta para a gestão de projetos, programas e políticas. Contudo, tais investimentos implicaram no advento de um amplo espectro de concepções sobre avaliação, em

particular, na avaliação de programas. A diversidade e amplitude dessas concepções foram geradoras de uma polissemia conceitual e metodológica, tornando “obrigatório”, ao gestor e/ou ao pesquisador, uma explicação das suas opções.

Na literatura, embora não haja um consenso do que seja avaliação, está presente na concepção de diferentes autores que a avaliação implica sempre num julgamento sobre o valor e o mérito do que está sendo avaliado. O julgamento, por sua vez, é o que vai diferenciar, de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa. Por ser este o conceito operativo central de qualquer avaliação, Nemes (2001) assinala a existência de estudos avaliativos que se propõem a avaliar sem a presença de parâmetros de comparação necessários ao julgamento, levando assim a produção de “*quase-avaliações*” por se remeter a análises ou a estudos descritivos, podendo estar presente a idéia de valoração, mas não chegando a ser o *julgamento*.

Um conjunto de formuladores em avaliação tem como matriz teórica de referência a avaliação no campo da educação, com destaque para Scriven (1967), Stake (1973), Patton (1990), Fetterman (1997), Worthen et al. (1997) e Stufflebeam (2001). Esses trabalhos podem ser considerados uma base para os formuladores de avaliação na saúde que buscam responder perguntas avaliativas de outra natureza e a lidar com níveis e objetos de avaliação, tais como: tecnologias, ações, serviços, estabelecimentos, sistemas e políticas.

Para Scriven (1967), um dos primeiros formuladores em avaliação a sistematizar questões relacionadas ao tema na área da educação, a avaliação deve implicar num processo sistemático de julgamento sobre o valor ou mérito e a relevância de um objeto de avaliação. A preocupação central do autor é a do valor atribuído ao resultado de uma intervenção, olhando mais detidamente para os efeitos produzidos no final do processo, tendo por base a relevância do objeto em questão.

Diferentemente dessa concepção anterior, Patton (1990) parte da idéia de que a avaliação compreende uma coleta sistemática de informações sobre atividades, características e efeitos dos programas para uso de pessoas específicas, para reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que o programa faz e o que dele resulta (avaliação formativa). O autor chama atenção para a necessidade de compreensão da racionalidade da intervenção, bem como ressalta a importância do envolvimento dos usuários potenciais da avaliação e do uso de informações chaves para a tomada de decisão e para as mudanças necessárias.

Já Worthen et al. (1997) quando definem a avaliação enfatizam-na como um instrumento capaz de contribuir para a *“identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (valor ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação aos critérios”* (p. 35). Ou seja, ressaltam o papel dos avaliadores em se assenhorar dos métodos de pesquisa e de julgamento para determinar os padrões no julgamento da qualidade, na coleta de informações relevantes e na aplicação de tais padrões.

Observamos, a partir dessas concepções, que predomina a idéia de que a avaliação visa o julgamento do valor ou do mérito da intervenção com base em critérios e padrões estabelecidos no final do processo (avaliação somativa). Tais concepções, segundo Nemes (2001), por vezes se aproximam mais da proposta de prestação de contas, de auditoria, de imputabilidade (*accountability*), na medida em que enfocam o alcance da qualidade, baseados em idéias reguladoras de efetividade, eficiência ou otimização, do que propriamente na melhoria do programa e no compartilhamento dos resultados com os parceiros.

Patton (1997), que desenvolveu a abordagem da avaliação focada na utilização, toma como premissa básica a idéia de que as avaliações devem ser julgadas por sua utilidade e pelo seu uso naquilo que é necessário para corrigir distorções evidenciadas. Para o autor, a avaliação é um processo participativo, que envolve os principais atores em todas as etapas da avaliação,

inclusive, na tomada de decisão sobre o processo avaliativo. Uma dimensão importante desta abordagem é a investigação sistemática de como o produto da avaliação é utilizado e quais estratégias fortalecem esta utilização.

Numa linha de pensamento semelhante a de Patton, Fetterman (1994) foi um dos autores que expandiu a definição de avaliação para incluir o uso de conceitos e técnicas de avaliação com o intuito do empoderamento (“*Empowerment Evaluation*”) daqueles cujos programas são avaliados. Na realidade, o que o autor concebe são possibilidades de ampliação dos usos que a avaliação possa ter em diferentes setores da sociedade, onde se priorizam a participação e o fortalecimento dos atores envolvidos (stakeholders), dos usuários potenciais e dos usuários potenciais prioritários no processo avaliativo.

A literatura aponta que, na área da saúde, uma das principais contribuições no campo da avaliação é a de Donabedian (2003), que propõe a avaliação da qualidade da atenção médica, por meio de um modelo que sistematiza os atributos de qualidade, como: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade. A matriz de avaliação estruturada pelo autor, pautada numa concepção sistêmica, baseia-se na construção de indicadores epidemiológicos e operacionais de estrutura, processo e resultado, tomados como norteadores da avaliação de serviço, sistema ou programa.

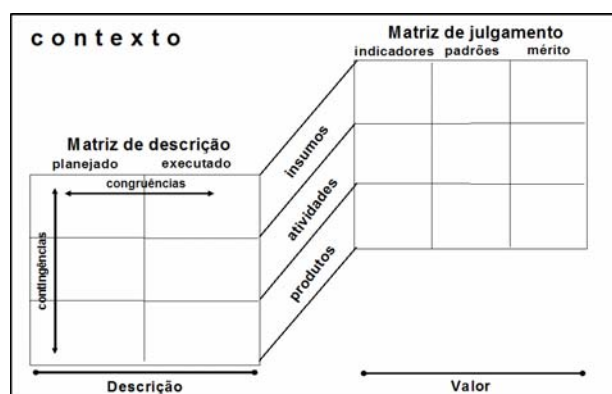
Mesmo que Donabedian enfatize que a relação entre estrutura, processo e resultado é dinâmica e funcional, precisa-se levar em conta a rigidez e a não incorporação neste modelo de outros componentes, como no caso dos componentes políticos ou externos, que podem vir a influenciar a inter-relação entre uma intervenção e seus efeitos.

Contudo, a visão de Patton e Fetterman vai além do pensamento donabediano, visto que, não se restringe à trilogia Estrutura, Processo e Resultado, conferindo um sentido mais amplo ao julgamento, incluindo-lhe elementos do contexto e de seu papel nos componentes internos do

programa. Uma aplicação interessante dessa perspectiva, para tratar da avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS, é a do modelo lógico sugerido pelo CDC (1999a) para a avaliação de programas de saúde pública.

Uma outra aplicação a se considerar é a matriz de contingência desenvolvida por Stake (1973) e adaptada por Goldfarb (2000), onde o autor propõe a análise das relações de intervenção e efeito, através de pelo menos dois vetores fundamentais: um referente à congruência dos efeitos esperados e obtidos; o outro à contingência entre contexto, intervenção e efeitos, assinalando sua interdependência.

Quadro 1. Matriz de Contingência de Stake



Fonte: Adaptado por Goldfarb (2000).

Uma das concepções de avaliação tomada como importante referência do campo é a de Contrandriopolus et al.(1997) por contemplarem a relação entre intervenção e efeitos, considerando as influências dos contextos. Para o autor, a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. A intervenção, para ele, deve ser tratada como *“um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços que venham a modificar uma situação problemática”* (p.31).

Embora concorde que a avaliação implica num julgamento de valor e deve orientar a tomada de decisão, Vieira-da-Silva (2005) faz um contraponto à idéia defendida pelos autores, ao propor uma ampliação da definição de avaliação que começa pela revisão do conceito de intervenção. Para a autora, a intervenção deve ser substituída por práticas sociais, tomando a prática de saúde como um caso particular. Além disso, visa recuperar o significado atribuído à noção de julgamento, visto que, este pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico quantitativo e qualitativo até a uma análise que envolva o significado do fenômeno.

As apreciações e sugestões feitas pela autora são pertinentes em trazer uma reflexão sobre o caráter dinâmico, interativo e multifacetado que envolve um programa, como no caso dos programas de prevenção de DST/AIDS, bem como, o exercício da atribuição de valores. Afinal, essas são práticas que dizem respeito a diferentes vetores, que guardam correspondências entre congruências e contingências na relação entre intervenção e efeitos.

Importante acrescentar que a noção de campo, desenvolvida por Bourdieu (2004), mostra-se devidamente apropriada para compreendermos o propósito da avaliação, na medida que, este vai considerar o campo como espaço social de relações objetivas que pode explicar as formas concretas das interações entre agentes e instituições. Para Bourdieu, as práticas sociais se dão dentro de um campo, determinado como um espaço estruturado a partir de posições de poder e de trocas simbólicas que independe dos ocupantes dessas posições. Em sua visão, o campo é o palco onde se desenrolam as inúmeras relações que constituem a estrutura social, marcada por ser um espaço social de dominação e de conflitos. Nesse espaço delimitado os indivíduos agem ou jogam segundo sua posição social. Nas suas palavras:

“... as lutas que têm lugar no campo intelectual têm o poder simbólico como coisa em jogo, quer dizer, o que nelas está em jogo é o poder sobre um uso particular

de uma categoria particular de sinais e, deste modo, sobre a visão e o sentido do mundo natural e social” (Bourdieu, 2004:72).

Essa noção de campo tratada por Bourdieu contribui, sem dúvida, para uma concepção mais abrangente da avaliação do que aquela restrita à dimensão racional da ação. Ainda que, reconhecendo pontos de convergência e de tensões entre as diferentes concepções de avaliação apresentadas, nota-se que a avaliação corresponde a um processo dinâmico, interativo, que envolve diferentes atores, diferentes interesses e daí a importância da pactuação e da busca de consenso no decorrer do processo avaliativo, que implica necessariamente em negociação.

1.1. Modelos e Abordagens de Avaliação de Programas

A construção de uma tipologia, ou mesmo, a identificação de abordagens em avaliação, não é tarefa simples. Usualmente estas abordagens são identificadas e classificadas por critérios pouco sistemáticos, isto é, as classificações combinam tanto aspectos metodológicos, como de usos, objeto ou atores envolvidos para defini-las e nominá-las, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Abordagens e Modelos da Avaliação

Abordagens	Modelo ou Desenho da Avaliação						
	Implementação e Efeito			Coleta e Análise de Dados			Disseminação dos Resultados
	Processo	Resultado	Impacto	Qualitativo	Quantitativo	Ambos	
Usos: melhoria do programa, prestação de contas ou produção de conhecimento							
Envolvimento dos Usuários Potenciais da Avaliação "Empowerment": Nenhuma, Parcial ou Total							
Inclusão do Contexto (Nexo causal)							

Fonte: Santos & Natal, 2006.

A construção do modelo, chamado também de desenho da avaliação pressupõe a definição: a) do tipo de avaliação – implementação (processo) ou efeito (resultado e impacto); b) da forma de coleta (quantitativo, qualitativo e ambos) e análise de dados; c) da disseminação dos resultados. Nas abordagens da avaliação, por sua vez, são consideradas: a) a compreensão dos usos; b) o envolvimento dos usuários potenciais da avaliação; c) a inclusão do contexto, tendo como atitude o compromisso com a mudança social.

Na última década consolidaram-se duas grandes tendências no campo da avaliação de programas, que interferiram na produção de estudos na área de prevenção de DST/AIDS. A primeira, diz respeito à aproximação do campo à metodologia de investigações científicas baseadas de forma importante em desenhos de estudo quase-experimentais e observacionais (Coyle et al, 1991). O foco desses estudos é estabelecer a relação causal entre intervenção e efeito. O próprio jargão desses estudos muda progressivamente, substituindo em seus desenhos a expressão – “plano de avaliação” por “modelo teórico de avaliação”; expressão esta que se diferencia da primeira no que se refere à substituição de avaliações normativas, neste contexto entendidas como menos “científicas”, por avaliações complexas, de resultado e de impacto, buscando estabelecer os nexos causais entre intervenção e efeito.

A segunda tendência inclui um conjunto de modelos que privilegiam a avaliação de implementação onde se busca examinar as etapas intermediárias destas relações. Um aspecto interessante desta última tendência é a substituição dos estudos de produção e produtividade (cobertura e rendimento), por investigações que tendem a abordar a implementação com foco na melhoria do programa através de parâmetros que ampliam a concepção de implementação além da mera oferta de serviços (Rugg et alii, 2004), ou seja, incluindo nas análises indicadores de acesso, qualidade e responsividade.

No estudo de revisão das pesquisas de intervenção e avaliação de programas de prevenção de HIV/AIDS feito por Peersman & Rugg (2004), foram analisados 142 trabalhos que apresentavam em sua maioria desenhos do tipo experimental ou quasi-experimental em avaliações de resultado. Uma das principais características das intervenções de prevenção do HIV avaliadas referem-se à predominância do componente comportamento individual, sendo poucos os que se remeteram aos componentes social, político e estrutural.

Os estudos majoritariamente usaram, de acordo com o levantamento feito pelas autoras, o desenho com grupo de intervenção (pré e pós-intervenção) e grupo controle ou grupo de comparação; os desenhos com uso de grupo múltiplo com alocação randomizada para os grupos e não-randomizada. Estes estudos referiam-se a um grupo de resultados, incluindo medidas de comportamento e resultados de doença relativos às intervenções de prevenção do HIV.

Para situar as abordagens que podem orientar a prática da avaliação, Worthen et al. (1997) classificou os diferentes tipos de abordagens, procurando enfatizar suas principais características quanto ao objeto avaliado, aos objetivos e público-alvo: a avaliação baseada em objetivos, a avaliação baseada em especialistas, a avaliação orientada para o adversário, a avaliação orientada para o consumidor, a avaliação orientada para a gerência e a avaliação orientada para o participante.

Stufflebeam, em trabalho feito em 2001, procedeu a uma revisão detalhada da literatura descrevendo 22 possíveis abordagens em avaliação. A análise crítica destas abordagens através de critérios previamente definidos permitiu ao autor identificar nove abordagens que ele recomenda para uso e desenvolvimento.

Para o autor, as abordagens em avaliação identificadas foram agrupadas em quatro grandes grupos: a) pseudoavaliações (estas abordagens não podem sequer ser definidas como avaliações por problemas de validade e vieses); b) Avaliações orientadas por questões e métodos;

c) Avaliações voltadas para imputabilidade e melhoria do programa; e d) avaliações voltadas para a *advocacy* e ou agendas sociais (Stufflebeam, 2001). De acordo com essa tipologia, propusemos a uma avaliação orientada por questões e métodos focada na melhoria do programa.

Essas diferentes abordagens aparecem como opções teóricas e metodológicas para a avaliação de práticas distintas, como no caso dos programas de prevenção de DST/AIDS, atendendo aos interesses dos financiadores, gestores e usuários potenciais dos programas.

1.2. A Análise de Implementação com Foco na Melhoria do Programa

Neste estudo optamos por fazer uma análise de implementação tendo em vista a melhoria de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens. Tal perspectiva permite estudar os processos relacionados à operacionalização do programa, assim como, evidenciar as fragilidades do mesmo e as possíveis mudanças que podem se dar no processo.

Tendo em vista os investimentos do Brasil em políticas de prevenção urge uma reflexão sobre como os programas nessa área são implementados. Dentre as diversas possibilidades de abordagem, decidimos pela caracterização das estratégias praticadas, a partir da(s): política de distribuição de preservativos e operacionalização desta; crenças e representações sobre o uso dos preservativos por parte dos usuários; caracterização da prática educativa; visão do usuário sobre a prática educativa ou mesmo sobre a ação de demandar e receber preservativos.

De acordo com a literatura, a análise de implementação é usualmente abordada como equivalente à avaliação de processo por complementar o monitoramento de insumos e produtos com uma dimensão explicativa, viabilizando a compreensão do contexto organizacional que pode afetar o programa (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005). Este tipo de análise tende a especificar o conjunto de fatores que influenciam os efeitos produzidos após a “pressuposta” implementação de uma dada intervenção.

Mas, conforme a observação feita por Denis & Champagne (1997), a análise de implementação procura identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, relacionando a racionalidade interna do programa com o contexto onde é implantado. Isto sem perder de vista que esta, deve ser sensível aos contextos político e organizacional e não pode negligenciar a análise do que foi planejado em relação ao executado (os efeitos planejados, os não intencionais e os de fato executados).

No que se refere às avaliações de processo, definidas como desenhos de estudo sistêmicos que focalizam “*atividades que intermedeiam a relação entre o sistema de serviços de saúde e os usuários*” (Donabedian, 2003, p.46), os grandes desafios dizem respeito ao papel dos avaliadores internos e sua capacidade de incorporar nas análises fatores do contexto sócio-histórico e institucional onde essas ações ocorrem. A incorporação do contexto marca uma clivagem entre avaliações que se inserem no mundo social com um compromisso de mudança de situações sociais e aquelas que estão envolvidas apenas com mudanças técnico-operacionais.

Para alguns autores, a análise de implementação é também denominada avaliação formativa pela possibilidade de ser realizada nos estágios iniciais da implementação do programa, ou mesmo, por corresponder no tipo de investigação que proporciona um retorno rápido para gestores e financiadores do programa (Coyle et al, 1991 & Denis & Champagne, 1997). Em geral esse tipo de avaliação é usado para se compreender as necessidades da intervenção e tomar decisões sobre como implementá-la ou melhorá-la, de forma a maximizar seu sucesso.

Na visão de Hartz & Vieira (2005:11) “[...] *a análise de implementação ou implantação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial*”. Segundo a idéia trazida pelas autoras, diversas injunções de natureza técnica,

ética ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional são indispensáveis de serem mensuradas e analisadas na explicação da efetividade dessas ações.

A análise de implementação se distingue do tipo de avaliação de resultado ou de impacto das intervenções conduzidas a partir de estratégia do tipo “caixa preta” (*black box experiment*), onde a intervenção é tratada como uma variável dicotômica (ausência ou presença da intervenção) visando objetivos somativos. A questão primordial nesse tipo de avaliação está na ausência de orientação teórica a respeito da intervenção avaliada, assim como a ausência dos fatores explicativos que propiciaram tais efeitos.

Nesse caso, a análise de implementação vai possibilitar a abertura dessa “caixa preta”, à medida que ajuda a esclarecer se os efeitos observados são realmente efeitos do programa. A abertura da “caixa preta” explicita o conjunto de fatores que influenciam os efeitos obtidos de uma intervenção, como propicia a formulação de recomendações voltadas para o aperfeiçoamento do mesmo (Vieria-da-Silva, 2005).

Sendo assim, a análise de implementação relaciona-se diretamente com a capacidade de utilizar os resultados das pesquisas avaliativas para tomar decisões sobre como melhorar o programa e enriquecer a possibilidade de generalização de uma intervenção em outros contextos. Até porque, dependendo da condução dada, consegue recuperar a riqueza das relações entre intervenção concebida teoricamente e sua transposição para o mundo real.

No Brasil, segundo Camargo Jr. (1999), os processos avaliativos instituídos a partir das ações de prevenção das DST/AIDS tendem, sobretudo, a serem expressas pela contabilização, ou seja, o número de preservativos distribuídos, número de materiais educativos produzidos e número de oficinas realizadas. Não que esses indicadores de produtos não sejam importantes para o planejamento e avaliação das intervenções, porém seu uso exclusivo não permite avaliar

mudanças no âmbito da implementação do programa, apenas serve para monitorar insumos e produtos do programa.

Do ponto de vista de Mann et al.(1993), os requisitos fundamentais para o sucesso da prevenção são: informação e educação; serviços sociais e de saúde; ambiente social adequado. Ao sistematizarem a capacidade de um programa reduzir a vulnerabilidade ao HIV/AIDS, tanto em nível funcional quanto estrutural, os autores definiram parâmetros que podem nortear a formulação de índices a analisar. Os índices elencados correspondem a: a) agenda de compromisso; b) implementação da agenda de compromisso, planejamento, pactuação, gerenciamento, resposta às necessidades de prevenção e tratamento, obtenção de recursos financeiros, sustentação do esforço e avaliação do progresso e do impacto; c) transformação da ação em ação de qualidade.

Dentro deste eixo de análise, Castiel (1996), com base em investigações voltadas para as experiências em educação e saúde na prevenção à AIDS, deduziu que informação e educação só podem ser efetivas caso estejam acopladas aos outros dois requisitos mencionados por Mann et al. (1993), visto que, em contextos com serviços sociais e de saúde precários e ambiente social inadequado as perspectivas tornam-se pouco promissoras.

Esses autores chamam atenção para a influência dos contextos, tanto organizacional quanto externo, nos efeitos produzidos por um programa de prevenção. Nesse caso, quanto maior o suporte social, econômico e institucional, maiores são as chances de adoção de práticas sexuais mais seguras e, conseqüentemente, de redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Dessa forma, coloca-se como um aspecto relevante, que a avaliação de ações de prevenção de DST/AIDS deve implicar, necessariamente, num esforço de incorporação desses diferentes contextos na análise. A questão é como incorporar as dinâmicas destes contextos e suas interferências.

O que deve ser destacado, é que na análise de implementação propõe-se uma checagem de forma a se verificar se a intervenção planejada foi de fato executada conforme o previsto com base no padrão de qualidade estabelecido. Mas, cabe aqui observar, que no caso das intervenções complexas e compostas por elementos seqüenciais onde o contexto pode interagir de diferentes modos, como na prevenção das DST/AIDS, a relação entre o planejado e o executado não é tão direta e nem tampouco linear.

1.3. Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens

Na avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS, grande parte dos investimentos nessa área foi e ainda é feita, predominantemente, na avaliação de resultado ou impacto. No levantamento feito por Peersman & Rugg (2004), apresentado anteriormente, a maioria era de avaliações de resultado, sendo poucos aqueles que incluíram medidas de processo. Os que incluíram tais medidas, estas estavam relacionadas à qualidade do material de intervenção e da intervenção implementada e a satisfação do usuário com o serviço ofertado.

Um aspecto importante do levantamento feito pelas autoras, embora a população alvo da maioria das intervenções sejam as populações mais vulneráveis (trabalhadores do sexo, jovens escolares, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas), grande parte das intervenções analisadas referiam-se a espaços formais e eram profissionais que provinham as intervenções. Se considerarmos que em geral o indivíduo com alto risco para HIV tem dificuldades de acessar esses serviços, denota-se haver uma lacuna que interfere no aumento da vulnerabilidade desses grupos.

Na avaliação de impacto de um programa de educação em AIDS para adultos jovens de seis centros de treinamento de uma cidade da Inglaterra, buscou-se os efeitos do programa quanto a mudanças de *KABP* (*knowledges, Attitudes, Beliefs, Practices*) a partir da aplicação de um pré e

pós teste junto ao grupo de intervenção e o controle (Bellingham & Gillies, 1993). Foi observado pelo levantamento feito que os jovens do grupo de intervenção melhoraram o nível de conhecimento e mudaram crenças e atitudes quanto ao uso do preservativo. No entanto, reconheceram que o conhecimento pode ser necessário, mas não suficiente para a mudança de comportamento, sobretudo, quando se trata de intervenções de base comunitária.

O estudo mencionado acima, bem como, o de Main et al (1994) que avaliou um programa de educação baseado na escola, comprovam a efetividade de intervenções de prevenção do HIV relacionado aos efeitos observados na mudança de KABP. Contudo, esses estudos sugerem que programas nessa área estejam mais baseados nas experiências de vida, na facilitação e no treinamento por pares. De qualquer forma, isso implicaria numa mudança de pressupostos teóricos, na orientação de tais ações e de suas metodologias.

Numa outra linha de argumentação, Aggleton (1995) tematizou a questão da avaliação de educação e de promoção da saúde voltadas para o HIV/AIDS, enfatizando como a lógica do sucesso nesta área é orientada pela lógica do financiamento. O autor ressalta que, em alguns casos, a avaliação está ligada a subvenções futuras, a um apoio posterior condicionado ao sucesso das atividades presentes, enquanto em outros casos, está vinculada a uma preocupação com os resultados, com o alcance dos objetivos. Neste sentido, ele problematiza as implicações econômicas embutidas no processo de avaliação, principalmente no que diz respeito a quem demanda a avaliação.

Como apresentado pelo autor, alguns estudos avaliativos de programas de prevenção de DST/AIDS lidam prioritariamente com modalidades de avaliação pautadas numa racionalidade econômica. A ênfase dada ao componente econômico está ancorada, sobretudo, na relação custo-benefício sem relação direta com a efetividade, que deve não só contemplar a maximização da qualidade do ponto de vista do desempenho do programa, como abranger as relações entre

sistemas, serviços e usuários. Aggleton (1995) apresenta importante contribuição ao apontar pontos fortes e pontos críticos para a avaliação de programas de educação e promoção da saúde voltada para HIV/AIDS, mas não apresenta modelos e nem abordagens de avaliação para esta área, algo que seria de relevância tendo em vista a escassez de investimento nesse sentido.

Na revisão da literatura a respeito das pesquisas e de intervenções na área de avaliação de resultados de intervenções na área de educação sexual para jovens, Peersman & Levy (1998) observaram que de uma amostra de 110 estudos, a maior parte concentrava-se na América do Norte (84%), sendo apenas 13% referentes à Europa e 2% a países em desenvolvimento. O tipo de instituição preferencial na realização desses estudos foi a escola (70%), seguida de unidades de saúde (14%) e organizações comunitárias (13%). O que apareceu como tipo preferencial de intervenção foi o de uso da informação.

Diante dos avanços das ações de prevenção de DST/AIDS voltadas para os jovens nos últimos anos, consideramos que os achados destas revisões apontam a necessidade de se ampliar as investigações e intervenções na área da avaliação. É evidente que o investimento nessa direção requer um olhar mais profundo sobre o processo de intervenção para seu aprimoramento, bem como, direcioná-los às experiências das organizações de saúde e organizações não-governamentais, que é de nosso interesse nesse estudo.

Na pesquisa realizada por Santos (1992) foram ressaltados importantes elementos que traduzem fragilidades de intervenções preventivas, ao apontar o quanto os estudos de caracterização de repertórios sexuais, usualmente não revelam o contexto cultural que eles emergem, essencial para sua manutenção e/ou mudança. Mostra assim, que uma abordagem de diversidade e pluralidade da questão, considerada no contexto da produção simbólica de uma dada formação cultural, certamente remeteria o estudo dessas práticas ao estudo do *habitus*,

recuperando a dinâmica de sua produção como sistemas de práticas geradoras, não socialmente apenas reprodutivas, mas permitindo a criação e a novidade.

Compreender a idéia de diversidade e pluralidade nos remete a noção de *habitus* desenvolvido por Bourdieu, que corresponde a matriz determinada pela posição social do indivíduo que lhe permite pensar, ver e agir nas mais variadas situações. O *habitus* traduz, dessa forma, estilos de vida, julgamentos políticos, morais, estéticos.

O *habitus*, para Bourdieu (2004:61), é um “*conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista) que indica a disposição incorporada, quase postural*”. Uma espécie de sentido do jogo que não tem necessidade de raciocinar para se orientar e se situar de maneira racional num espaço. Mas *habitus* não se resume ao conhecimento das regras do jogo, pois, além de representar um sistema de disposições socialmente constituídas produto da interiorização das estruturas objetivas do campo.

No entanto, as diversidades e pluralidades sexuais dos jovens exigem um esforço de incorporação de um pensar sobre como suas práticas sexuais estão inseridas em contextos, que abrangem vários tipos de relações entre pessoas, onde poder, gênero, condições sócio-econômicas, acesso à informação, acesso aos serviços de saúde de qualidade são determinantes de comportamentos que encerram aumento ou redução de suas vulnerabilidades a danos e agravos.

Nesse sentido, Santos (1992) ressalta que os problemas enfrentados por programas educativos de prevenção, que visam mudar o quadro de vulnerabilidade dos jovens, referem-se à forma reduzida de como é tratada a diversidade de culturas eróticas, incluindo suas formas de uso e significado simbólico. Ainda que, pareça consensual que intervenções preventivas nesse grupo da população sejam mais eficientes, do ponto de vista da mudança comportamental e de

incorporação de repertórios sexuais seguros, uma vez que, os hábitos sexuais definem-se durante esse período da vida.

Essa é uma questão pertinente que precisa ser refletida com profundidade, tendo-se em vista que o grande investimento das intervenções voltadas para a saúde sexual dos jovens ainda estão centradas na informação e na responsabilidade individual. Essa tendência no plano das ações de prevenção de DST/AIDS caminha no sentido contrário aos argumentos científicos, como os construídos por Parker & Camargo (2000), quando chamam atenção para a influência dos determinantes sociais, culturais e econômicos no contexto de vulnerabilidade da transmissão da DST/AIDS ou mesmo na adoção de práticas sexuais mais seguras.

De forma a recolocar questões levantadas por Santos, podemos nos referir ao projeto “Viva a Vida”, que visava a capacitação de profissionais da rede pública de ensino para desenvolverem programas de prevenção da epidemia de HIV/AIDS na comunidade escolar. Neste projeto foi identificada a necessidade de se avaliar criticamente os discursos a respeito da epidemia, tendo como base o potencial de transformação social da prática educativa e os limites das abordagens que não levam em conta o peso da estrutura social na definição dos comportamentos, valores, atitudes, sentimentos e desenvolvimento de potencialidades individuais (Branco et al, 1996; Monteiro, 1998).

No estudo avaliativo de Antunes et alii (1997) de um programa elaborado para encorajar jovens a pensar sobre sua sexualidade e sobre a prevenção da AIDS, abordando a tomada de decisão da prevenção sexual articulada às escolhas reprodutivas e ao contexto de gênero, o instrumento utilizado falhou na avaliação dessa conexão. É preciso considerar, portanto, que o estudo, embora tenha chegado a conclusões pertinentes e consistentes quanto aos efeitos obtidos, não se configura como uma avaliação por não ter explicitado sua pergunta avaliativa, seus padrões de comparação e não ter emitido um julgamento sobre o valor ou mérito do programa.

O estudo realizado por Paiva (2000) é uma avaliação do processo educativo do projeto de prevenção à AIDS em escolas públicas de São Paulo. Um de seus resultados obtidos diz respeito à necessidade da camisinha estar mais acessível aos jovens, com uma distribuição mais planejada em espaços adequados para o trabalho direto e contínuo. Paralelamente a isso, a autora destaca outros aspectos, de ordem organizacional, subjetiva e intersubjetiva na garantia do acesso a ações de prevenção de DST/AIDS de qualidade.

Outros trabalhos mostram que a maioria dos jovens tem conhecimento sobre o uso do preservativo como forma de prevenção da transmissão de DST/AIDS (Jeolás & Ferrari, 2003). De forma contraditória, identifica-se um aumento nos índices de transmissão do HIV por via sexual entre os jovens, considerando as desigualdades socioeconômicas, de gênero e de acesso a insumos de prevenção, entre outras. Esse fato indica que, apesar dos jovens saberem como se prevenir das DST/AIDS, há um hiato entre conhecimento e prática, tendo em vista as diferentes variáveis, que vão aparecer como determinantes da opção por práticas sexuais mais seguras.

Em geral, conforme abordado no estudo de Antunes et alii (1999), o uso do preservativo se dá regularmente em encontros esporádicos ou no início do relacionamento, que, com o passar do tempo, parece conferir uma certa imunidade. Nesse sentido a lógica do não uso se impõe pela demonstração de confiança no parceiro, onde o que prevalece, segundo observado por Monteiro (2002), que sugere a universalidade da noção de que o familiar protege.

O que o estudo de Monteiro (2002) demonstrou é que as relações afetivo-amorosas tendem a ser regidas por uma ordem mágica e idealizada, perpassada pela noção de descontrole e irracionalidade, destoante do discurso preventivo. As categorizações que norteiam tais relações encontram pontos de convergência em as esferas sociais da “casa” e da “rua”, com relação à oposição entre o mundo familiar protetor (a “casa”) contraposto ao universo desconhecido e perigoso (a “rua”). Dessa forma a classificação dos parceiros se daria de acordo com critérios de

caráter sentimental, de conhecimento, aparência e pela natureza da relação, orientando assim o uso e o não uso.

Tais achados só evidenciam a importância de ressaltar para os jovens aspectos relacionados ao questionamento da fidelidade e da confiança introduzidos pelo uso do preservativo nos relacionamentos. Especialmente porque tratar nos programas de prevenção de AIDS da temática do amor e da paixão, usando as cenas da vida dos jovens, pode ajudá-los a reinventar seus *scripts* sexuais de modo mais seguro e a se tornarem agentes de sua vida sexual (sujeitos sexuais).

A abordagem sobre o script social e sexual dos jovens, apresentado por Paiva (2000), implica num olhar sobre como as práticas sexuais dos jovens estão inseridas em contextos que envolvem vários tipos de relações entre pessoas que estabelecem uma relação direta ou indireta onde poder, gênero, idade e condição sócio-econômica se apresentam como fatores determinantes que abrangem maior ou menor risco de exposição as DST. Tais fatores ainda são acrescidos às relações sexuais e culturais que permeiam essas doenças, como: tabus, códigos sexuais aceitos pela sociedade, orientações e preferências sexuais.

Por esse motivo que, conforme assinala Araújo (2003:160), assumir ou decidir assumir um comportamento sexual segura como uma opção de estar bem, ou não, requer reflexões profundas sobre a própria condição de existência. Claro que sem deixar de levar em consideração que essa condição de existência é atravessada também por uma condição sócio-histórica.

Esse aspecto se destaca no estudo realizado por Monteiro (2002) sobre a percepção de jovens de um bairro popular urbano nos cuidados com a saúde, em particular, a transmissão do HIV. A lógica cultural do grupo estudado demonstrou a necessidade de se elaborarem alternativas mais adequadas às singularidades materiais e simbólicas dos grupos sociais. Nessa perspectiva,

verificamos que o desenvolvimento de ações preventivas mais efetivas para jovens deve estar referido e afinado à identificação da visão de mundo e das práticas desse grupo social que partilham de uma rede própria de trocas.

Nesse sentido, conforme observa Paiva (2000), é menos importante entender o comportamento individual do que entender o contexto de interações sexuais – interações que são necessariamente sociais e que envolvem negociações complexas entre indivíduos. Pois, num contexto de banalização do sexo, de erotização cada vez mais precoce do corpo, de comercialização do sexo, a compreensão das interações sexuais se coloca como relevante na definição das políticas e programas de prevenção.

Uma outra experiência brasileira a ser mencionada é a da avaliação das ações de prevenção de DST/AIDS e o uso indevido de drogas nas escolas do ensino fundamental e ensino médio, em 14 capitais brasileiras (Rua & Abramovay, 2001), que se baseou numa metodologia qualitativa para a realização de uma avaliação ampla (de processo, de resultado e de impacto). Do ponto de vista metodológico, observa-se fragilidades quanto a não explicitação do plano de avaliação com a descrição da intervenção, das questões avaliativas, padrões e usos esperados da avaliação. Embora, seja definido o propósito de realização de uma avaliação de processo, resultado e impacto, foi observado um esforço centrado na elaboração de um diagnóstico que propriamente na condução de uma avaliação, aproximando de uma quase-avaliação. Esta, por sinal, é uma particularidade da maioria dos estudos avaliativos analisados.

O estudo de Gomes et alii (2005), que avaliava as informações e os valores relativos à AIDS, entre jovens escolares de três cidades brasileiras, no período de 2000 a 2001, demonstrou através de uma investigação avaliativa que o Programa Cuidar (intervenção avaliada) não teve efeito no nível de informação a respeito da AIDS. Mesmo assim, foram revelados aspectos

positivos relacionados à capacidade de reflexão e de argumentação desses jovens sobre formas de prevenção da transmissão da AIDS. O que nos chama atenção no estudo, é o fato de se pretender realizar uma avaliação do processo de implantação e de resultados do programa com a utilização de um desenho quasi-experimental sem a definição de um plano de avaliação.

Os dados deste trabalho mostram que as ações podem não atingir diretamente o nível de informação (que era elevado desde o início), porém, afetam mais as atitudes e os comportamentos dos jovens diante do problema. Sendo assim, na visão dos autores, a melhoria da qualidade das ações de prevenção para esse grupo, passa pela incorporação destas ações na promoção da auto-estima e do autocuidado, como forma de obter melhores resultados nessa área.

Este como outros estudos, tem como pano de fundo, na avaliação das ações de prevenção das DST/AIDS, a discussão sobre os modelos de educação em saúde adotados nas práticas de prevenção. A tematização sobre tais modelos foi aprofundada por Pimenta (2004) e o interesse para nosso estudo está relacionado ao fato de que a garantia do acesso ao preservativo e ao aprendizado de práticas sexuais mais seguras, passa pela concepção teórica e prática de prevenção adotada pelo programa.

O que se constata, na produção acadêmica, é que muito se investiu em avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens, do tipo avaliação de impacto e resultado centrados no modelo KABP. Os trabalhos realizados avançam no sentido de incorporar uma perspectiva mais ampla de prevenção, mas poucos foram os que se propuseram a desenvolver um estudo avaliativo propriamente dito, considerando-se o que precisa ser aprofundado num estudo desta natureza.

Neste sentido o interesse em desenvolver uma análise de implementação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens refere-se à possibilidade de analisar tal intervenção, tendo em vista os pressupostos teóricos do mesmo. Contudo, o intuito é de nos atermos as intervenções

e aos efeitos destas, considerando a interferências dos contextos no quais as intervenções estão implantadas.

Diante disto, sugerimos que a avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS possibilite a orientação mais adequada da oferta, de acordo com as necessidades da sua população-alvo – os jovens. Acreditamos que propostas nesta direção contribuam para uma abordagem sistemática, capaz de nortear a tomada de decisão e a melhoria destas intervenções, a partir da definição de indicadores, critérios e padrões de qualidade consensuados.

Dessa forma, torna-se relevante que esse tipo esforço se dê com base na racionalidade da adequação das ações do programa e de sua orientação e organização, assim como processos complexos que contemplam a análise de questões como: a qualidade de vida, o acesso garantido com qualidade e responsividade.

Tal perspectiva está relacionada à análise de implementação pela possibilidade de construção de um desenho que focaliza a melhoria do programa, sem perder de vista o compromisso com mudanças técnico-operacionais e sociais. Da mesma forma, esperamos que essa perspectiva esteja aliada a de Patton, por ser a avaliação focada na utilização uma importante estratégia de fomento para o uso dos resultados a partir do envolvimento dos usuários potenciais no processo avaliativo.

2. Os Contextos da Prevenção das DST/AIDS para Jovens

Neste capítulo tratamos dos contextos relativos aos fatores determinantes da exposição dos jovens ao HIV e a outras DST na atualidade, que compreendem os contextos político-organizacional e externo. O propósito é de ilustrar para o leitor a situação problema do qual este estudo parte, os distintos contextos de vulnerabilidade dos jovens a tais agravos e às possíveis interferências destes nos efeitos produzidos.

Tanto no âmbito internacional quanto nacional de enfrentamento das DST/AIDS, os jovens são considerados como um grupo social altamente vulnerável e foco das estratégias de prevenção das políticas públicas nessa área (UNAIDS/WHO, 2003). Isto porque, o HIV e AIDS têm se concentrado nos indivíduos mais jovens, em idade reprodutiva, em condições sócio-econômica mais desfavoráveis e com baixo acesso a serviços e a programas sociais de educação e saúde.

De acordo com levantamentos recentes, há uma diminuição gradativa da idade de iniciação sexual dos jovens, sendo em média de 14 anos para os do sexo masculino e 15 anos para as do sexo feminino (Rua & Abramovay, 2001). Este início cada vez mais precoce aumenta as chances de infecção do HIV, de outras DST, ou mesmo de uma gravidez indesejada, sobretudo, quando associada ao uso regular do preservativo com parceiros fixos (38,8%) ou parceiros eventuais (58,4) na faixa de 15 a 24 anos (MS, 2006).

Trazer para a investigação algumas inquietações que tangenciam a situação dos jovens em tempos de AIDS implica, necessariamente, na tematização sobre adolescência e juventude, saúde e direitos sexuais e reprodutivos e doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, pautada numa visão crítica de suas vulnerabilidades. Afinal essa situação de vulnerabilidade dos jovens,

em suas diferentes vertentes, também evidencia a lacuna existente entre intenção e ação no âmbito institucional.

O enfoque epidemiológico de risco é tema central na definição de estratégias de prevenção de DST/AIDS, assim como, na transmissão de informações e na responsabilidade individual, conforme destaca Monteiro (2002). A crítica a ser ressaltada diz respeito aos limites do risco como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção da AIDS, além de referir-se ao fato do mesmo não produzir avanços substanciais e persistir intensificando a culpabilização individual, a discriminação e o estigma.

Numa perspectiva de superar tais limites e ampliar a noção de vulnerabilidade desenvolvida por Mann et al (1993), Ayres e outros autores definiram-na como “... *diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento*” (Ayres et al, 1999a:50). Essa noção destaca o caráter relacional da vulnerabilidade ao ressaltar a influência dos diferentes fatores estruturais e determinantes na suscetibilidade ao HIV e a outras DST.

Esta apropriação conceitual explicita a situação de vulnerabilidade dos jovens, que não se remete só a características de ordem individual ou sócio-cultural na compreensão de fatores determinantes que contribuem para a infecção das DST. Entretanto, ela incorpora o entendimento de como os programas de prevenção estão estruturados para garantir aos jovens o acesso a bens e a serviços de qualidade.

Nesse sentido, essa situação expõe um grande desafio, visto que, as estratégias de prevenção de DST/AIDS adotadas pelos programas nessa área não vêm, necessariamente,

criando espaço para incorporar necessidades e demandas dos jovens na implementação de suas ações, particularmente, no que tange à diversidade e à pluralidade desse grupo para a garantia de uma vida sexual mais segura.

2.1. Contexto Político-Organizacional

Ao nos referirmos ao contexto político-organizacional tratamos da autonomia técnica, gerencial, política e financeira relativa às estratégias que influenciam concretamente a implementação de um programa. É nessa dimensão que se recupera a diversidade do processo recente de descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS), que permite as OG e ONG assumirem parcial e totalmente as ações de prevenção de DST/AIDS.

Historicamente, na agenda política brasileira, as demandas relacionadas à juventude adquirem importância no período de reformas sociais dos anos 60, quando setores das classes médias urbanas começam a cobrar efetividade nas políticas públicas de educação e saúde. Este foi um período favorável à implantação de experiências de educação sexual no país (Arihla & Calazans, 1998).

Os primeiros serviços voltados à saúde dos jovens surgem na década de 70, vinculados às instituições universitárias. Nos anos 80, as questões da juventude e da AIDS emergem como problema de governo, passando a ser objeto de pesquisas e intervenções de políticas públicas a partir da segunda metade dos anos 80 e no início dos anos 90 ganham importância e visibilidade na agenda governamental temas relacionados as DST/AIDS, à sexualidade e à população jovem.

No caso da epidemia de AIDS no Brasil foram concebidas, nos anos 80, respostas governamentais e não governamentais importantes de serem observadas. A partir de 1985,

quando o Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS assume o combate ao HIV/AIDS como papel fundamental do programa, conforme destaca Rocha (1999), dá-se a incorporação de medidas concretas de prevenção, num sentido mais amplo, tomando como referência os modelos de prevenção do Global AIDS Program (GAP) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Contudo, a reposta governamental de fato se estruturou a partir de 1988 com a implantação do PN de DST/AIDS e, posteriormente, em 1989 com o programa de cooperação técnica com o Banco Mundial, contribuindo para o fortalecimento do programa brasileiro, subsidiado por recursos financeiros internacionais.

Quanto à garantia de financiamento para a sustentabilidade das ações de prevenção tidas como cruciais para o controle da epidemia, o período de 1990 a 1992 foi marcado por um retrocesso na trajetória das políticas públicas para o HIV/AIDS (Rocha,1999). As políticas de enfrentamento da epidemia, incluindo a prevenção, só começam de fato a se inscreverem em 1993, com a assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial (*World Bank*), para o controle da AIDS e DST, conhecido por AIDS I.

A partir do AIDS I, ocorre uma reformulação das políticas de controle do HIV/AIDS, observado por Camargo Jr. (1999), sobretudo, pela fomentação de iniciativas a programas de educação sexual, tais como, a realização de projetos de intervenção e pesquisas financiados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS voltadas para os adolescentes e jovens, a capacitação de educadores para a difusão de informação e educação, novas metodologias de trabalho, campanhas educativas e distribuição de preservativos.

O que assistimos no cenário de implementação das políticas públicas de prevenção de DST/AIDS para os jovens no Brasil é a participação crescente das ONG, voltadas para a

educação sexual, apoiadas por instituições como a fundação MacArthur e Ford (Pimenta et alii, 2000). Diversas ONG, como destacam Arilha e Calazans (1998), começam a trabalhar em projetos de prevenção de AIDS, como uma perspectiva de captar recursos e desenvolver trabalho educativo no campo da sexualidade, em função do projeto do Banco Mundial/MS para a prevenção da epidemia de HIV/AIDS.

Na visão de Galvão (2000) as respostas das organizações da sociedade civil estiveram pautadas em duas tendências básicas. Uma tendência mais política e cultural própria ao ativismo do início da epidemia no Brasil; e outra mais comportamental, pautada na elaboração de projetos de intervenção, visando controlar o crescimento da epidemia a partir do uso do preservativo e do incentivo à adoção de práticas sexuais seguras.

Parker (1996) salientou, em termos conceituais, que os “modelos” de prevenção propostos nos editais de concorrência dos projetos de prevenção caminharam por dois eixos paradigmáticos. O primeiro centrado nos comportamentos individuais, determinados exclusivamente por decisões racionais conscientes, onde a questão da informação seria capaz de aumentar a consciência do risco e a mudança de comportamento. O segundo eixo de compreensão dessa questão informa uma linha de ação vinculada aos processos culturais e sociais da epidemia, considerando fundamentalmente a garantia dos direitos de cidadania dos sujeitos envolvidos nas práticas educativas.

Seguindo a mesma lógica de raciocínio, Pimenta (2004) ressalta três fases de orientação teórica no percurso das abordagens sobre prevenção de DST/AIDS: uma primeira fase nos anos 80 focada numa perspectiva mais comportamental e individualista tendo o conceito de risco como chave. Uma segunda fase nos anos 90 centrada nos determinantes sócio-culturais e

coletivos da epidemia de AIDS; e a terceira fase, mais contemporânea, que elabora sobre os fatores estruturais e tem a vulnerabilidade como conceito operativo.

Na literatura é recorrente a temática da sexualidade dos jovens estar relacionada à área da saúde reprodutiva e DST/AIDS, prevalecendo uma abordagem mais aplicativa, conforme observou Pimenta et alii (2000). No entanto essa abordagem mais hegemônica tem forte influência na orientação das estratégias de prevenção das DST/AIDS para jovens, que dão ênfase às práticas sexuais, quase sempre reduzidas ao sexo e não ao exercício da sexualidade. E justamente, a abordagem da sexualidade em seu sentido mais amplo, tanto no espaço público quanto no privado, que pode vir a propiciar uma reflexão mais aprofundada sobre a adoção de hábitos e atitudes mais seguras no cotidiano de suas práticas sexuais.

Embora, nos últimos anos a política nacional de AIDS para conter o avanço da epidemia no Brasil preconize o uso do preservativo como a forma mais eficiente de prevenção às DST e à AIDS, o aumento na aquisição e no uso do preservativo nas relações sexuais ainda deixa a desejar quando se pensa na efetividade da ação preventiva (MS, 2005). Muitas ainda são as barreiras que se colocam dificultando o acesso ou mesmo o uso para aqueles que têm esse acesso garantido.

Os dados da pesquisa realizada por Calazans (1999) apontam que os jovens têm pouco acesso aos serviços de saúde reprodutiva e sexual, que incluem a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis com segurança de confidencialidade e privacidade, bem como, a oferta dos vários métodos contraceptivos. Este se mostra como um problema mais complexo por envolver: a organização da atenção à saúde da população; condições sociais e materiais diferenciados dos jovens tidos como vulneráveis; aceções de modelos e abordagens de

educação e saúde; necessidade de aproximação de outros campos de conhecimento na identificação de aspectos facilitadores e dificultadores para que a ação preventiva se dê de fato.

A instabilidade do processo político e o padrão conservador das políticas de bem-estar social criaram uma clivagem em torno das demandas sociais, onde o processo de elaboração e implementação esbarram nos interesses e disputas no interior do próprio Estado, não alcançando muitas vezes a clientela a que se destina (Pimenta et alii, 2000). Logo, esta situação é evidenciada, nas políticas dirigidas aos jovens, no grande número de ações e programas governamentais, muitos destes desarticulados nos diferentes níveis de atenção, sobrepostos uns aos outros sem que haja mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação (M&A).

No Brasil, nos últimos anos, as políticas públicas brasileiras na área de prevenção as DST e AIDS se orientam a partir de cinco grandes eixos: promoção à saúde e equidade, participação e controle social, gestão descentralizada das ações de prevenção, integralidade e intersetorialidade (MS, 2002b). Importante enfatizar que tais eixos seguem os princípios e diretrizes do SUS e são adaptados às características de cada local.

No caso dos adolescentes e jovens, tal política preconiza o acesso aos insumos de prevenção de DST/AIDS e de promoção da saúde, focalizando a participação e o fortalecimento individual e coletivo destes (MS, 2005). Essa política é traçada de forma a garantir a participação dos jovens nas instâncias de decisão das políticas de prevenção e assistência e melhoria da qualidade de vida, particularmente, daqueles que vivem com HIV/AIDS, o que nem sempre acontece de fato. Um outro interesse marcante é o da intersetorialidade das políticas e ações de prevenção com outras áreas de intervenção social, visando resposta mais efetiva para o enfrentamento da epidemia.

O fato da população de adolescentes e jovens ser tratada como população prioritária para as ações de prevenção e controle das DST/AIDS demanda maior esforço de garantia de acesso aos bens e recursos de prevenção e de elaboração de ações mais integradas. No entanto, as dificuldades se impõem, principalmente, por se tratar de uma conjuntura marcada por ajustes estruturais com severas repercussões no mercado de trabalho, com o aumento do desemprego e do trabalho informal, trazendo um descompasso para a vida de muitos jovens.

Tais iniciativas, além dos recursos do PN DST/AIDS, representaram o esforço de maior número das ofertas no plano das políticas sociais, cujo foco, a partir dos anos 90, passou a ser, conforme destaca Santos & Santos (2000), a violência urbana, o desemprego, a gravidez precoce e as situações de risco social emergentes, como o aumento dos casos de AIDS entre adolescentes e adultos jovens, a violência doméstica e sexual.

Mais adiante, com o acordo do empréstimo AIDS II, em 1999, são reconhecidas as ações de prevenção já instituídas, como a disseminação da informação. Essa é uma fase na qual o discurso da prevenção pautava-se na garantia do acesso ao preservativo e de mudança efetiva de comportamento (Camargo Jr, 1999). O que apontava para o campo estrito da racionalidade clínica e epidemiológica visando mudança de comportamento através da moralização e normalização, desqualificando o contexto sócio-cultural e político dos sujeitos envolvidos.

Há que se reconhecer que tanto as OG quanto as ONG, nos últimos anos, assumem papel importante nas respostas à epidemia de AIDS para os jovens. Uma das principais características na atuação desses dois segmentos na estruturação e implementação das ações de prevenção as DST/AIDS, dá-se através do estabelecimento de parcerias formais ou não.

É difícil, portanto, definir as fronteiras dessas parcerias na área de prevenção entre esses dois segmentos, visto que a função pública é exercida por um conjunto de atores que estão

conectados a uma rede de reciprocidade mútua, de forma a tentar garantir o fortalecimento e a sustentabilidade das estratégias de prevenção nesse campo. Isso traz a tona à necessidade de se lançar um olhar sobre as ações implementadas por esses dois segmentos, diante da existência de pontos de convergências e de tensões entre ambos.

A política nacional junto à sociedade civil de garantia do acesso aos insumos de prevenção, especialmente o preservativo masculino, evidencia a necessidade de definição de parâmetros que possibilitem a sistematização sobre as condições de acessibilidade ao preservativo masculino para jovens, como também, os fundamentos e alcance das abordagens didático-pedagógicas viabilizadoras de estratégias de redução de risco e proteção da vida.

Assim como, o PN DST/AIDS, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do Ministério da Saúde, com o apoio da OPS, surge no bojo de um processo político que tinha como objetivo a ampliação e extensão da cobertura assistencial à população e a criação de programas verticais dirigidos a populações específicas, no caso dos adolescentes, como forma de reter as pressões dos movimentos sociais organizados. Para garantir as ações de prevenção de DST/AIDS, o PROSAD atua nos últimos anos em parceria com o PN DST/AIDS.

Um dos avanços do programa a ser destacado é que o mesmo indica uma abordagem integral, por equipes multidisciplinares, através da integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações básicas fundamentam-se numa política de promoção, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação (MS, 1996).

As políticas públicas de saúde direcionadas aos jovens, particularmente, a prevenção das DST/AIDS, são delineadas através do PROSAD que tinha por finalidade promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde fosse implantado, assim como, interagir com outros

setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar (MS, 1996).

No caso do Município do Rio de Janeiro, conforme ressalta Ruzany et al. (2002), o PROSAD teve suas bases programáticas publicadas em 1986 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), antes mesmo da criação do programa em nível nacional, através de uma portaria que vinculou ao Programa de Saúde Escolar os atendimentos dos adolescentes com idade até 18 anos, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Saúde do Adolescente, adaptadas às necessidades identificadas no município.

As ações do PROSAD no município estão estruturadas especialmente em cinco projetos (SMS-RJ, 2004): a) Projeto “*Vista essa Camisinha*”, visa favorecer o acesso dos jovens ao preservativo e a ações de prevenção de DST/AIDS e promoção à saúde; b) Projeto “*Sinal Verde*”, direcionado para a facilitação do acesso às unidades de saúde de adolescentes em situações específicas como necessidade de contracepção, abuso sexual, gravidez ou DST/AIDS, etc.; c) Projeto “*Horizontes*”, tem como principal estratégia a promoção de saúde e qualificação dos serviços na atenção à gravidez na adolescência; d) Projeto “*Educarte*”, tem por finalidade a capacitação de profissionais de saúde e outras áreas em sexualidade e cidadania; e) Projeto “*Homens Jovens e Saúde*”, busca a qualificação de quatro serviços de saúde e atividades na comunidade visando aumentar o cuidado dos homens com a própria saúde.

Tais projetos foram estruturados pela gerência de nível central, em momentos diferenciados, para serem implantados nos programas de saúde dos adolescentes das unidades de saúde, de acordo com o interesse gerencial e político. Cabe ressaltar que esses são projetos

complementares, que têm suas ações vinculadas às ações de outros programas, como no caso do “Vista essa Camisinha” que está diretamente vinculado ao Programa de DST/AIDS.

É importante destacar, que os dados dos contextos aqui mencionados possibilitam não só a orientação da construção do desenho da avaliação e da abordagem a ser adotada, como também na identificação de fatores que podem produzir efeitos independentes dos programas submetidos à avaliação.

2.2. Contexto Externo

O contexto externo corresponde aos determinantes das DST/AIDS em suas dimensões de vulnerabilidade sócio-cultural, na rede de apoio social, na dimensão sistêmica do programa, na sua relação com outros programas ou ações intersetoriais. Ou seja, implica em aspectos de ordem social, cultural e econômica dos sujeitos que interferem na exposição ou proteção à infecção das DST/AIDS, como no caso das hierarquias de gênero, das crenças religiosas, das desigualdades sociais, dificuldade de acesso a meios e serviços básicos.

Para tratar do contexto de vulnerabilidade sócio-cultural dos jovens, consideramos pertinente iniciar pela abordagem das categorias adolescência e juventude, tendo por base a compreensão do comportamento juvenil e da diversidade sexual dos jovens, das desigualdades de gênero que compartilham, dos padrões de seus valores, dos preconceitos que vivenciam no cotidiano, enfim, de seu contexto de vida. Ou seja, partindo de uma compreensão do adolescente ou jovem como sujeito histórico, social, produtor de uma cultura e não como um problema.

O uso das categorias adolescência e juventude em diferentes estudos introduzem o elemento de ambigüidade e justaposição em diferentes áreas do conhecimento ou da pesquisa.

De acordo com Calazans (1999), há uma associação entre as matrizes disciplinares da sociologia e o uso da categoria juventude, entre as matrizes disciplinares da psicologia e o uso da categoria adolescente, enquanto os estudos que adotam perspectivas interdisciplinares associam abordagens demográficas, epidemiológicas, biomédicas, psicológicas e sociológicas.

No desenho de programas e projetos voltados para adolescentes e jovens é recorrente a preocupação com o corte etário, pelo fato da adolescência ainda ser tratada como fenômeno a-histórico e não como construção sócio-histórica. Uma referência, em termos de corte etário, é o da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera o período da adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos e propôs, mais recentemente, como população jovem a faixa de 10 a 24 anos. A OMS recomenda uma divisão dessa categoria em três subgrupos: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos (OMS, 1986 apud Calazans, 1999).

Por compreender a justaposição das duas categorias, não nos ocuparemos em definir um corte etário, mas sim de compreender a juventude como um fenômeno demarcado por influências sociais, culturais, econômicas e políticas. Contudo, cabe ressaltar que os programas de prevenção de DST/AIDS para jovens vão delimitar um corte etário como forma de definir seu público-alvo de intervenção.

De fato, não existe um consenso na literatura quanto ao conceito de adolescência e juventude, nem mesmo em termos de delimitação etária. Identifica-se, no entanto, a incorporação de uma referência psicossocial, como, por exemplo, a do *ethos* geracional de adiamento da entrada no mercado de trabalho, dependência afetiva e econômica. Tais argumentos, segundo Reis (2000), evidenciam a dificuldade de estabelecer limites e enfatizam a necessidade de constante redefinição dos limites etários em função de um contexto mais amplo e de caráter relacional.

De acordo com esta autora a categoria social juventude, por um lado, “... *é um recorte geracional que a distingue de outras categorias, referindo-se a uma experiência geracional comum, e, por outro, não se pode considerá-la um produto único e homogêneo*” (Reis, 2000:89). Neste sentido, não se pode deixar de considerar a condição de transitoriedade da categoria juventude e adolescência, pois, são vistas como momentos de transição da heteronomia e dependência da infância à autonomia e independência da vida adulta, não somente de transformação biológica da puberdade.

As concepções de juventude e adolescência, como fase de grandes tensões associadas às transformações relativas às dimensões corporal, subjetiva e cotidiana, é processual, visto que, varia de acordo com as características de cada cultura e condição sócio-econômica conjugada a cada sexo, etnia, raça, moral, costumes, não tendo assim caráter estritamente biológico (Gonçalves, 2003). Ou seja, mais do que uma referência natural e biológica, a juventude é uma categoria cultural e histórica, como já mencionado anteriormente, na medida que há juventudes diversas e diferenciadas culturas juvenis.

A idéia de diversidades e de pluralidades do ser e estar adolescente ou jovem deslocou o eixo do discurso, que tem sido orientado para a noção de juventudes, adolescências e puberdades em sua pluralidade. A pluralidade das adolescências, juventudes e da pessoa jovem como uma totalidade, de acordo com Monteiro (1999), é resultante das muitas vivências pessoais obtidas em sua trajetória de vida e pelas diversas instâncias da sociedade onde se insere.

O que se observa no contexto atual é que a situação de vulnerabilidade dos jovens as DST/AIDS expõe um grande desafio para a prevenção, à medida que alguns jovens estão mais vulneráveis do que outros. Pois, muitos deles, além das mudanças características da própria idade, vivenciam mudanças relacionadas à pobreza, ao desemprego, à baixa escolaridade, à

violência estrutural e à dificuldade de acesso aos meios de comunicação, de serviços de saúde e de meios de prevenção.

Esses são aspectos que nos levam a refletir em que medida as estratégias de prevenção de DST/AIDS adotadas pelos programas de prevenção garantem o acesso às ações de prevenção, criam espaço para incorporar as necessidades e demandas dos jovens nessas ações, particularmente, no que tange a diversidade e pluralidade desse grupo para a garantia de uma vida sexual mais segura. Afinal, o fenômeno ganha novos contornos que prescinde um olhar e uma abordagem diferenciada que envolva, sobretudo, aspectos relacionados aos direitos humanos, à postura ética e ao cuidado.

Essa reflexão torna-se por demais relevante da mesma forma em que são evidenciados na sociedade contemporânea os extremos da pobreza, da desigualdade, da violência, da exploração sexual, da marginalização, da indiferença, do crescente aumento da exclusão e da limitação de oportunidades de trabalho e de rendimento, principalmente, para o segmento jovem, decorrente da crise econômica e social que o país entrou no final dos anos 80 e início dos anos 90.

Essa vulnerabilidade dos jovens relacionada a esses fatores mencionados acima está estampada diariamente em jornais de grande circulação no Rio de Janeiro, que exibem o início precoce de crianças e adolescentes no mundo do tráfico das drogas e a banalização da vida dos meninos que movimentam o mercado de drogas em algumas favelas da cidade ou mesmo a prostituição de meninas na faixa de 11 anos no trânsito de Recife por um valor irrisório (Jornal O Globo, 2006).

A violência sexual praticada contra os adolescentes e jovens, incluindo o abuso e a exploração sexual comercial, caracteriza-se como fator de vulnerabilidade destes frente às DST/AIDS. Violência intradomiciliar que se potencializa quando associada à violência urbana,

aumentando ainda mais essa vulnerabilidade na medida que o sentido da proteção para os jovens, conforme abordou Monteiro (2002), ganha um sentido menor frente a situações cotidianas de maior ameaça a vida.

Contudo, tratar da vulnerabilidade dos jovens nos reporta, conforme destacou Pimenta et alii (2000), como fator essencial, a garantia do acesso a meios de proteção, de ordem material e cultural. Pois, são reais as barreiras sociais, econômicas, simbólicas que os jovens que vivem em precárias condições de existência enfrentam.

Na mesma lógica de pensamento, Ayres e outros autores analisando fatores que influenciam na vulnerabilidade dos jovens as DST/AIDS, destacam três grandes aspectos de vulnerabilização desse grupo:

“Há informação, mas pouca comunicação efetiva sobre o assunto; há importantes barreiras que limitam o acesso a meios de proteção, de ordem material e cultural; e a margem entre satisfação de necessidades e risco tem se tornado extremamente estreita, especialmente entre as camadas mais pobres, configurando um grave quadro de pobreza de alternativas” (Ayres et al, 1999b:103).

O que se observa é que para os jovens, o acúmulo de desvantagens colocado pela dificuldade de acesso à escola, pela falta de oportunidade de trabalho, pela inserção cada vez mais precoce no mundo do tráfico de drogas e da violência urbana, só vem a fragilizar ainda mais toda uma noção de pertencimento de grupo e de identidade coletiva. Dessa forma, os mais vulneráveis estão mais excluídos dos circuitos de trocas, sendo que na visão de Bourdieu (2004) são mais excluídos da possibilidade acesso tanto ao capital social quanto ao capital simbólico.

A convergência desses fatores contribui para o aumento das condições de vulnerabilidade entre os jovens, tanto pela redução da autonomia em suas escolhas, como pela dificuldade de

acesso a bens e recursos básicos para o cuidado com a saúde, assim como, por suas características peculiares remetidas a seus desejos, interesses, crenças, hábitos, valores, de viver a aventura do risco, ou seja, o que diz respeito as suas relações com o meio social.

Portanto, propor um estudo que tem por finalidade investigar o acesso ao preservativo e às práticas educativas de prevenção as DST/AIDS para jovens, baseia-se nas considerações de Heilborn quando diz que:

“... pensar nas políticas de saúde que incidem sobre o domínio da reprodução e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis é avaliar que os sujeitos aos quais elas se destinam estão marcados por condições sociais distintas, entrelaçando estas, determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional”.
(Heilborn, 1996, p. 101)

Neste sentido, não há como desconsiderar as condições sociais e culturais produtoras de uma dada realidade que complexifica a formulação das estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que afetam os jovens de baixa renda, principalmente, os dos grandes centros urbanos. Esse é o desafio que se põe frente ao interesse na construção de uma atenção à saúde dos jovens, desafio para planejadores, profissionais de saúde, educadores que precisam de alternativas para a formulação de soluções a partir de um olhar mais integral e mais adequado ao contexto vigente.

3. Os Modelos Lógicos dos Programas de Prevenção a serem Avaliados

Neste capítulo nos deteremos na apresentação dos modelos lógicos dos programas de prevenção de DST/AIDS para jovens, que compreende a experiência de uma Organização Governamental (OG) e de uma Não-Governamental (ONG) no Município do Rio de Janeiro. Antes, contudo, faremos um breve preâmbulo para localizar o leitor quanto à opção pelo modelo lógico, ferramenta para descrever a racionalidade das intervenções a serem avaliadas, buscando explicitar suas potencialidade e limites.

O modelo lógico, também denominado na literatura como modelo teórico, desenho do programa, racionalidade do programa, abordagem lógica, cadeia lógica, entre outros, é tido como possibilidade teórico-metodológica na área de avaliação de programas (Hartz, 1997; Hartz, 1999). Isso porque o modelo lógico tem por mérito ajudar na descrição dos componentes principais do programa e explicitar como esses componentes se articulam para alcançar um objetivo particular. Ou seja, explicita a lógica, a racionalidade da intervenção para o alcance de efeitos, tendo por referência uma situação problema.

Do ponto de vista conceitual, o modelo lógico corresponde a uma representação visual e sistemática das relações entre intervenção (I) e efeito (E), que deve incluir as relações entre os recursos necessários para a operacionalização do programa, as atividades planejadas, as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar (Hartz, 1997). Nesse sentido o modelo como uma ferramenta para a avaliação de um programa auxilia na etapa de descrição da intervenção a ser avaliada e, mais que isso, viabiliza o consenso entre os envolvidos sobre cada um de seus componentes.

Uma proposta interessante aplicada à avaliação de programas de controle de doenças transmissíveis é a do modelo lógico desenvolvido pelo Centers Disease for Control - CDC

(1999a). Este inclui, na sua constituição, as seguintes especificações: o problema ou ação visado pelo programa, a população-alvo e as condições contextuais; o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzirem, isoladamente e/ou de forma integrada, os efeitos esperados (ingredientes ativos).

Esse modelo tem como vantagens: ilustrar a consistência lógica interna do programa para identificar lacunas e resultados não realísticos; comunicar o propósito do programa evidenciando os produtos e resultados esperados do mesmo; envolver os atores e promover a comunicação sobre o programa entre executores, membros da comunidade e outros atores; viabilizar o consenso entre os envolvidos sobre cada um dos itens do programa; fornecer um plano claro de acompanhamento do programa (CDC, 1999a).

No que tange a suas principais desvantagens destaca-se que este, normalmente não inclui efeitos além daqueles inicialmente esperados; coloca como dificuldade o estabelecimento da causalidade, visto que, muitos fatores influenciam os efeitos; e, parte do princípio que a escolha da intervenção é a mais correta.

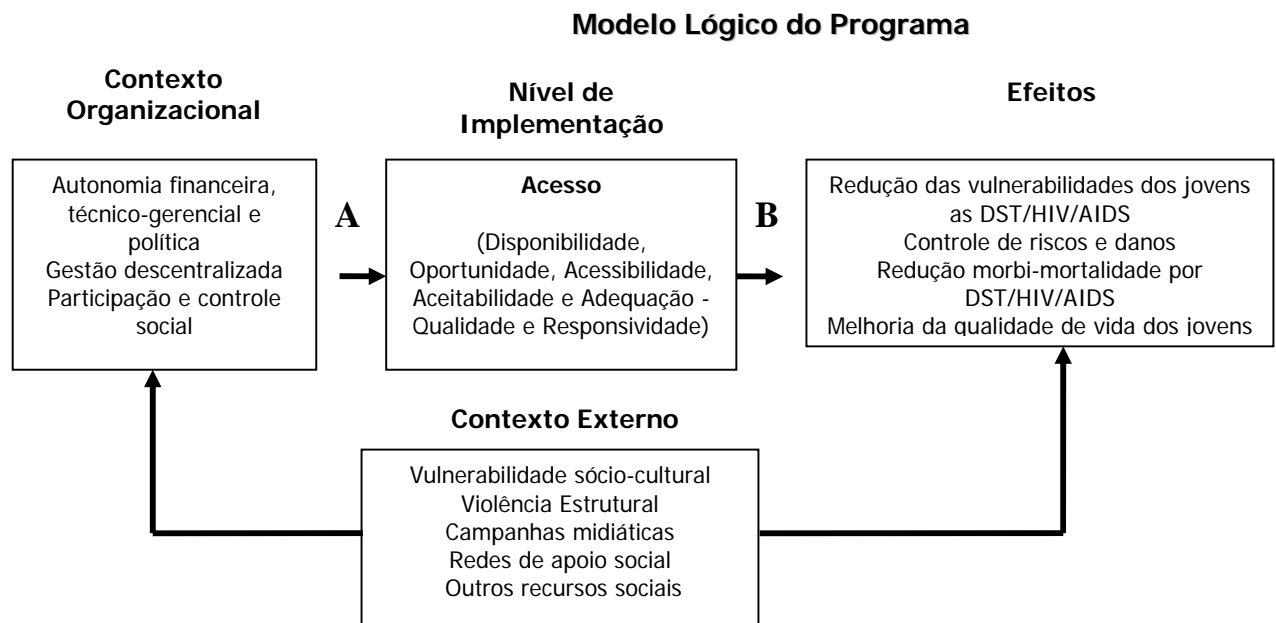
Em nosso estudo tanto a intervenção da OG quanto da ONG correspondem a programas de prevenção de DST/AIDS para jovens. Cabe apenas destacar que, mediante a complexidade de tais intervenções, a relação entre planejado e executado não é linear e sim contingencial, conforme apresentado na matriz de contingência, pois muitos são os fatores externos e outras intervenções que interferem na implementação de tais programas.

O modelo lógico das intervenções em questão foi construído com base na identificação do seguinte problema: *Os jovens são considerados um grupo social altamente vulnerável as DST/AIDS, ressaltando assim importância destes terem garantido o acesso ao preservativo*

masculino e às ações de prevenção para que possam desenvolver estratégias mais seguras de prevenção as DST/AIDS.

Os eixos do programa de prevenção de DST/AIDS que nortearam o modelo foram: promoção à saúde e equidade, participação e controle social, gestão descentralizada dos insumos, integralidade e intersetorialidade das ações (MS, 2002b). Além destes, foram considerados aspectos do contexto organizacional e do contexto externo, conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 - Modelo de Implementação do Programa de Prevenção de DST/AIDS para Jovens



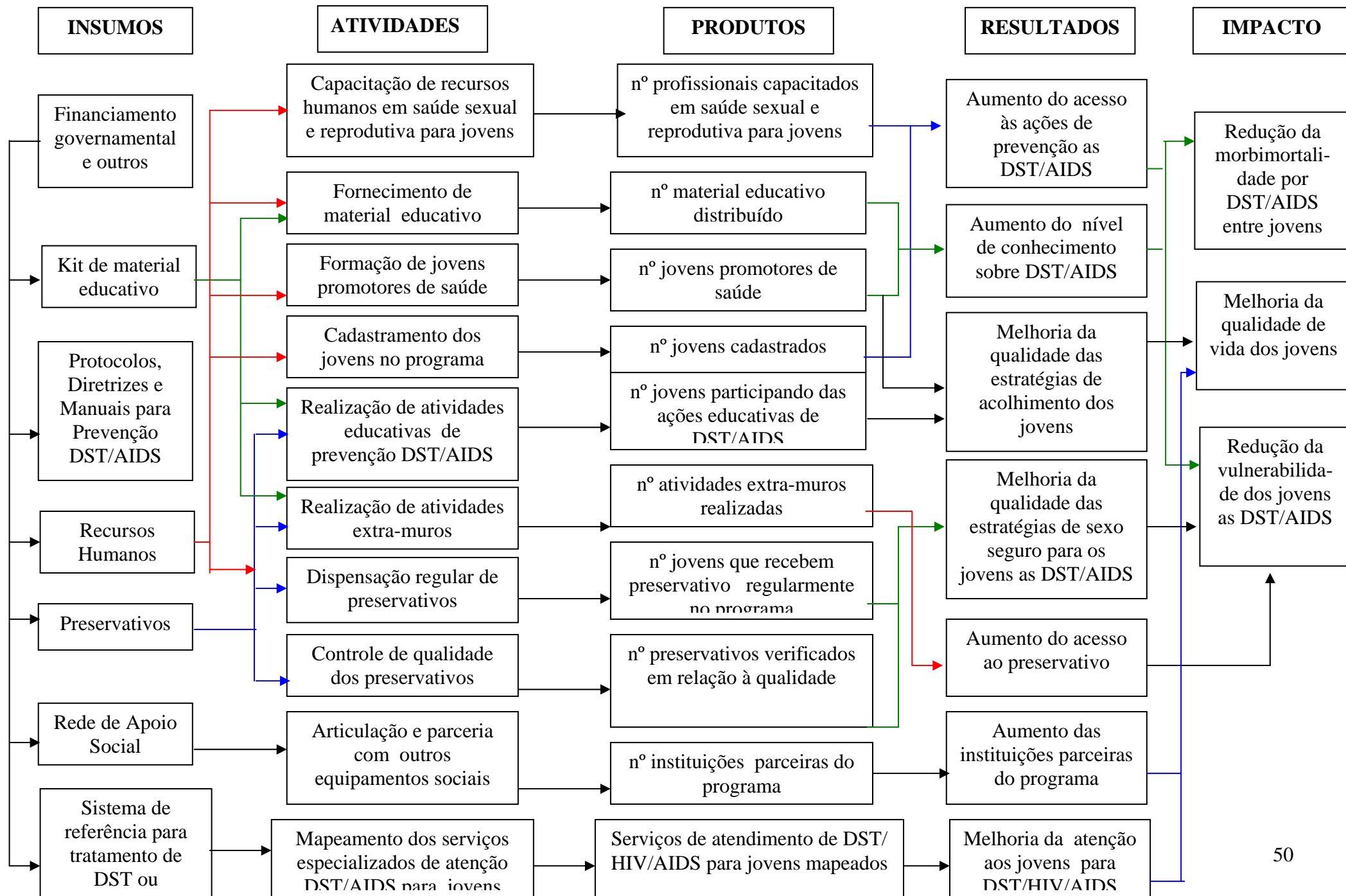
Fonte: Adaptado de Hartz, 1997.

Os elementos básicos elencados para o modelo lógico das intervenções de prevenção de DST/AIDS e seus efeitos, considerando-se a situação problema acima mencionada, foram: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto (Fluxo 1). Neste fluxo foi apresentada a progressão lógica do programa e as relações entre seus elementos, tornando explícitos os pressupostos de como o programa vai efetivamente abordar esse problema.

Embora tenham sido contemplados no MLP todos os componentes do programa, cabe ressaltar que no caso da análise de implementação proposta, a ênfase dada é nas atividades e no produto. Dessa forma, a adequação e ajustes nesses componentes vão possibilitar a obtenção mais apropriada dos efeitos de médio e longo prazo, como no caso dos resultados e impactos.

Acreditamos assim que este referencial possibilite o desenvolvimento de um arcabouço teórico-metodológico que subsidie a construção de um estudo avaliativo de programas de prevenção das DST/AIDS, tendo como foco os jovens. O propósito é de contribuir para a produção acadêmica que visa à melhoria de programas dessa natureza, considerando intervenções tão heterogêneas como no caso da OG e da ONG.

Fluxo 1: Modelo Lógico de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens



3.1. Modelo Lógico do Programa “Vista essa Camisinha” da Organização Governamental

O programa “Vista essa Camisinha” compreende a intervenção de prevenção de DST/AIDS para adolescentes no âmbito da ação governamental. Este é um programa desenvolvido nas unidades de saúde da rede básica, maternidades e pólos do Programa de Saúde da Família, que objetiva favorecer o acesso dos adolescentes aos preservativos, numa perspectiva de promoção da saúde e desenvolvimento dos jovens (SMS-RJ, 2005).

De acordo com a classificação adotada por Coyle et al (1991) este programa se configura como um programa de educação em saúde e de redução de risco da AIDS para um grupo populacional específico. Neste caso, o grupo alvo desta intervenção podem ser os adolescentes das comunidades do entorno das unidades de saúde (US), das escolas vizinhas e referidos de outras unidades da região. Mas a US pode definir uma faixa etária na orientação do atendimento, ficando assim a critério dela.

As principais atividades do “Vista essa Camisinha” compreendem: a entrega das camisinhas aos adolescentes, na quantidade demandada por cada um, acompanhada de orientação individualizada; as atividades de grupo onde, através de técnicas participativas e lúdicas se promovem a reflexão e a troca de experiências sobre diferentes temas: direitos, gênero, projeto de vida, sexualidade, DST/AIDS, gravidez e contracepção entre outros; a distribuição de camisinhas aos diferentes serviços, setores e projetos dentro da própria unidade de saúde (sala de espera, pediatria, ginecologia, clínica médica, etc.); e repasse de camisinhas para outras instituições (escolas, associações de moradores, ONG, etc.), que queiram receber uma cota para distribuir em atividades educativas com adolescentes, tais como: feiras de ciências, oficinas e outras (SMS-RJ, 2005).

Dentre os resultados esperados, é esperado que haja uma redução na infecção do HIV/AIDS e de outras DST entre os adolescentes e que estes adotem estratégias de sexo seguro (MS, 2002c). Certamente, que existem resultados de curto, médio e longo prazo que são efeitos relacionados às atividades do programa, ao seu público alvo e a outras intervenções e que também envolve a população geral.

Importante mencionar que a construção do modelo lógico do Vista Essa Camisinha contou com dados de informantes chaves, de documentos oficiais e do *site* do programa (SMS-RJ, 2005). De modo a melhor elucidar a descrição desta intervenção, optamos por dividi-la nos seguintes componentes: componente estrutural, técnico-operacional, político, estratégico e componente inovador, caso fosse identificado algum. Ressaltamos ainda que esses são componentes complementares que se intercambiam.

3.1.1. Componente Estrutural

Do ponto de vista de sua estrutura física, está prevista a existência de espaço físico próprio para o desenvolvimento do atendimento individual e das atividades de grupo junto aos adolescentes. Espera-se que esse espaço físico garanta a privacidade e a confidencialidade, pois são elementos fundamentais no trabalho com os adolescentes.

No âmbito da unidade de saúde esse espaço físico está inserido na estrutura própria do programa de saúde do adolescente que deve conter: sala de espera, consultórios para atendimento individual, sala(s) para atendimento em grupo, mobiliários para acomodação dos profissionais e arquivamento de documentos relativos ao programa, equipamentos para pesagem, aferição de pressão arterial e temperatura (Ruzany et alii, 2002).

Os insumos básicos necessários para a realização das atividades do programa são os protocolos e manuais para prevenção de DST/AIDS para jovens, os preservativos masculinos e os materiais educativos (folders, cartilha, cartazes, pelves de acrílico, pênis de borracha, álbum seriado, etc.). O preservativo feminino é de responsabilidade do Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM) e deve ser liberado para as adolescentes conforme a procura. O intuito é de que estes insumos estejam sempre disponíveis no programa para atender às necessidades da clientela existente.

De acordo com o fluxo de liberação definido, a gerência do PROSAD deve repassar mensalmente para a US após o recebimento de sua cota dispensada pelo Programa de DST/AIDS. Sendo que o material educativo específico de DST/AIDS, do tipo cartazes e folders, é dispensado conforme solicitação. Já o material de demonstração tipo: pelve de acrílico, pênis de borracha, camisinha feminina e camisinha masculina, é mais de aquisição do PAISM que, em geral, compartilha o material para as atividades relativas à saúde sexual e reprodutiva com os adolescentes.

Quanto aos recursos humanos, o programa requer uma equipe multidisciplinar composta por: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem, ginecologista e outros. De modo a garantir a qualidade das atividades do programa há um interesse explicitado de que os profissionais do programa sejam capacitados em saúde sexual e reprodutiva para desempenhar suas atividades junto aos adolescentes do programa.

Um insumo de extrema importância para a garantia dos demais insumos é o financiamento. No caso desse programa, conta-se única e exclusivamente com recurso público, pelo fato da unidade de saúde fazer parte da rede SUS. No entanto, do ponto de vista da gestão

desse programa há uma participação importante de recursos do Programa de DST/AIDS, considerando-se que parte de seus insumos e atividades são garantidos por este.

Ainda como parte do componente estrutural, são considerados os serviços pré-existent para o encaminhamento no tratamento das DST e HIV/AIDS. Além destes, tendo em vista a perspectiva de ações intersetoriais, são elencados possíveis serviços da área da saúde ou não que possam estar incluídos na composição de uma rede de apoio social para os adolescentes do programa.

3.1.2. Componente Técnico-Operacional

O “Vista essa Camisinha” tem como atividade central o desenvolvimento de ações educativas de prevenção de DST/AIDS e a dispensação de preservativos para os adolescentes. Este adolescente pode ser atendido sem a presença do responsável. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante este direito através do art.16 (direito à liberdade de buscar auxílio e orientação) e art.17 (direito ao respeito abrangendo a preservação da identidade, da autonomia, dos valores e crenças, dos espaços e objetos pessoais) (Brasil, 2003). Cabe à equipe de saúde avaliar as situações mais complexas em que o envolvimento da família seja necessário.

A princípio, há uma recomendação de que seja definido um fluxo de atendimento para os adolescentes que podem chegar por demanda espontânea ou referidos por outras unidades ou pelo PSF. Os profissionais de saúde da equipe do programa devem se dividir para atendimento individual (consulta), de acordo com a especialidade demandada, ou a atividade em grupo (atividade educativa). As atividades realizadas junto aos adolescentes podem ser intra-muros ou extra-muros, em escolas, clubes, associações de moradores, ONG, etc.

Os temas a serem abordados nos grupos não devem ser restritos à sexualidade, gravidez e DST/AIDS. Devem contemplar outros temas de relevância na adolescência, tais como, o crescimento e o desenvolvimento, as imunizações, as relações de gênero, a cidadania, o projeto de vida, as vulnerabilidades e, principalmente, o desenvolvimento de habilidades como a consciência de si mesmo, tomada de decisões, negociação, comunicação, senso crítico, lidar com emoções e estresse (SMS-RJ, 2005). Para que estas questões sejam trabalhadas é importante a utilização de técnicas de dinâmica de grupo que promovam a revisão de mitos e tabus, a expressão de sentimentos, a troca de experiências e a convivência com diferentes valores e opiniões.

Embora a participação nos grupos deva ser estimulada, nunca deverá ser obrigatória para a dispensação de preservativos ou para qualquer outra finalidade. A intenção é que a prática educativa esteja sempre vinculada a essa dispensação, que deve ser feita no atendimento individual ou em grupo por profissionais de saúde e/ou jovem capacitado como promotor de saúde. Não devem ser dispensadas pela farmácia, a não ser que seja garantida essa ação educativa individual.

Aos profissionais do programa são preconizadas capacitações específicas para o trabalho com os adolescentes, incluindo a prevenção de DST/AIDS. As capacitações na área de saúde sexual e reprodutiva do adolescente são oferecidas pelo Instituto de Puericultura e Pediatria Matargão Gesteira (IPPMG) ou pela gerência do PROSAD do nível central. Além dessas capacitações, existe também a possibilidade de participação nos Centros de Estudos, promovidos pela gerência, como espaço de discussão teórica e troca de experiências para o aperfeiçoamento dos profissionais do programa.

É recomendado que os motivos para o não uso da camisinha devam ser trabalhados individualmente e em grupo. E, sempre que possível, deve ser enfatizado que a camisinha é o único método que confere dupla proteção (DST/AIDS e gravidez indesejada). Para que os adolescentes aprendam a usar corretamente o preservativo, é importante que tenham oportunidade de treinar a colocação no modelo peniano.

O acesso dos adolescentes ao preservativo pode se dar de três formas: procura espontânea por parte do adolescente, por encaminhamento interno ou externo. Todos aqueles que retiram preservativo pelo programa devem ser cadastrados, de forma a se manter um controle sobre inscritos, cotas, retorno, etc. Os preservativos, assim como os materiais educativos, do tipo folder, cartaz, devem estar disponíveis em todos os setores da unidade freqüentados por adolescentes (sala de espera, sala de vacinas, clínica médica, ginecologia, pré-natal, etc.).

Como forma de garantir a qualidade dos preservativos é necessário que estes tenham ambiente adequado para o armazenamento (temperatura e umidade) e que haja controle quanto a sua data de validade, condições da embalagem e freqüência de intercorrências após o uso, bem como, arquivos para acomodar as fichas dos adolescentes cadastrados no programa, as estatísticas, os formulários de encaminhamento para outras unidades e outros documentos do programa. As estatísticas de controle do programa devem ser encaminhadas periodicamente para a gerência do programa do nível central.

A parte de apoio laboratorial, de diagnóstico e acompanhamento clínico de DST podem ser feitas na própria US ou em alguma unidade de referência da área de abrangência. Apenas, o tratamento para o adolescente que vive com AIDS, em geral requer atendimento numa unidade de maior complexidade.

3.1.3. Componente Político

Por estar vinculado a ações mais gerais do PROSAD, o “Vista essa Camisinha” vai incorporar preceitos básicos que visam não só os interesses institucionais como também os interesses dos adolescentes. Pois há uma ênfase, em termos de concepção do programa, de investimento na promoção da saúde, no desenvolvimento e na autonomia dos adolescentes.

Partindo desta visão o programa busca a identificação e fortalecimento dos fatores de proteção para os adolescentes (auto-estima, resiliência, habilidades sociais, vínculos, segurança, entre outros). Esses denominados fatores de proteção são trabalhados a partir da valorização da participação ativa do adolescente e do protagonismo juvenil (SMS-RJ, 2005).

A participação dos adolescentes é tida não só como possibilidade de fortalecimento da dimensão política do programa, na medida que produz sujeitos mais ativos, autônomos, críticos, mas também, a dimensão estratégica de ter a pretensão de investir no empoderamento individual e coletivo desses adolescentes. Esse, por sinal, mostra-se como um ponto forte na concepção da lógica de intervenção no sentido do enfrentamento das vulnerabilidades as DST/AIDS.

Ainda para responder ao propósito de construção de uma ação integral para atender ao adolescente como um todo, o programa pressupõe a integração nos seus diferentes níveis de atuação com diferentes programas/ projetos, tais como: Saúde da Família, Saúde Escolar, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, entre outros; como também pressupõe a integração com os próprios projetos do PROSAD.

3.1.4. Componente Estratégico

Do ponto de vista estratégico no contexto de implementação do programa é recomendado o envolvimento da família dos adolescentes e da comunidade. Na realidade, o adolescente vai

funcionar, nesse caso, como catalizador, elo de ligação entre essas instituições. A compreensão é que tais instituições devem ser aliadas, pois podem representar uma maior proteção para os adolescentes por serem importantes referências na vida de seres humanos.

Uma das formas encontrada de potencializar as ações do programa está na busca de maior articulação com outros setores, como: educação, assistência social, cultura, esportes, justiça, conselhos tutelares, ONG e outros. A perspectiva de ação intersetorial introduz a necessidade de um mapeamento dos equipamentos sociais existentes na área de abrangência do programa.

A viabilização de tais articulações corresponde à constituição de ações intersetoriais para o respeito ao direito dos adolescentes de serem atendidos nas suas diferentes demandas junto ao serviço. A busca por outras áreas, como no caso de esporte e lazer, pode também tornar a organização do atendimento mais atraente para os adolescentes.

Ainda como uma recomendação estratégica, que ultrapassa o espaço de intervenção na US, é o de fixação de cartazes do “Vista essa Camisinha” em locais visíveis, estimulando o uso do preservativo e ao mesmo tempo informando sobre como obtê-los. Sua estratégia vincula-se a possibilidade de ampliação da abrangência do programa e divulgação deste na unidade de saúde.

De forma a poder fomentar as ações extra-muros, o “Vista essa Camisinha” prevê a doação de camisinhas para práticas educativas realizadas em outras instituições, sendo essa uma estratégia de divulgação do programa. Nesse sentido, espera-se que a unidade busque parcerias, sobretudo com organizações que atendem adolescentes em situações de maior vulnerabilidade, como os que estão na rua e fora da escola.

3.1.5. Componente Inovador

O componente inovador a ser destacado desta intervenção diz respeito à participação e controle social mediante formação de promotores de saúde, que são adolescentes da comunidade que vão realizar ações educativas junto a seus pares que têm maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Espera-se que esses recebam apoio material, assistencial, psicológico para atuarem junto a US e a comunidade, de forma a facilitar a relação entre os adolescentes, o serviço e a comunidade.

3.2. Modelo Lógico do Programa “Agente Jovem” da Organização Não-Governamental

Nessa parte trataremos do modelo lógico do programa Agente Jovem de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário de uma Organização Não-Governamental (ONG), sem fins lucrativos, que atua no Município do Rio de Janeiro. Pelo histórico, essa ONG surge numa conjuntura de redemocratização e de redefinição, no campo das DST/AIDS, das relações entre Estado e sociedade civil organizada na elaboração de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia (Edmundo, 2003).

A missão institucional dessa ONG consiste na melhoria da qualidade de vida nas comunidades empobrecidas, através de programas de promoção da saúde e desenvolvimento comunitário junto às escolas, empresas, serviços de saúde e comunidades (CEDAPS, 2005). As linhas de ação da instituição são as seguintes: Prevenção do HIV/AIDS em comunidades; Juventude; Desenvolvimento Local; e os programas de intervenção e pesquisa em serviços públicos de saúde e educação.

A ONG possui alguns programas e projetos de educação, prevenção, assistência e comunicação em saúde, qualificação profissional e desenvolvimento sustentável, que se

intercambiam. A temática da AIDS surge na cultura institucional em 1995 como uma demanda sugerida pelas populações diretamente atingidas por ações em saúde e educação desenvolvidas pela instituição.

O Programa “Agente Jovem” tem no seu escopo as ações de prevenção de DST/AIDS para jovens de comunidade empobrecidas, assim como, neste está vinculado às ações de dois outros programas: Consultoria Comunitária em Saúde e Educação (COMUNICSE) e Núcleos Comunitários de Prevenção (NUCLEPREV), conforme abordaremos a seguir.

A intervenção de interesse para o estudo objetiva formar dez agentes jovens para atuarem na comunidade como promotores de saúde e do desenvolvimento comunitário, tendo como referência básica o programa de prevenção das DST/AIDS já existente (CEDAPS, 2001). Este programa visava contribuir para a formação de lideranças jovens para atuação no conjunto do Lins, envolvendo diretamente nas ações comunitárias cerca de 100 jovens organizando e promovendo atividades; viabilizar a criação de um fórum jovem comunitário através de encontros por áreas da comunidade discutindo seus problemas e apresentando soluções; implementar ações comunitárias diversificadas; apoiar as ações e projetos sociais das associações comunitárias representantes.

Importante enfatizar que tanto esse, quanto os demais programas da ONG são de base comunitária na medida em que dão suporte a organizações comunitárias de menor porte para o trabalho de educação em saúde e redução de riscos de pessoas que possuem alta vulnerabilidade as DST/AIDS. Esse é um tipo de intervenção, segundo Coyle et al (1991), próprio para se acessar grupos difíceis de serem acessados.

O leitor deve tomar ciência que a construção do modelo lógico da intervenção da ONG foi possível a partir da leitura do projeto encaminhado para o financiamento, documentos oficiais do programa, artigos e *site* da ONG (CEDAPS, 2005).

3.2.1. Componente Estrutural

Do ponto de vista de sua estrutura física, o programa contaria com o espaço da sede da ONG e os espaços comunitários, que variaria de comunidade para comunidade. Em geral, esses espaços correspondiam aos núcleos acomodados em uma sala da comunidade, na casa de uma liderança comunitária, num espaço comercial ou na associação comunitária onde são disponibilizados materiais educativos e preservativos para os jovens cadastrados ou frequentadores do espaço comunitário. A recomendação era de que cada comunidade trabalhasse com seus próprios recursos, mas que garantisse a privacidade e a confidencialidade dos jovens.

A princípio, fazia parte do apoio do programa para a implementação das ações de prevenção de DST/AIDS junto aos jovens das comunidades, o repasse mensal de preservativos. O preservativo destinado a esse programa deveria ser repassado pelo programa municipal de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro, que de acordo com a pactuação prevista, estaria incluído na grade de liberação regular.

No que diz respeito ao acesso a materiais educativos, estava previsto que os jovens utilizariam o material disponível no Banco de Recursos e Idéias para o Trabalho Comunitário, criado pelo programa COMUNICSE, que se transformou no centro de documentação da ONG (Edmundo, 2003). O objetivo desse banco era de contribuir para o aprimoramento da discussão sobre temas ligados ao desenvolvimento comunitário e de produzir material específico, com

linguagem adequada às comunidades, com atenção especial as demandas, conteúdos e interesses dos jovens.

Como forma de viabilizar a assessoria dada às lideranças e instituições comunitárias, seria disponibilizado pelo banco um acervo de 1.500 títulos, entre livros, cartilhas, vídeos e materiais educativos sobre temáticas ligadas à AIDS, sexualidade, educação em saúde, entre outros. O material do banco serviria para dar suporte no desenvolvimento das ações de prevenção das DST/AIDS e promoção da saúde nos núcleos comunitários, nas comunidades, nas escolas e unidades básicas de saúde.

Para ter acesso aos materiais do banco para empréstimo ou doação, as lideranças comunitárias, profissionais de educação e saúde, estudantes e demais interessados teriam que se cadastrar previamente. Os materiais de apoio, disponíveis para empréstimo, que visavam complementar as atividades educativas ligadas à prevenção das DST/AIDS e o planejamento familiar são: protocolos e manuais para prevenção de DST/AIDS, álbum seriado, kit métodos contraceptivos, pélvis de acrílico e pênis de borracha.

A equipe multidisciplinar do programa, de acordo com seu desenho, deveria ser composta por psicólogos, assistentes sociais, economista, jornalista e historiador. Os profissionais que seriam contemplados seriam os mesmos que já fazem parte do corpo de profissionais da ONG e que participam de outros projetos da instituição. Além desses, fariam parte da equipe os monitores comunitários (pessoa da comunidade), os coordenadores de campo e os supervisores que cuidariam do acompanhamento do trabalho de campo.

Os recursos financeiros da instituição são aplicados nos programas e projetos de promoção da saúde e qualidade de vida de populações de baixa renda, provenientes de convênios com órgãos públicos como o Ministério da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, Educação

e Desenvolvimento Social, a Secretaria Estadual de Trabalho, o programa Comunidade Solidária, o BIRD, empresas privadas como o HSBC e a Leader Magazine, fundações como a CORDAID (Amsterdam) e, em especial, com a The Dreyfus Health Foundation, filiada ao Instituto Rogosin, Cornell University – New York (CEDAPS, 2005). Embora o programa fosse contar com financiamento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, este recebe indiretamente apoio dos demais financiadores.

Na orientação dada aos jovens quanto à elaboração de seus projetos locais estaria contemplado o levantamento dos equipamentos sociais da área de abrangência de seus projetos. A constituição a partir deste de uma rede de serviços subsidiaria maior integração por parte dos jovens com outras áreas de atuação, como a educação, a assistência social, a saúde e a cultura.

3.2.2. Componente Técnico-Operacional

A atuação do programa tinha como eixo a crença de que o núcleo central dos processos de transformação social era a comunidade e que seus jovens, por sua vez moradores, seriam os recursos críticos para a solução dos problemas. Sendo assim, os princípios que norteariam as ações do programa teriam como pilares a Educação Popular e da Promoção à Saúde (Edmundo, 2003).

Para viabilizar suas atividades o programa Agente Jovem estabeleceria contato direto com o programa COMUNICSE, que vinha utilizando uma série de métodos e técnicas de ação baseadas em diferentes concepções sobre o que determina o fenômeno de vulnerabilidade dos jovens as DST/AIDS. No processo de formação, capacitação e realização de oficinas os profissionais usariam e estariam orientando o uso de palestras, oficinas, abordagem de pares

multiplicadores com o objetivo de informar, sensibilizar e modificar comportamentos e atitudes dos jovens em relação a sua sexualidade.

Os jovens que conseguissem produzir seus projetos locais, através da metodologia do Problem Solving for Better Health (PSBH), posteriormente, receberiam apoio técnico e teriam seus projetos acompanhados por supervisores da ONG. O resultado esperado era uma ação educativa e/ou uma ação de organização comunitária implementada pelos jovens, que teriam autonomia para escolher o tema central de seus projetos.

Dentro do planejado os jovens estariam participando de uma capacitação básica em que todos os conteúdos e metodologias seriam apresentadas e debatidas. A idéia era que desde o primeiro mês o jovem pudesse dispor de um básico de informação para ser replicado nas comunidades e iniciasse um processo dinâmico de diálogo entre participantes do programa e a comunidade. As atividades previstas no programa para os jovens compreendiam a participação destes em visitas educativas a casas, tenda da saúde, seminários abertos à população, eventos culturais, encontros coletivos, dentre outros (CEDAPS, 2001).

A capacitação do grupo seria dividida em uma oficina básica e quatro oficinas de aprofundamento para o desenvolvimento da ação comunitária. A oficina básica compreenderia conteúdo relacionados à organização comunitária; as características e questões da juventude; conceitos e informações básicas sobre saúde; e apresentação da metodologia do PSBH, já adotada pela instituição (Becker et al, 2004).

Após participação na oficina básica, os jovens junto aos integrantes da equipe da ONG, iriam discutir seus problemas e desenvolver projetos na elaboração de um plano de ação local na busca de soluções articuladas. Este plano seria o guia para jovens nos meses seguintes.

As oficinas de aprofundamento que seriam divididas nas seguintes temáticas: nosso corpo – sexualidade, saúde e práticas preventivas; a comunidade e seu ambiente – suas situações de risco e medidas de prevenção; educação e trabalho – caminhos na busca do primeiro emprego; e universo cultural – integrando a comunidade e a cidade. A primeira oficina priorizava como conteúdo: o corpo do homem e da mulher; contracepção; as principais DST e seus sintomas; AIDS - formas de transmissão; sexualidade – desejos, prazeres e descobertas; práticas preventivas; e abordagem comunitária da informação (CEDAPS, 2001).

A Tenda da Saúde também previa ações educativas na comunidade através de uma “tenda/barraca” volante em todo o conjunto do Lins, contendo informações básicas sobre as temáticas de saúde. Tal atividade contaria com a exposição de materiais educativos e kits demonstrativos (métodos contraceptivos, próteses) e distribuição de preservativos. As “Tendas” aconteceriam uma vez por mês e poderia contar com eventuais apoios das organizações governamentais e não governamentais que trabalhassem com saúde naquela área.

2.3.2.3. Componente Político

O fato da instituição ser uma organização da sociedade civil (OSC), por si só, tem um papel de responsabilidade social e política, de luta pelos direitos humanos, que fundamenta as intervenções da ONG. Especialmente, as relativas à luta de combate as DST/AIDS, que diz respeito a um movimento social mais estruturado e com grande poder de vocalização (Edmundo, 2003).

Nesse sentido, o previsto no trabalho junto aos jovens é de estímulo à participação nos diferentes fóruns de juventude, conselhos de saúde e associações comunitárias, congressos,

seminários. No programa essa é considerada uma forma de investir no empoderamento desses sujeitos sociais (Becker et al, 2004), numa perspectiva de protagonismo juvenil.

De forma a viabilizar a operacionalização do programa, a ONG busca articulações com os diferentes atores sociais que cuidam de recursos de interesse para garantia da integralidade do programa. Além das negociações institucionais com instâncias governamentais, não-governamentais e privadas, são feitas negociações dentro da própria comunidade, através das lideranças locais, para que os projetos elaborados pelos jovens sejam implementados.

2.3.2.4. Componente Estratégico

A partir do diagnóstico feito pela ONG, a temática das DST/AIDS e suas interfaces já se colocavam nas comunidades como um tema catalisador por propiciar a aglutinação de pessoas, principalmente de jovens e mulheres. A pretensão do programa era que este, posteriormente, viesse a ser ampliado em ações customizadas para as demandas de desenvolvimento de cada comunidade.

A perspectiva de construção de uma rede de comunidades, no sentido do fortalecimento das ações e da garantia de sua sustentabilidade, estava presente na proposta de formação de uma Rede de Jovens que se integraria à Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS, a Rede do PSBH Internacional, a Rede Jovem em Movimento, e, posteriormente, à Rede de Comunidades Saudáveis. O uso do PSBH também estimularia a formação de redes de colaboração e ação entre jovens de comunidades e escolas em torno de temas de interesse.

Ou seja, as intervenções da ONG voltadas para os jovens visavam a incorporação de novos atores ao processo social; fortalecimento das instituições comunitárias e organizações, como escolas e associações, integração dos jovens em redes; incorporação de novas lideranças

jovens; melhor relacionamento entre comunidades; prevenção das DST/AIDS e de outras doenças; melhoria do nível educacional dos jovens; resolução de problemas nas comunidades e organizações; geração de empregos e renda para os jovens; famílias e comunidades mais saudáveis e com melhor qualidade de vida.

A interface do Agente Jovem com o projeto Núcleo Comunitários de Prevenção das DST/AIDS (NUCLEPREV) aconteceria não só pelo trabalho de prevenção de DST/AIDS da ONG ter iniciado por este projeto. Mas, sobretudo, por este contribuir para o estabelecimento, dentro das comunidades, de uma “cultura de prevenção”, garantindo a inserção das práticas preventivas no cotidiano comunitário (Fonseca, 2004).

A principal estratégia do NUCLEPREV é a criação de núcleos comunitários de educação e prevenção de DST/AIDS geridos pela comunidade, que se ocupa da formação e acompanhamento de agentes de saúde, distribuição de preservativos, atividades de educação para a saúde e de estímulo ao desenvolvimento comunitário. Nos núcleos os jovens, juntos ou não com outras lideranças, desenvolveriam parte de suas estratégias educativas voltadas à formação dos agentes de prevenção para atuação em comunidades, que é a base dos núcleos comunitários.

A metodologia de intervenção dos núcleos comunitários seguiam duas tendências básicas: a primeira presente no campo da AIDS considera que estratégias de prevenção implementadas por pares, ou seja, pessoas que compartilham os mesmos códigos culturais e modos de vida, alcançam mais facilmente o universo de significados das pessoas a que se pretende atingir com informações educativas; a segunda tendência mais inerente ao campo da saúde pública brasileira, diz respeito aos *agentes comunitários de saúde*, moradores qualificados tecnicamente para a realização da ação educativa no interior das comunidades a partir da concepção de construção compartilhada de conhecimentos (Fonseca, 2004).

O Núcleo pressupõe um pólo que aglutine e ao mesmo tempo deflagre: um espaço no interior das comunidades que gere e articule ações de prevenção das DST/AIDS como um pólo catalisador (Fonseca, 2004). Baseia-se ainda na idéia de que a prevenção deva ser implementada a partir do lado “de dentro” da comunidade, ou seja, em seu cotidiano. Além das atividades no próprio núcleo, os agentes jovens realizariam atividades extra-muros como no caso do “camelô educativo”, que imita a idéia de um camelô que lida com a prevenção as DST/AIDS; da visita às famílias, de palestras em escolas da comunidade, da ação educativa no baile funk e no campo de futebol.

Uma outra estratégia do “Agente Jovem” era a interface com o Programa COMUNICSE, cujo objetivo era contribuir para o fortalecimento de ações de prevenção e desenvolvimento, realizadas por representantes de comunidades populares, visando à promoção da saúde e à consolidação da resposta comunitária à causa da AIDS. A principal estratégia deste programa era a assessoria técnica às lideranças comunitárias, jovens ou não, para o desenvolvimento de suas atividades. Dessa forma o COMUNICSE se colocava como um programa transversal ao Agente Jovem por oferecer as ferramentas necessárias para o desenrolar das atividades a serem implementadas pelas lideranças comunitárias.

Em última instância esse programa está pautado na idéia de que no encontro entre o saber técnico e o saber popular se dá a construção de um conhecimento prático que minora ou soluciona um problema social (Edmundo, 2003). Nesse sentido, as atividades do programa são estruturadas com base nos princípios da educação popular e saúde, valorizando a cultura local e promovendo a reflexão crítica e contextualizada de temáticas como sexualidade, saúde reprodutiva, gênero, direitos humanos e saúde de modo geral. A ação de prevenção nas

comunidades deve ser realizada pelo próprio morador, assim ele se fortalece e a atividade tende a ser mais efetiva.

Enfim, tanto as ações do COMUNICSE quanto do NUCLEPREV somam-se ao Agente Jovem possibilitando assim às ações de prevenção de DST/AIDS com e para os jovens em comunidades empobrecidas do Município do Rio de Janeiro.

3.2.5. Componente Inovador

O programa apresenta como componente inovador a utilização de uma abordagem metodológica que garante centralidade e consistência ao trabalho proposto junto aos jovens. A abordagem adotada do PSBH (*Problem Solving for Better Health*), desenvolvido através de cooperação internacional com a Dreyfus Health Foundation, é denominado como Construção Compartilhada de Soluções em Saúde (CEDAPS, 2005). Esta é uma metodologia participativa de intervenção e pesquisa reproduzida através de seminários e oficinas de forma a estimular o protagonismo das lideranças comunitárias e profissionais, sensibilizando-os para a busca da autonomia.

O PSBH visa a solução de problemas de saúde identificados pelas lideranças comunitárias que geram planos de ações para os enfrentamento dos mesmos. Dessa forma esta metodologia se constitui como uma ferramenta que auxiliaria na elaboração de projetos de intervenção social por parte dos atores sociais capacitados em seminários específicos. Através deste tipo de metodologia participativa, a ONG tinha como propósito estimular a inovação e a utilização de recursos disponíveis para gerar soluções e ações que promovam mais saúde e qualidade de vida nos mais variados contextos (comunidades, escolas, hospitais, comunidades, empresas, etc).

4. O Modelo Teórico da Avaliação do Componente Prevenção das DST/AIDS

Neste capítulo estudamos o modelo teórico de avaliação (MTA) a partir da lógica da intervenção de prevenção as DST/AIDS para jovens, considerando as experiências da Organização Governamental (OG) e Organização Não-Governamental (ONG). Tendo em vista a pergunta avaliativa do estudo e sua abordagem teórica, apresentamos a matriz de análise e julgamento, ressaltando os indicadores e padrões definidos para a avaliação.

O modelo teórico de avaliação focaliza o desenho da avaliação do programa a partir da identificação das questões avaliativas apropriadas e dos dados relevantes necessários. A construção do modelo ou desenho da avaliação pressupõe a definição do tipo de avaliação, a forma de coleta e análise de dados e a disseminação de seus resultados.

Um dos pressupostos do modelo lógico que deve ser destacado é de que a avaliação não é orientada necessariamente por indicadores e sim por uma arquitetura que expresse a racionalidade, a lógica das ações de controle e o problema a ser controlado. O modelo é estruturado de forma a contemplar as dimensões, componentes, objetivos, metas, indicadores ou critérios e padrões de referência.

A base dessa arquitetura está fundamentada em três matrizes estruturais específicas:

a) a matriz descritiva do programa, com duas dimensões, a descrição do programa planejado (o modelo lógico do programa) e o programa como ele é executado; b) a matriz de padrões e c) a matriz de julgamento. A primeira matriz, que evidencia a diferença entre o planejado e o executado indica o grau de implementação efetiva do programa. A segunda corresponde a matriz de critérios, padrões ou de referência, que tanto pode descrever normas de boas práticas como categorias de avaliação. A terceira, a matriz analítica e de

juízo, obedece a mesma estrutura lógica do programa, mas fornece os critérios para a implantação e análise de mérito para as diferenças entre o proposto, o alcançado e a referência, indicando o grau de desempenho.

O estudo proposto tem característica metodológica peculiar por ser uma pesquisa avaliativa que se debruça sobre as práticas sociais, relacionadas às ações de prevenção de DST/AIDS para jovens. Partimos assim da noção de pesquisa avaliativa, de acordo com Vieira-da-Silva (2005), para quem esta atividade corresponde ao juízo no que tange as práticas sociais começando pela formulação de uma pergunta sobre as características dessas práticas através do recurso a metodologias científicas. De forma mais sintética pode-se dizer que o processo de investigação avaliativa destina-se a julgar e a explicar as relações entre os componentes de uma intervenção de acordo com teorias sobre esta.

Na mesma linha de análise, Pope & Mays (2005) consideram que o estudo avaliativo empírico está centrado na atribuição de um valor a uma intervenção, envolvendo a formação de julgamentos sobre a propriedade da intervenção para os envolvidos e se a avaliação das respostas estão justificadas por seus inputs e processos. Soma-se a isso a proposta de pesquisa avaliativa deve atender a requisitos de rigor metodológico semelhante a qualquer outra modalidade de investigação, resguardando sempre a relação lógica e metodológica com a intervenção a ser avaliada.

Dessa forma, a avaliação pode ser entendida como um processo de pesquisa, cujo objetivo é descobrir e explicar os efeitos de determinadas ações com base numa teoria. Contudo, para alguns autores existe uma diferença entre avaliação normativa e pesquisa avaliativa e essa diferença, embora tênue, vai se definir mais estritamente pelo uso da norma como padrão (análise de conformidade) e do método científico (vínculo causal).

Nesse sentido, a base da pesquisa estará presente no arcabouço teórico-metodológico a ser utilizado para dar conta da sistematização dos diferenciados componentes que influenciam a configuração dos efeitos observados a partir de intervenções de prevenção das DST/AIDS. Daí a ênfase na teoria como estratégia privilegiada na avaliação de programas que, por sua vez, diz respeito à elaboração de modelos lógicos ou teóricos.

Pela revisão de literatura realizada por Peersman & Rugg (2004) identificamos ser recorrente o uso dos desenhos epidemiológicos estruturados do tipo experimental e quasi-experimental nas avaliações e pesquisas avaliativas de programas de HIV/AIDS. No entanto, optamos nesta pesquisa a estratégia metodológica do estudo de caso, como um desenho do tipo semi-estruturado apontado por alguns autores como devidamente apropriado para avaliações de processo (Denis & Champagne, 1997; Hartz & Veira-da-Silva, 2005).

Nesse caso, a opção por esta estratégia se justifica pela possibilidade de aprofundamento e estabelecimento de relação causal sobre a forma como o programa se organiza e se relaciona com os contextos (político-organizacional e externo) para alcançar seus efeitos esperados. Além do mais, o estudo de caso propicia a produção de informações voltadas para os ajustes necessários no programa em curso.

4.1. O Estudo de Caso como Estratégia Metodológica na Análise de Implementação

Como forma de aproximação e apreensão do processo envolvido na condução das atividades dos programas de prevenção de DST/AIDS para jovens utilizamos como

estratégia de pesquisa o **Estudo de Caso**, como numa abordagem qualitativa de questões e métodos, conforme a definição de Stufflebeam (2001).

O estudo de caso é tratado como uma ferramenta que possibilita a investigação empírica de um programa contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente, por considerar que os limites entre o programa e o contexto cultural, geográfico, histórico, organizacional, não estão claramente definidos (Patton, 1987; Yin, 1990). Esta ferramenta se tornou uma das mais importantes modalidades de pesquisa qualitativa, por não se restringir a uma técnica específica, mas a uma estratégia de pesquisa que se refere à descrição aprofundada, a uma análise mais detalhada, uma síntese mais completa possível do caso com o objetivo de compreendê-lo em seus próprios termos.

Pautado nessa idéia, o caso no estudo é tomado como unidade significativa de um todo, ou mesmo o fornecedor de uma fonte de explicações e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto para tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora. Essa visão é reforçada por Chizzotti (2001), quando ele diz que o caso pode ser considerado como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e retratam uma realidade, quando revelam a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação.

O uso do estudo de caso, na perspectiva das ciências sociais, visa, por um lado, compreender a dinâmica de um grupo, uma instituição ou um conjunto de interações sociais e, por outro lado, busca o desenvolvimento de considerações teóricas mais amplas quanto a processos sociais (Becker, 1993). Nessa investigação avaliativa a opção por tal estratégia tem a ver com a possibilidade de explicação da interação do meio de implementação das

ações de prevenção e os efeitos observados, buscando-se caracterizar temas centrais dominantes, variações e aberrações.

No que se refere aos programas de prevenção de HIV/AIDS, conforme ressaltado por Coyle et al (1991) os estudos de caso são recomendados para o desenvolvimento de avaliações de processo. Na concepção desses autores, o estudo de caso é uma das estratégias de avaliação que viabiliza a explicação da interação do meio de implementação das ações de prevenção e os efeitos observados. Sendo assim, o que se busca com esse tipo de estudo é saber se as ações de prevenção de DST/AIDS para jovens ocorrem e de que maneira.

Portanto, consideramos para o desenrolar do estudo que programas de prevenção em DST/AIDS, assim como, outros programas complexos, dependem do envolvimento das diversas partes interessadas na sua implementação adequada e no alcance de seu sucesso. O que é necessário estar sensível a aspectos de colaboração e de conflitos, onde cada parte pode ter uma interpretação legítima mas diferente dos eventos.

4.1.1. Seleção dos Casos

No desenvolvimento de um estudo de caso, a seleção e delimitação do(s) caso(s) é decisiva para a análise da situação estudada. No estudo foram selecionados dois casos considerados bem sucedidos na área de prevenção de DST/AIDS para jovens: uma Organização Governamental (OG) do tipo Unidade de Saúde (US); e uma Organização da Sociedade Civil (OSC) do tipo Organização Não-Governamental (ONG) de base comunitária.

A seleção dos casos se deu mediante o uso da técnica de consenso que teve como base a opinião de representantes de órgãos gestores (Fórum ONG/AIDS, Conselho Gestor Comunitário, Programa de Saúde do Adolescente e Programa de DST/AIDS da SMS-RJ), que forneceram informações chaves para a escolha destes. Os respondentes escolheram as instituições, que segundo suas opiniões, apresentavam *maior destaque na área de prevenção de DST/AIDS direcionada a jovens no município do Rio de Janeiro*, considerando os seguintes critérios:

- a) magnitude de suas intervenções pelo número de jovens acessados pelo programa;
- b) ter, preferencialmente, o cadastramento dos jovens do programa;
- c) distribuir preservativo masculino pelo programa;
- d) desenvolver atividades educativas relacionadas à prevenção de DST/AIDS.

Os casos foram construídos de forma a permitir futuras comparações. A comparação se deu entre diferentes abordagens de implementação de ações de prevenção de DST/AIDS dos casos selecionados, fundamentando-se nas dimensões de acesso a tais ações que apresentaremos mais adiante.

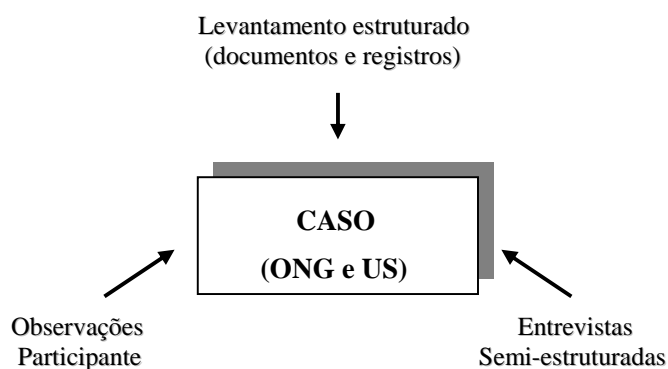
Tendo em vista, a complexidade do objeto colocado para a aplicação de um modelo de avaliação, o enfoque priorizado foi, num primeiro momento, de caracterização/compreensão de um contexto; num segundo momento, de análise de implementação das ações de prevenção e seus efeitos; e, posteriormente, de julgamento de valor a partir da utilização da matriz de julgamento.

4.1.2. Coleta e Análise de Dados

Na perspectiva de Denis & Champagne (1997), na análise de implementação a resposta à pergunta avaliativa quanto às relações entre o grau de implantação e os contextos organizacionais, políticos e externos demanda realizar entrevistas em profundidade, análises históricas e a elaboração de modelos teóricos causais. Seguindo orientação metodológica correspondente, optamos para a convergência de métodos através da utilização de diferentes fontes de dados, de forma a acumular evidências.

Com base nos princípios para a coleta de dados descritos por Yin (2001), considera-se a utilização de múltiplos métodos e fontes de evidências no estudo de caso para o estabelecimento da validade do constructo. O uso dessas fontes permitem a abordagem de uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes. A vantagem dessa convergência de fontes de evidência (Quadro 4) está, entre tantos outros aspectos, em possibilitar o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação.

Quadro 4. **Convergência de fontes de evidência**



Fonte: Adaptado de Yin, 2001.

Outros autores vão considerar essa convergência de fontes como triangulação de métodos (Patton, 1990; Becker, 1993; Pope & Mays, 2005) na coleta de informações sistemáticas, abrangentes e em profundidade sobre o caso de interesse. O uso de diferentes métodos e fontes de dados, na abordagem do estudo dos casos, deu-se de forma a se maximizar a confiança na validade dos achados da pesquisa.

As técnicas qualitativas utilizadas compreenderam o levantamento de: a) dados primários através das técnicas de observação participante e de entrevistas semi-estruturadas; e b) dados secundários extraídos de documentos oficiais, registros, relatórios ou qualquer outro tipo de informação sistemática. Esses dados foram usados para gerar evidências que ajudassem a identificar e refinar as questões da pesquisa.

A coleta feita contou com o registro em diário de campo, onde foram inseridas as impressões relacionadas à dinâmica institucional, discursos e práticas dos jovens e profissionais da US e da ONG no que diz respeito às ações de prevenção das DST/AIDS.

A observação participante se mostrou como uma alternativa metodológica adequada para o estudo de caso, por permitir um acompanhamento minucioso do cotidiano das organizações estudadas e por ajudar a experienciar e compreender a dinâmica dos eventos (Becker, 1994). Ao seguir as orientações de Becker, observamos as pessoas de forma a perceber as situações com que se deparam e como se comportam diante delas, buscando compreender as interpretações que elas têm sobre os acontecimentos relativos às ações de prevenção.

A observação foi realizada no interior de cada caso, cuja potência explicativa se apoiou na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso. Ou seja, a preocupação foi a de recolher as informações a partir da compreensão e sentidos que os

sujeitos atribuíam aos seus atos. Ao iniciar a atividade de observação de campo utilizamos um roteiro de visita a instituição (Anexo I), de forma a registrar elementos relativos à estrutura física dos espaços institucionais (US e ONG), a relação dos atores com esses espaços, a dinâmica institucional, o lugar que a prevenção de DST/AIDS ocupa nas instituições.

As observações na US e na ONG foram realizadas em territórios de interação dos profissionais, dos jovens e entre eles nas ações de prevenção de DST/AIDS. Na US as observações ocorreram, especialmente, na sala de espera, na sala do serviço social e no “grupo de capacitação”; sendo que na ONG estas se deram no espaço do “grupo educativo”, no núcleo de prevenção e em atividades extra-muros em algumas comunidades de atuação do programa.

Importante mencionar que as observações, tanto na US quanto na ONG, foram feitas com base em roteiro específico (Anexo II e III). Tais observações tinham por referências as atividades relativas à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, de forma a apreender a abordagem sobre prevenção de DST/AIDS nessas cenas, que é nosso objeto de interesse. Não foram incluídas outras atividades dos programas que não correspondiam a essa temática.

A técnica de entrevista semi-estruturada foi escolhida como um instrumento de comunicação com os atores prioritários das intervenções, que foram os gestores, profissionais de saúde e jovens da US e da ONG. As entrevistas se deram com base em roteiros distintos para US (Anexo IV, V e VI) e ONG (Anexo VII, VIII e IX). Os roteiros eram compostos por questões fechadas e abertas definidas pela área a ser explorada, de acordo com os objetivos do estudo e categorias de análise definidas, vindo a facilitar a

interação e estar atento e sensível à linguagem do entrevistado, pois delas poderiam emergir conceitos e variáveis não previstas pelo estudo. A tentativa era sempre ir além da superfície no tópico examinado, explorando o que as pessoas diziam da forma mais detalhada possível.

Essas entrevistas foram realizadas em territórios não neutros no interior das duas instituições, apenas uma das entrevistas foi realizada no núcleo de prevenção na comunidade. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados pela conveniência, o que impede que os resultados encontrados sejam extrapolados para além dos sujeitos pesquisados.

O projeto que deu origem a esta pesquisa, conforme resolução 196/96 (CNS, 1997), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com parecer nº 74/04. Para atender às exigências feitas no regulamento, as entrevistas só foram realizadas mediante leitura e assinatura do termo de consentimento por parte dos profissionais e dos jovens com 18 anos ou mais, e recebimento do termo assinado pelos responsáveis dos jovens com menos de 18 anos.

Quanto ao tempo de duração, as entrevistas variaram de acordo com o tipo de entrevistado. Os profissionais foram mais prolixos que os jovens, mas, por sua vez tanto profissionais quanto os jovens da ONG foram mais prolixos (“*discurso autorizado*”) que os da US. As entrevistas dos jovens duraram em média de 25 min a 1h e 25min, enquanto às realizadas com os profissionais duraram em média 55min a 1hora e 40min.

Todas as entrevistas foram registradas através de gravação em fita cassete, e, posteriormente, transcritas. Os nomes utilizados para identificar os entrevistados são todos

fictícios. Após cada entrevista também foram feitas as devidas observações quanto ao comportamento, atitude e postura dos entrevistados.

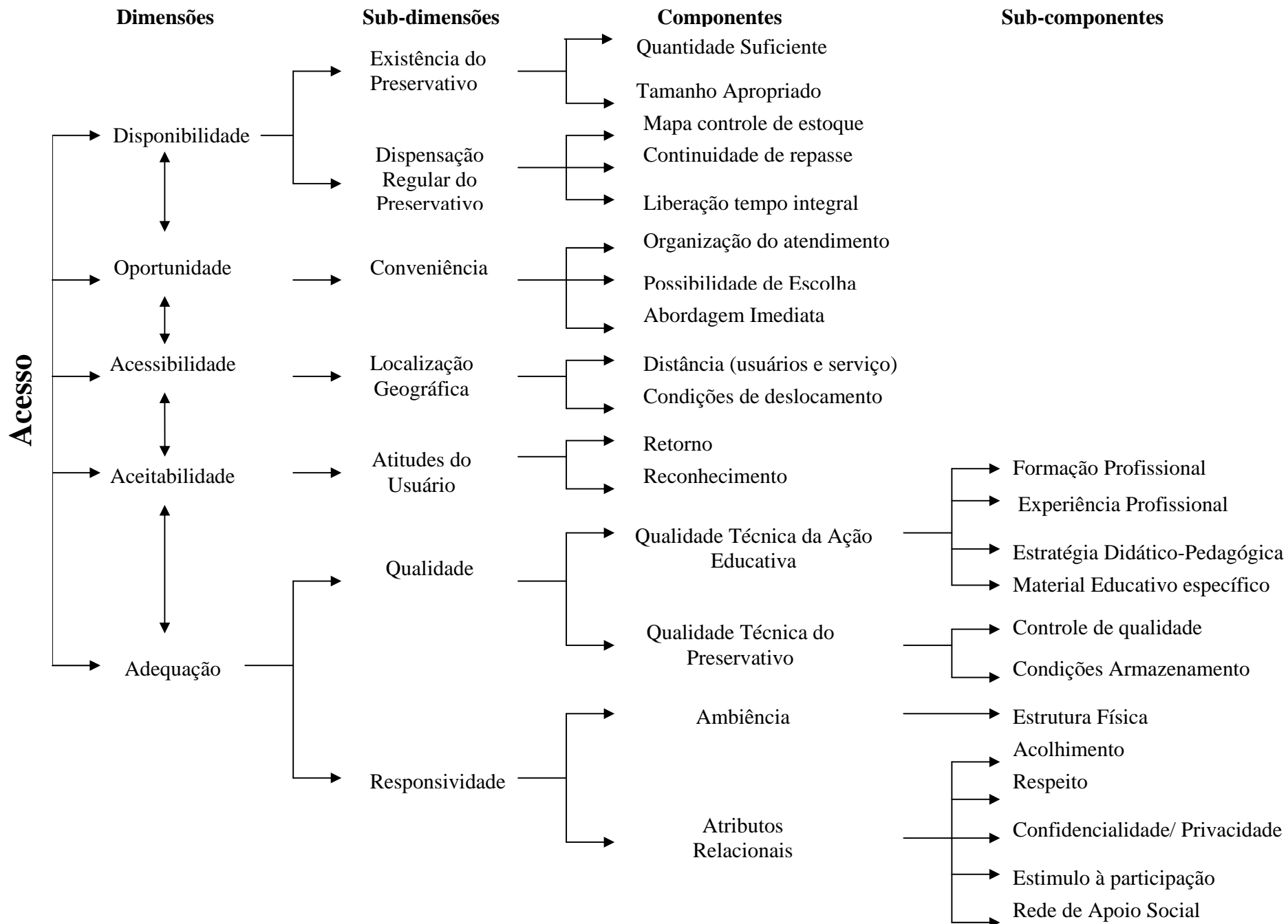
Com a pretensão de identificar os significados subjetivos e de coletar material suficiente, a coleta de dados foi realizada até que se chegasse ao ponto de saturação, ou seja, até que nenhuma categoria nova tenha sido adicionada aos dados.

Quanto aos dados secundários, esses foram extraídos de documentos oficiais, registros, relatórios ou qualquer outro tipo de informação sistemática de forma escrita sobre atividades de prevenção as DST/AIDS da US ou da ONG, que envolvesse a disponibilização e/ou distribuição de preservativo masculino e atividades educativas individuais ou em grupo para jovens relacionadas a tais atividades.

Procuramos, na medida do possível, ter acesso nas instituições selecionadas no nível de autonomia técnico-gerencial, política e financeira para a garantia do acesso ao preservativo e às ações de prevenção as DST/AIDS. Neste caso, considerou-se de suma importância à obtenção de dados sobre o controle de estoque de preservativos e materiais educativos, cadastro de usuários e/ou participantes de atividades educativas e de dispensação de preservativos.

A coleta dos dados foi direcionada para o desenvolvimento de uma estrutura analítica que facilitasse a interpretação dos achados. Portanto, a organização destes foram feitas mediante a elaboração do plano, ou melhor, do modelo teórico da avaliação do programa de prevenção de DST/AIDS com suas dimensões, sub-dimensões, componentes e sub-componentes do acesso (Fluxo 2).

Fluxo 2 - Modelo Teórico de Avaliação: Diagrama de Dimensões e Sub-Dimensões



Na construção do modelo teórico foram contempladas as dimensões de disponibilidade, oportunidade, acessibilidade, aceitabilidade e adequação, conforme detalhamento a seguir. Para o estudo, cada uma dessas dimensões foi tratada como categoria de análise para se chegar ao entendimento de como se dá o acesso dos jovens às ações de prevenção DST/AIDS nas duas experiências eleitas.

O processo analítico começou durante a fase de coleta de dados, à medida que eram coletados, analisados e formatados. Desta forma foi possível conferi-los, interpretá-los e tirar algumas conclusões para as investigações subseqüentes em coletas adicionais de dados. O que permitiu voltar e refinar questões, bem como buscar vias emergentes de indagações em maior profundidade.

Para tratamento do material, utilizamos a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática (Bardin, 1995). Através de leitura exaustiva dos registros do campo, foram identificados os núcleos de sentido, relacionados às categorias temáticas de acesso e suas respectivas dimensões, que articulavam as impressões, as opiniões dos jovens e de outros atores envolvidos com a intervenção avaliada.

Como a pesquisa avaliativa utiliza categorias analíticas para descrever, explicar e julgar os fenômenos sociais, as categorias foram derivadas dedutivamente como forma de abordar os dados. Esse processo envolveu a identificação da categoria central do estudo, no caso o acesso e a tentativa de verificar, confirmar e qualificá-lo ao investigá-lo por meio dos dados.

Uma vez que todos os dados que pertenciam à categoria acesso, suas dimensões e sub-dimensões foram identificadas, o processo foi repetido de forma a se buscar localizar

categorias adicionais. O passo seguinte foi o de indexação nas anotações de campo e nas transcrições das entrevistas.

Após esses procedimentos todos os dados relevantes a cada categoria foram identificados e examinados com o uso constante da comparação, no qual cada item foi conferido e comparado com o resto dos dados para o estabelecimento das categorias analíticas.

4.2. O Acesso como Dimensão da Análise de Implementação de Programas de Prevenção de DST/AIDS

Nessa investigação o acesso foi escolhido como a principal dimensão estratégica da análise da implementação das ações de prevenção de DST/AIDS para jovens em situação de vulnerabilidade. A dimensão foi selecionada ao levarmos em consideração as iniquidades e barreiras existentes nessa área, assim como a perspectiva da garantia de um direito básico.

O acesso é um conceito fundamental na área de políticas de saúde e das pesquisas dos serviços de saúde, principalmente, referir-se ao princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS) que é o da universalização. No entanto, não há um consenso quanto à definição e emprego deste conceito, visto que ele varia de acordo com os autores e com o tempo, conforme demonstrado em trabalho desenvolvido por Travassos e Martins (2004).

O conceito de acesso tem caráter multifacetado e polissêmico, na medida que pode referir-se à entrada ou ao uso do sistema de saúde, ou pelos fatores que influenciam na entrada ou uso para a obtenção de cuidados ou recursos de saúde. Seguindo essa linha de

raciocínio, Penchansky & Thomas (1981) vão definir o acesso como sendo o grau de combinação entre usuários e sistema. As diferentes dimensões de acesso, propostas pelos autores serão adequadas a este trabalho, visando a compreensão do acesso dos jovens às ações de prevenção de DST/AIDS na US e na ONG.

Neste trabalho nos aproximamos da concepção desses autores por buscarmos uma visão mais ampla de acesso que não se restringisse a idéia de acesso geográfico, o que tem sido mais recorrente. Partindo desse pressuposto, orientamo-nos pelas seguintes dimensões de acesso sugeridas por Penchansky & Thomas (1981): disponibilidade, oportunidade, acessibilidade, aceitabilidade e adequação. Essas dimensões do acesso foram tidas como imbricadas e complementares, na medida que, representam pontos elementares que abrangem desde a existência do insumo de prevenção até a interação do usuário com o serviço, ou seja, guarda relação com a noção de integralidade da atenção.

A *disponibilidade* corresponde à magnitude e o tipo de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários. Esse aspecto do acesso se coloca como central em relação a uma intervenção de prevenção de DST/AIDS, pois, nesse caso há um interesse quanto à magnitude da oferta das ações e dos recursos, visto ser necessário saber como os recursos são suficientes para atender as necessidades da população-alvo.

Portanto, como sub-dimensão da disponibilidade foram considerados a existência do preservativo masculino e a dispensação regular do mesmo. No estudo priorizamos o preservativo masculino pelo fato de ser o insumo de prevenção disponibilizado nas intervenções avaliadas.

No que diz respeito à existência do preservativo foram elencados como componentes: a quantidade suficiente de preservativo e o tamanho apropriado deste para

atender as necessidades do público-alvo da intervenção. Pois, uma prática bem sucedida de prevenção de DST/AIDS para jovens, como para qualquer outro grupo, requer a presença obrigatória do preservativo por ser considerado a forma mais eficiente de prevenção do HIV e outras DST, em quantidade suficiente e num tamanho apropriado para o uso (52mm ou 49mm).

Como componentes da dispensação foram destacados: a presença de mapa de controle de estoque, como um mecanismo de controle do abastecimento do insumo para a garantia do quantitativo para a liberação; a continuidade no repasse do preservativo, compreendendo o cumprimento da regularidade no repasse feito pelo nível central; e a liberação do mesmo em tempo integral, ou seja, a liberação feita durante todo o período de atendimento ao público alvo.

A pergunta a ser feita no que tange à disponibilidade é a seguinte: As ações de prevenção estão ocorrendo no momento e de acordo com as necessidades dos usuários? Os preservativos masculinos estão garantidos para a realização das ações? Em que magnitude?

A *oportunidade* é caracterizada pela adequação entre a localização geográfica do serviço, onde os recursos estão disponíveis e os usuários. Ou seja, refere-se à existência dos recursos no lugar e no momento em que é requerido e necessário para os usuários. Sendo assim, optamos por eleger a *conveniência* como sub-dimensão da oportunidade, visto que, de acordo com a localização geográfica podem existir facilidades ou barreiras para o acesso.

As barreiras de acesso podem ser organizacionais (existência de filas, tempo de espera injustificável, natureza do acolhimento), geográficas, sócio-culturais e econômicas.

No estudo, as barreiras são consideradas como fatores do contexto organizacional ou externo que influenciam na intervenção em questão.

Os componentes da conveniência considerados no estudo são: a *possibilidade de escolha* que é concedido ao jovem para que as ações sejam mais convenientes as suas disponibilidades; *dificuldade/ facilidade de acesso geográfico* corresponde às condições de acesso as ações do programa de prevenção, tendo em vista, características do lugar; e a *abordagem imediata* que diz respeito à prioridade dada em acolher as demandas dos jovens que procuram o programa.

Para responder sobre a oportunidade elegemos a seguinte pergunta: Que barreiras dificultam ou inviabilizam esse acesso? Os jovens conseguem escolher o que lhes é mais conveniente para a adoção de praticas sexuais mais seguras?

A dimensão de *acessibilidade* é freqüentemente confundida com a noção de oportunidade, pois as duas categorias estão remetidas ao espaço. Mesmo que de forma tênue, a acessibilidade se diferencia da oportunidade por corresponder à localização geográfica caracterizada pela forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde.

A forma de deslocamento utilizada pelo usuário representa um fator que interfere diretamente no acesso às ações de saúde, seja por facilitar ou dificultar esse acesso. Entretanto, a forma de deslocamento pode se sobrepor às barreiras geográficas, sócio-culturais, econômicas, podendo até inviabilizar esse acesso.

As perguntas que procuramos responder para dar conta das condições de acessibilidade dos jovens foram: Que tipo de deslocamento os jovens precisam fazer para ter acesso ao programa? Como se dá esse deslocamento?

A **aceitabilidade** refere-se às atitudes dos usuários quanto à aceitação do atendimento prestado, se este corresponde ao atendimento das expectativas dos usuários. Dessa maneira, a *satisfação do usuário* é tida como sub-dimensão da aceitabilidade por ser uma forma de expressão da percepção do usuário quanto à prática do que lhe fora ofertado no programa.

Os componentes selecionados para mensurar a satisfação dos usuários do programa de prevenção foram: o *retorno* para a retirada de preservativos e para as atividades educativas; e o *reconhecimento* através da qualificação atribuída pelos profissionais e pelos jovens do programa.

No que diz respeito à aceitabilidade buscamos nos orientar pelas seguintes questões: Os jovens aceitam as ações do programa conforme são implementadas? Há um acompanhamento da frequência no programa? Existe espaço em que os jovens expressem suas impressões quanto ao programa?

Por último, a **adequação** que diz respeito à maneira como os recursos são organizados para atender às necessidades dos usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização. No estudo foram destacados como sub-dimensões da adequação: a *qualidade (quality)* e a *responsividade (responsiveness)*. Enquanto a dimensão da qualidade refere-se à adequação técnico-científica dos recursos e das ações, a responsividade corresponde aos aspectos relacionais dos usuários com o serviço.

A qualidade técnico-científica, no estudo, corresponde à adequação dos recursos e das ações ao público-alvo da intervenção e ao conhecimento técnico e científico vigente. Ou seja, deve se considerar em que medida as tecnologias utilizadas são aquelas consideradas como mais indicadas e eficazes pela comunidade científica. De acordo com o objeto de estudo foi destacada a qualidade técnica da ação educativa e do preservativo.

No que tange à qualidade técnica da ação educativa, ela corresponde ao cumprimento dos preceitos didáticos e pedagógicos recomendados, que, sem dúvida, deve pautar-se em princípios éticos. Portanto, são tidos como componentes da qualidade da ação educativa a formação profissional, a experiência profissional, a estratégia didático-pedagógica e a existência de material educativo específico de DST/AIDS.

A qualidade técnica do preservativo, adequado à realidade dos jovens, diz respeito aos padrões de qualidade exigidos para que se tenha segurança e eficácia em seu uso, tanto na sua função anticonceptiva quanto preventivo mecânico das DST/AIDS (MS, 1997). Essa é uma exigência para que o preservativo possa ser colocado à disposição do usuário. Nesse caso, foram selecionados como sub-componentes: o controle de qualidade do preservativo que envolve condições de embalagem, transporte, armazenamento do preservativo e selo do INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial).

A responsividade (*responsiveness*) diz respeito às características relacionais entre os agentes das ações (usuários e profissionais) – percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos dos cidadãos. Assim a responsividade corresponde aos direitos e dignidade do usuário envolvendo a qualidade do cuidado, considerado aspecto tão relevante para um programa que prevê a prevenção das DST/AIDS.

Pensar a responsividade, do ponto de vista da integralidade, faz parte do que Mattos (2003) considerou como apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não de doenças, na medida que, essa ampliação se refere ao respeito ao direito das pessoas. Na construção de seu argumento o autor mostra como o direito nesse caso não se restringe ao direito de acesso aos serviços de saúde, mas sim ao conjunto de direito das pessoas.

Para De Silva (2004) a noção de responsividade compreende os aspectos não médicos do cuidado à saúde, ou seja, esta está remetida à capacidade do serviço de se adequar às demandas não previstas do usuário. Com base nos critérios de responsividade definidos por esta autora, consideramos como sub-dimensões: a ambiência e os atributos relacionais.

A ambiência se refere às condições das instalações básicas, de higiene e limpeza do local de espera e atendimento dos usuários; a presença de mobiliários próprios para acomodar os usuários e profissionais; a presença de sinalizações nos corredores e portas.

O componente mais compatível para mensurar a ambiência é a estrutura física dos locais de realização das atividades do programa. É necessário que as estruturas físicas sigam um padrão mínimo, permitindo uma acomodação adequada para a realização das atividades, como: salas limpas e arejadas, cadeiras na sala de espera e atendimento, água filtrada, armários, televisão, vídeo, papel, caneta, placas indicativas de setores e atendimento, banheiros para usuários.

No que diz respeito aos aspectos relacionais, diferente da ambiência, foram consideradas as características da interação entre os agentes e as ações. No estudo destacamos como sub-componentes dos aspectos relacionais: o acolhimento, o respeito, a confidencialidade/ privacidade, o estímulo à participação e a rede de apoio social.

O acolhimento diz respeito à forma e as condições de recepção dos usuários pelos profissionais do programa. De acordo com Merhy (1997:138) o acolhimento “*é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuário que a eles aportam*”.

O respeito está referido a capacidade de ir e vir dos usuários, de solicitar informações que julguem necessárias, de atendimento sem discriminação por idade, cor/etnia, orientação sexual; de ter o direito à privacidade. Nesse sentido, a abordagem respeitosa do jovem deve passar pelo reconhecimento da diversidade étnico-racial, de gênero e orientação sexual, entre outras, pelo processo de configuração da identidade, pela assunção de um conjunto de valores éticos e pelo exercício da cidadania.

A garantia do respeito se traduz como um sub-componente de suma importância tendo em vista as práticas desumanizadas, discriminatórias e fragmentadas que predominam nos muitos serviços, particularmente, naqueles que se prestam a atender os jovens. Pois pautar-se no respeito tem a ver com a possibilidade de recuperar a idéia de que as pessoas beneficiadas por uma intervenção são sujeitos que têm direitos, ponto crucial na compreensão da saúde como direito.

A todo jovem, como cidadão, deve ser assegurado o respeito a sua identidade sexual e de gênero, o direito ao livre exercício de sua sexualidade, com devida visibilidade de sua orientação sexual. O jovem é detentor de saberes e práticas que devem ser respeitadas e valorizadas no âmbito das relações sociais, viabilizando o acesso a diferentes dimensionamentos que auxiliarão na construção de uma prática sexual mais segura.

Portanto, na realização das atividades educativas os profissionais de saúde e/ou educação devem considerar a possibilidade de lançar mão de outras abordagens

pedagógicas, de forma a respeitar as singularidades dos jovens, favoreçam sua participação e o exercício da cidadania em todas as etapas do programa de prevenção.

A confidencialidade corresponde à garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra sua revelação não autorizada. É dever dos profissionais do programa resguardar todas as informações que dizem respeito ao jovem, mantendo o sigilo e sua privacidade.

Em nossa pesquisa a idéia de estímulo à participação corresponde ao empenho do profissional em estimular uma posição ativa por parte do usuário como sujeito da ação. O usuário é o principal beneficiário e protagonista, cabendo aos profissionais o papel fundamental na condução desse processo participativo. Para Cornely (1993:25) “*participar significa tomar parte ativa no processo decisório. Significa partilhar do poder, conquistar fatias de poder, construir cidadania*”. Garantir essa participação dos jovens ainda é um desafio, sobretudo nos serviços de saúde.

Essa concepção de estímulo à participação aponta para a necessidade de estímulo quanto ao diálogo com os jovens, de modo que eles possam ter a oportunidade de refletir sobre a sexualidade e, de forma mais ampla, observar como estas questões se inserem e perpassam seu cotidiano e determinam sua maneira de vivenciar a afetividade, a construção de sua autonomia, de seu projeto de vida e da cidadania. Isso se faz necessário para que eles tenham liberdade de escolhas, que pode ser facilitado pela ampliação do acesso à informações de qualidade, aumentando assim o leque de opções para a tomada de decisões pessoais e coletivas (empoderamento individual e coletivo) frente às situações da vida.

A rede de apoio social refere-se ao acesso dos usuários às redes de apoio que envolvem familiares, acompanhantes, organizações governamentais ou não governamentais

de educação, de saúde, religiosas e comunitárias. As ações do programa, através do estabelecimento de parcerias, podem vir a reforçar e estimular, ainda mais, a formação de redes sociais protetoras e a reflexão crítica do papel e responsabilidade do poder público, da sociedade civil e do usuário e assegurar o acesso ao preservativo e às ações de prevenção.

As perguntas que orientaram a análise quanto à adequação das ações foram: As ações ocorrem conforme o recomendado? As ações estão adequadas às necessidades e expectativas dos jovens?

Como visto no plano de avaliação, para cada dimensão do acesso selecionamos sub-dimensões, componentes e sub-componentes, que, por sua vez, fizeram parte da matriz de julgamento de programa de prevenção de DST/AIDS para jovens (Quadro 5). Para possibilitar o julgamento das intervenções, foram definidas nessa matriz os indicadores/critérios com seus respectivos padrões e pesos atribuídos para cada um dos itens das dimensões.

Na matriz de julgamento também foi incorporado o score de pontuação para a classificação do programa, no que diz respeito as diferentes dimensões do acesso, em: crítico, insatisfatório, razoável, bom e ótimo. Importante ressaltar que esses parâmetros foram pactuados com os atores envolvidos no processo avaliativo.

Quadro 5: Matriz de Julgamento de Programa de Prevenção de DST/AIDS para Jovens

	Dimensão	Sub-Dimensões	Componentes	Sub-componentes	Critérios ou Indicadores	Como Medir	Fonte de Verificação	Padrão	Pontuação	
A C E S S O	Disponibilidade	Existência do Preservativo			Repasso regular de preservativo de 52mm	Verificar a periodicidade de repasse do preservativo de 52mm para o programa	Registro / Entrevista gestor	Regular	Regular = 1 Irregular = 0	
					Repasso regular de preservativo de 49mm	Verificar a periodicidade de repasse do preservativo de 49mm para o programa	Registro / Entrevista gestor	Regular	Regular = 1 Irregular = 0	
					Controle da distribuição de preservativos	Existência de mapa de controle da distribuição de preservativos do programa	entrevista gestor/ profissional e observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Quantidade suficiente de preservativo dispensado para programa	Levantamento do suprimento de necessidade de preservativo recebido pelo programa	entrevista jovem	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Estoque permanente de preservativo	Existência de mapa de controle de estoque do preservativo do programa	Registro	Sim	Sim = 1 Não = 0	
		Dispensação de Preservativo			Preservativo oferecido aos jovens	Oferta de preservativo nas atividades individuais ou em grupo com os jovens	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Cota de preservativo por jovem	Número preservativos liberados para cada jovem por mês	Registro/ Entrevista profissional	15 preservativos/mês	Sim = 1 Não = 0	
	Oportunidade	Conveniência			Jovem informado da disponibilidade de preservativo	Frequência com que os jovens são informados sobre a disponibilidade de preservativo	Observação / Entrevista Profissional	Sempre	Sim = 1 Não = 0	
					Exigência de autorização do responsável para participar do programa	Exigido do jovem autorização do responsável para participar do programa	Entrevista profissional/ usuário	Não	Sim = 0 Não = 1	
					Exigência de documento formal para retirar preservativo no programa	Exigido documento para retirar preservativo	Entrevista profissional/ usuário	Não	Sim = 0 Não = 1	
					Exigência de cadastramento para retirar preservativo	Exigido cadastramento para retirar preservativo	Entrevista profissional/ usuário	Não	Sim = 0 Não = 1	
	Acessibilidade	Aquisição do Preservativo			Liberação do preservativo em tempo integral	Número de vezes na semana que preservativo é liberado para os jovens	entrevista gestor/ profissional e observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Cadastramento dos jovens no programa de prevenção DST/AIDS	Realiza cadastramento dos jovens do programa	Registro e observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Cobertura de jovens do programa recebendo preservativos	Número de jovens que recebem preservativo/ Total de jovens do programa X 100	Registro	30%	Sim = 1 Não = 0	
					Mecanismo de facilitação do acesso ao preservativo para os jovens	Definida estratégia de facilitação do acesso ao preservativo	Entrevista gestor / Entrevista profissional	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Realização de atividade extra-muros de prevenção DST/AIDS para jovens	Realiza atividade extra-muros de prevenção de DST/AIDS pelo programa	Registro / Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0	
	Aceitabilidade	Reconhecimento			Percentual de jovens que retornam para pegar preservativo	Número de jovens no mês que retornam para pegar preservativo/ Total de jovens cadastrados x 100	Registro	80%	Sim = 1 Não = 0	
					Percentual de jovens que retornam para atividade educativa	Número de jovens no semestre que retornam a atividade educativa/ Total de jovens que frequentam o grupo x 100	Registro	80%	Sim = 1 Não = 0	
	Qualidade Técnica da Ação Educativa					Percentual da equipe técnica capacitada	Numero de profissionais capacitados/ Total de profissionais do programa x 100	Entrevista profissional/ gestor	100%	Sim = 1 Não = 0
						Supervisão das atividades do programa	Realiza atividade de supervisão	Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0
					Periodicidade das supervisões	Periodicidade de ocorrência da supervisão	Entrevista profissional/ gestor	Mensal	Sim = 1 Não = 0	
					Reunião de equipe	Realiza reunião de equipe	Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Periodicidade das reuniões de equipe	Periodicidade de ocorrência da reunião de equipe	Entrevista profissional/ gestor	Semanal	Sim = 1 Não = 0	
					Atividade educativa atende expectativa dos jovens	Levantamento sobre suprimento de expectativas com atividade educativa	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Adoção de estratégia pedagógica participativa	Adota estratégia pedagógica para atividade educativa	Entrevista profissional	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Uso de material educativo (folder, folheto, cartilha) de prevenção DST/AIDS para a ação educativa	Disponibilidade de material educativo de prevenção DST/AIDS para as ações educativas	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Uso de material educativo (folder, folheto, cartilha) de prevenção DST/AIDS específico para jovens	Disponibilidade de material educativo de DST/AIDS específico para jovens	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Planejamento antecipado das atividades	Planeja antecipadamente as atividades do programa	Entrevista gestor / profissional	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Explícita o objetivo da atividade educativa compartilhada com os jovens	Compartilha objetivo da atividade educativa com os jovens	Observação	Sim	Frequentemente = 2 As vezes = 1 ⁹⁴ Não = 0	

A C E S S O	Adequação	Responsividade	Ambiência	Abordagem de temas transversais nas atividades educativas (gênero, sexualidade, drogas, discriminação, etc)	Aborda temas transversais nas atividades educativas	Observação/ Entrevista profissionais	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Articulação dos temas transversais nas atividades educativas (gênero, sexualidade, drogas, discriminação, etc)	Articula dos temas transversais nas atividades educativas	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Explora conhecimento prévio sobre DST/AIDS e modos de transmissão	Aborda conhecimento prévio sobre DST/AIDS e modos de transmissão	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Abordagem do preservativo como forma de prevenção de DST/HIV	Aborda preservativo como forma de prevenção de DST/AIDS	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Demonstração do uso correto do preservativo	Demonstra uso correto do preservativo na ação de prevenção de DST/AIDS	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Utiliza outros recursos materiais para demonstrar do uso do preservativo (Pênis de borracha, pêlvis de acrílico)	Utiliza outros recursos materiais para demonstração do uso do preservativo	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0		
				Qualidade Técnica do Preservativo	Condições local de armazenagem preservativo	Espaço de armazenagem em condições próprias para os preservativos (temperatura, prateleira)	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0	
					Controle de qualidade do preservativo	Realiza controle dos preservativos estocados	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
				Recepção Local	Existência de sala de espera	Existência de sala de espera	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Condições da sala de espera	Condições do espaço da sala de espera	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0	
					Cadeiras na sala de espera	Existência de cadeiras na sala de espera	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0	
					Banheiro disponível para usuário	Existência de banheiro para os usuários	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0	
					Água disponível para o consumo pelo usuário	Existência de água disponível para o consumo	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0	
					Atividade educativa na sala de espera	Existência de atividade educativa na sala de espera	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Material educativo disponível na sala de espera	Existência de material educativo disponível na sala de espera	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0	
					Acomodação	Sala de atendimento individual	Condições da sala de atendimento individual	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0
						Sala de atividade em grupo	Condições da sala de atividade em grupo	Observação	Adequado	Adequado = 1 Inadequado = 0
						Recursos audio-visuais disponível para atividades educativas	Possui recursos audio-visuais para atividade educativa	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
					Sinalização	Sinalização nas salas de atendimento (livre ou em atendimento)	Possui salas de atendimento sinalizadas	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
						Sinalização indicando salas e setores	Existência de sinalização clara nas salas e setores	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
					Acolhimento	Usuários discriminados por sexo, cor ou orientação sexual	Há discriminação dos usuários do programa	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
						Apresentação no início das atividades educativas	E feita apresentação no início da atividade educativa	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
						Usuário informado quanto as atividades do programa	E informado aos jovens atividades do programa	Observação / Entrevista jovem	Sim	Sim = 1 Não = 0
					Respeito	Avaliação com o jovem sobre risco individual de transmissão de DST/AIDS	E feita abordagem com jovem de risco individual	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
						Verificado se jovem compreendeu informações passadas	E verificado junto ao jovem se compreendeu informações passadas	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0
						Garantido tempo suficiente para esclarecimento de dúvidas	E garantido tempo para jovens esclarecerem as dúvidas	Observação	Suficiente	Suficiente = 1 Insuficiente = 0
					Rede de Apoio Social	Levantamento sobre parcerias com outras instituições	Tem parceria com outras instituições	Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0
Mapamento de recursos sociais da área de atuação	Possui o mapeamento de recursos sociais da área de atuação	Entrevista profissional/ gestor	Sim			Sim = 1 Não = 0				
Sistema referenciamento definido em caso de DST/AIDS	Tem definido sistema de referenciamento em caso de DST/AIDS	Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0						
Estímulo à participação	Formação de jovens multiplicadores	O programa forma jovem multiplicador	Entrevista profissional/ gestor	Sim	Sim = 1 Não = 0					
	Espaço para participação dos jovens	E garantido ao jovem espaço de participação	Observação	Sim	Sim = 1 Não = 0					

Pontuação:	
Crítico - 0 a 20%	0 a 15 pontos
Insatisfatório - 21 a 40%	16 a 25 pontos
Razoável - 41 a 60%	26 a 45 pontos
Bom - 61 a 80%	46 a 55 pontos
Ótimo - 81 a 100%	56 a 61 pontos

5. Estudo de Caso Comparativo

Neste capítulo apresentamos os resultados do estudo avaliativo efetuado nos programas de prevenção de DST/AIDS para jovens em uma Unidade de Saúde (US) e uma Organização Não-Governamental (ONG) do Município do Rio de Janeiro. Como esse trabalho compreende uma análise de implementação da intervenção dos dois casos, optamos por sistematizar os resultados a partir das diferentes dimensões do acesso, referindo-nos às visões dos gestores, dos profissionais e dos jovens, complementando com impressões relativas a outras fontes de evidências.

O trabalho de campo se deu num período de oito meses, compreendendo desde os primeiros contatos com a ONG para obter a autorização à realização do estudo até a apresentação dos resultados preliminares do estudo. O fator interveniente que esteve presente em diferentes momentos, mas que não inviabilizou o trabalho foi a violência local, provocada pelos conflitos entre facções rivais nas comunidades do entorno da US ou nas comunidades de atuação da ONG, dificultando por vezes nosso acesso.

As observações feitas na US se deram em oito grupos de capacitação, na sala de espera do programa do adolescente e no atendimento do serviço social. Na ONG essas observações foram realizadas em cinco oficinas de capacitação, num dos núcleos de prevenção de jovens para jovens e de um camelô educativo. A participação nas oficinas se deu mediante autorização dos profissionais e dos jovens participantes e a observação só se deu nos grupos cujos temas estavam relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

No total foram realizadas 28 entrevistas, sendo 16 na US e 12 na ONG, de acordo com a Tabela 1. As entrevistas possibilitaram uma aproximação com a própria estrutura

dos entrevistados, assim como, propiciaram a obtenção de informações complementares àquelas conferidas através da análise dos dados secundários.

Tabela 1 – Distribuição das Entrevistas realizadas com Gestores, Profissionais e Jovens da US e ONG

Caso	Entrevistados	Gestor	Profissionais	Jovens	Total
US		1	7	8	16
ONG		1	5	6	12
Total		2	12	14	28

Como já dissemos anteriormente, para resguardar o sigilo e a segurança dos entrevistados e dos participantes das atividades, todos os nomes usados na apresentação dos resultados são fictícios. Cabe ressaltar que o nome dos programas não são fictícios, mas os das instituições são, tendo em vista existirem vários programas no município com o mesmo nome, o que dificulta a identificação da US e da ONG.

Antes de entrar propriamente na análise, gostaríamos de descrever o perfil dos sujeitos da pesquisa:

A gestora da US tem 25 anos de formação em medicina, tendo 21 anos de experiência no atendimento ao adolescente. Ela está há nove anos como coordenadora do programa do adolescente (Atendimento Integral ao Adolescente – AIA), e, subseqüentemente, do “Vista essa Camisinha”, não sendo essa a sua principal fonte de renda. Um aspecto que evoca ao gênero é o fato de tanto na US quanto na ONG os gestores do programa são do sexo feminino, participando, de forma efetiva, da execução das atividades dos programas.

A gestora da ONG é economista há aproximadamente 16 anos, com especialização em empreendedorismo social, e tem dez anos de experiência em trabalho comunitário. Ela se encontra há quatro anos como coordenadora do Programa “Agente Jovem”, sendo que no período de realização, era a sua principal fonte de renda.

Pela formação e experiência profissional das duas gestoras, pudemos observar a diferença na concepção e no tipo de direcionamento dado aos dois Programas. Pois, o Programa “Vista essa Camisinha” foi elaborado pela gerência do PROSAD em nível central e a gestora local se propõe a executá-lo seguindo as recomendações deste. Porém, há um distanciamento entre sua concepção e execução. Diferente do Programa “Agente Jovem” onde há uma correspondência entre o planejado e a ação, pois, o programa é de base comunitária e suas práticas são direcionadas para o desenvolvimento local, visando mudança social, exercício da cidadania, direitos humanos e promoção da saúde.

Quanto aos profissionais da US, todos são do sexo feminino sendo: uma médica clínica, duas assistentes sociais, duas psicólogas, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Já na ONG, dos cinco profissionais entrevistados, um é do sexo masculino, como historiador da equipe e as demais do sexo feminino, sendo duas assistentes sociais e duas psicólogas. A média de tempo dos profissionais no projeto da US variou de um a cinco anos; enquanto na ONG essa variação foi de um a quatro anos.

Na perspectiva do gênero, cabe ressaltar que a equipe da ONG aponta para maior diversidade, visto que a cultura masculina se faz mais presente, não só pela composição da equipe como pela composição dos jovens do programa.

Identificamos durante o trabalho que o discurso dos profissionais da US é mais normativo e prescritivo, pautado mais na transmissão da informação; enquanto que o da

ONG mais político e problematizador, orientado pela construção e compartilhamento do conhecimento. Os profissionais da US são menos atuantes e pouco autônomos em seu poder de decisão, ao contrário do que acontece na ONG, conforme assinalou Moraes (2004) em seu estudo, devido as implicações de seus posicionamentos e posturas frente a implementação das ações de prevenção de DST/AIDS.

Da US participaram da pesquisa oito jovens, sendo cinco do sexo feminino e três do sexo masculino, na faixa de 13 a 18 anos. Ainda que tivéssemos buscado uma composição de gênero mais paritária, não foi possível devido a pouca frequência de jovens do sexo masculino no serviço, pois alguns não se incluíam no critério de seleção e havia pouca disponibilidade dos que se incluíam para a entrevista. Opostamente às jovens que participavam ativamente, com disponibilidade, os jovens colaboravam menos.

Ao considerar a variável cor, quatro desses jovens se autodenominavam morenos, dois pardos, um negro e um branco. O que chama atenção é que embora dois jovens tenham se denominado morenos, em nosso julgamento eles eram negros. Mas, diferente dos demais, ambos relataram história de discriminação em suas vidas pessoais e problema de baixa auto-estima.

Embora não seja de interesse aprofundar essa questão da cor/raça, foi possível notar que os jovens da ONG são mais estimulados a refletirem e a responderem sobre as desigualdades étnico-raciais que os jovens da US. Esse se apresenta como um ponto crucial a ser debatido no contexto das discussões de prevenção de DST/AIDS, tendo em vista sua íntima relação com os aspectos ligados à auto-estima, ao empoderamento, a atitudes mais afirmativas.

Quanto às características sócio-econômicas dos jovens da US, quatro tinham o 1º grau incompleto, três o 2º grau incompleto e um o 2º grau completo, ou seja, possuíam um bom nível de escolaridade acima daquela de seus pais. Em relação ao trabalho, dois deles trabalhavam fora, mas todos eram sustentados pelos seus responsáveis. Na casa desses jovens moravam em média três pessoas, sendo que três deles moravam com os pais, quatro só com a mãe, por motivo de morte ou separação do pai e um com os avós pela ausência dos pais. Apenas uma das jovens tinha um filho sustentado pela avó.

Todos os jovens da US entrevistados eram solteiros e tinham como principal forma de diversão ir ao shopping, às festas, ao cinema, encontrar os amigos. Quanto ao relacionamento afetivo, cinco namoravam, dois só “ficavam” e um não namorava, quatro destes relataram que transavam com seus parceiros do sexo oposto e sempre usavam preservativos. O “ficar” para os jovens, assim como retratado por Abramovay et al. (2004), é tido como novidade dos tempos modernos que pode estar desestabilizando tradicionais relações hierárquicas de gênero e possibilitando que as jovens experimentem outras formas de vivenciar prazeres e afetividades, tornando-as mais vulneráveis as DST/AIDS.

Em termos de religião, todos afirmaram ter uma religião e de praticá-las, sendo que quatro eram protestantes (evangélicos) e quatro católicos. Mesmo que um deles admitisse ir obrigado pelos pais, ainda assim é identificado no discurso deles que a Igreja é um lugar respeitado dentro da comunidade. A inserção nas Igrejas, sobretudo nas protestantes, parece ter um caráter de proteção, evitando o assédio constante do tráfico de drogas e de prostituição.

Dos jovens da ONG que foram entrevistados, dois eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, na faixa de 16 a 19 anos. Foi entrevistado um número maior de jovens

do sexo masculino por haver uma participação mais expressiva deles no programa. Essa participação pareceu estar relacionada à possibilidade de profissionalização a partir da inserção no programa, bem como, ao poder de influência de um dos profissionais, do sexo masculino, que sempre os estimulava e também pela identificação de gênero.

Ao tomar por referência a variável cor/raça, quatro desses jovens se denominavam negros e dois pardos. Chama atenção o fato de dois dos jovens se autodenominarem negros quando na realidade tinham cor clara. Diferente dos jovens da US, a questão da cor para esses jovens não aparecia como uma barreira social, um impedimento de inserção social, muito pelo contrário, todos tinham uma auto-estima bastante elevada mesmo diante de condições de vida muito precárias.

Quanto à religião, todos responderam ter, sendo que três eram protestantes (evangélicos) e três católicos. A religião para esses jovens também era uma forma de proteção no contexto da comunidade, mas o projeto tinha um significado muito grande por não só protegê-los, mas também autorizá-los a circular. Na realidade, o programa conferia aos jovens que atuavam no interior da própria comunidade, a representação de um poder local pela via da promoção de saúde e pela capacidade de integrar.

Um dos jovens chegou a mencionar o interesse de seu pastor em que ele junto com seu parceiro de núcleo estruturassem o trabalho de prevenção de DST/AIDS na igreja. Pelo discurso desse jovem, pudemos deduzir que, mais do que interessado no trabalho de prevenção, o pastor obtinha um interesse na capacidade de aglutinação e comunicação dessas lideranças que falavam de prevenção, operavam a rádio comunitária, faziam parte do grupo jovem e tocavam na igreja.

Quanto à situação sócio-econômica dos jovens da ONG, três tinham o 2º. grau incompleto e três o 2º. grau completo, representando uma escolaridade bem acima daquela de seus pais. Em termos de trabalho, nenhum deles trabalhava fora, mas dois mencionaram receber bolsa pela Instituição por ser voluntário no programa; ainda assim, todos eram sustentados pelos seus responsáveis. Em suas casas moravam em média seis pessoas, sendo que três deles moravam com os pais, dois só com a mãe e um com o pai.

O recebimento da bolsa de R\$ 70,00 (setenta reais) para os que recebiam e para os que já receberam, fazia toda a diferença em termos de atuação desses jovens. Eles admitiam que era muito pouco, mas ressaltavam que identificavam a possibilidade de autonomia com o recebimento desta bolsa, podendo fazer o que gostavam. No estudo realizado por Monteiro e Ceccheto (2006) a possibilidade de profissionalização e de remuneração significa a inserção desses jovens em práticas sociais de maior legitimação e valor social.

Estes jovens eram solteiros e não tinham filhos. Suas principais formas de diversão eram: ir ao cinema, ir à igreja, encontrar os amigos, ir ao baile funk, assistir televisão e namorar. Com respeito aos relacionamentos afetivos, quatro namoravam, sendo que um deles relatou ter duas namoradas, um só “ficava” e um não namorava, todos transavam com parceiros do sexo oposto e usavam camisinha. Em seus discursos o “ficar” imprime uma distinta valoração moral, pois, as jovens se sentem mais constrangidas que os jovens de ficar com um ou mais parceiros por dia (Abramovay et al, 2004).

Enfim, essa introdução tem o intuito de esclarecer elementos sobre o perfil dos sujeitos da pesquisa, de forma a permitir algumas correlações com a questão do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS.

5.1. O Caso 1 – A Implementação do Programa “Vista essa Camisinha” da OG

As ações de prevenção as DST/AIDS para jovens da US, no momento da realização do estudo, eram implementadas sistematicamente conforme o previsto no desenho do “Vista essa Camisinha”, adaptado para a realidade local. Importante destacar que em alguns momentos as ações desta intervenção se entrelaçam com as ações do programa do adolescente, mas procuramos explicitar os limites entre um e outro.

5.1.1. Disponibilidade

Ao conceber a disponibilidade do preservativo masculino e das atividades educativas de prevenção de DST/AIDS, pudemos observar no período que acompanhamos as atividades do programa, que o preservativo estava disponível na US, armazenado na sala do Serviço Social. Este era divulgado e oferecido, mais freqüentemente, no espaço do grupo, quando era relacionado o que era ofertado para os adolescentes do programa.

As atividades educativas ocorriam no grupo de capacitação do AIA ou no atendimento individual (consulta). O grupo divulgava para todos os adolescentes que se inscreviam no AIA, pois, fazia parte da rotina desse serviço convidá-los a participar quinzenalmente dos grupos e entregar-lhes previamente a programação com os temas dos encontros.

Na visão dos gestores e profissionais da US, tanto o preservativo quanto às atividades educativas de prevenção de DST/AIDS estavam disponíveis para todos os adolescentes. Contudo, beneficiar-se desses insumos e atividades do programa estava diretamente vinculado ao atendimento clínico, visto que, na primeira abordagem feita pelo Serviço Social era agendado a anamnese e posteriormente o atendimento clínico.

Quanto à magnitude da intervenção do “Vista essa Camisinha”, o levantamento em registros do programa revelou um total de 234 adolescentes cadastrados no programa desde o ano de 2000 (ano de início), o que correspondia 1/3 do total de inscritos no programa do adolescente. Até 2003 o programa teve uma participação muito restrita, a partir deste ano, com investimentos, em recursos humanos e recursos materiais, bem como maior divulgação intra e inter-institucionalmente, o programa alavancou.

Ao considerar o perfil dos adolescentes cadastrados no programa, identificamos maior número do sexo feminino (n=150) em relação aos do sexo masculino (n=84). De acordo com a faixa etária, 40 desses adolescentes estão entre 12 e 13 anos, 139 na faixa de 14 a 16 anos e 54 de 17 e 18 anos. Os cadastrados não estavam necessariamente freqüentando o programa no momento da pesquisa.

Na US a distribuição dos preservativos para esses adolescentes é feita no Serviço Social, nos grupos ou na consulta (médica ou de enfermagem). Além dessas, não foi identificada nenhuma outra estratégia de ampliação do acesso, pois existe uma preocupação, por parte da gestora e dos profissionais do Serviço Social, quanto à necessidade de aumentar o atendimento clínico a partir da disponibilização do preservativo.

“As pessoas vêm porque um diz para o outro, o outro diz para o outro. Acaba que vem. As pessoas por aqui sabem, então elas vêm. [...] Mas se ampliar, sair divulgando para todo mundo, não vai dar certo porque aí vai estar marcando para daqui a não sei quantos meses” (Rosa, gestora US)

As considerações presentes na narrativa da gestora do programa mostram o quanto a disponibilização dos insumos e das atividades do programa estão vinculadas ao

atendimento clínico que, por sua vez, coaduna-se com a lógica da produtividade gerada nas consultas. Ou seja, por mais que um nem precise necessariamente estar ancorado ao outro, observa-se o quanto a ação de saúde na US está ancorada na doença e na intervenção médica, inclusive, as de prevenção de DST/AIDS.

Uma outra questão que impõe uma certa restrição de acesso é a concepção por parte de alguns profissionais de que o trabalho de prevenção pode vir a estimular o adolescente para uma vida sexual precoce. Na realidade, muitos já possuem vida sexual ativa e não falar, não divulgar, pode inviabilizar o acesso a um insumo básico para a garantia de uma vida sexual mais segura.

“O preservativo masculino a gente tem distribuição, mas é feita dentro do programa e a quem tem vida sexual ativa e quando precisa. No dia da entrevista a gente coloca que tem distribuição de camisinha, se ele tiver vida sexual e precisar a gente faz uma ficha e tem uma cota por mês. E ele tem direito a pegar. Aí depende dele, a gente não distribui em grupo, até porque tem um risco de você estimular essa coisa sexual precoce.” (Laura, profissional de saúde US)

Ao invés de se restringir a distribuição para os adolescentes que têm vida sexual ativa, o mais apropriado deveria ser disponibilizá-lo para que o adolescente possa escolher pegar ou não o preservativo. Pois, se ele ainda não tem vida sexual ativa, pode ou não estar prestes a iniciá-la. Nesse sentido é fundamental que o jovem possa ter as informações e as condições de proteção acessíveis para que possa se beneficiar deles para uma vida sexual mais saudável. Nesse sentido se faz necessário relativizar essa noção de estímulo à vida sexual precoce, pois o discurso da precocidade pode estar encobrindo um dos dispositivos de controle dos jovens: a sexualidade.

Há um contra-senso na narrativa dessa profissional que identifica a disponibilização do preservativo para o adolescente como um risco ao associá-lo ao estímulo à prática sexual mais precoce. A questão é que há uma inversão nesse discurso, recorrente também nas escolas (Paiva, 2000; Rua & Abramovay, 2001, Abramovay et al, 2004), onde o preservativo é tido como um estímulo ao sexo e não como um método de prevenção de DST e gravidez indesejada que aumenta a possibilidade de uma vida sexual mais segura e saudável.

O controle da sexualidade pela biomedicina (precoce ou não) já foi discutido por diversos autores (Foucault,1988; Bozon, 2004). Essa prática explicita a abordagem dos mecanismos sutis de controle da vida sexual dos adolescentes que não podem ser estimulados, incitados ao sexo. A sutileza se faz presente na eficiência do discurso competente do técnico que define o que pode definir o que é melhor para o adolescente sem consultá-lo.

Certamente essa é uma questão que tem implicações no direito sexual e reprodutivo dos adolescentes, visto que precisam ter garantido o acesso a bens e insumos de prevenção para o exercício de uma vida sexual mais plena, seja para quem vai iniciar vida sexual ou para quem já iniciou (Paiva, 2000). Esse, contudo, é um aspecto fundamental que precisa ser mais aprofundado no sentido da produção de uma cultura de uma vida sexual mais segura e saudável.

Para garantir a presença do preservativo masculino de 52 mm na US para o programa, verificamos que este é repassado mensalmente pela Gerência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do MRJ. Pela grade de repasse mensal o “Vista Essa

Camisinha” recebe por mês uma cota de preservativos fixada em 1.728 unidades, que varia conforme a disponibilidade do insumo no estoque em nível central.

De acordo com o relato da gestora da US, desde o início do programa não houve descontinuidade da ação pela falta de preservativos, só uma vez, por falta de comunicação interna. Poucas vezes a US recebeu o preservativo de 49mm, mesmo sendo considerado mais adequado para alguns adolescentes. Porém, a solicitação deste insumo pela coordenação nunca foi feita, já que nunca houve demanda pelos adolescentes.

“Às vezes vêm os dois, nem sempre vêm os dois. Atualmente não está vindo os dois, mas teve uma época que estava vindo o 49mm e 52mm e podia se escolher. Essa última vez que eu fui pegar na semana passada eu falei com a farmacêutica. Ela falou que só está vindo um tamanho agora. Quero ver se eles reclamam...” (Rosa, gestora US)

Quanto ao preservativo feminino, este só é liberado pelo programa da mulher para as adolescentes que passam pelo planejamento familiar e se interessam pelo método. Esse é um fluxo que pode, dependendo da necessidade e interesse da adolescente representar uma dificuldade de acesso.

Na US não foi identificado como um problema a descontinuidade de distribuição de preservativos masculino de 52mm para os adolescentes, embora durante a pesquisa houvesse descontinuidade de seu repasse naquele mês. Um dos aspectos que ajudava a explicar o porquê de não faltar preservativos era relativo ao quantitativo reduzido de adolescentes que retiravam o insumo de forma regular e sistemática no programa. Outro fator que contribuía para a manutenção do estoque era o fato que não estavam ocorrendo atividades extra-muros e nem sendo dado apoio, embora fosse preconizado pelo programa.

A liberação dos insumos se dá em tempo integral, respeitando o horário de funcionamento da US, ou seja, a liberação não ocorre à noite, nos finais de semana e feriados. Conforme, mencionado pela gestora a cota de preservativo é entregue no Serviço Social para os que estão inscritos no programa. Verifica-se na ficha de controle do programa se o adolescente retirou preservativo naquele mês, sendo registrada a retirada, ou entregue para os que não têm interesse de se inscrever no programa, mas querem experimentar o método.

Ao analisar as fichas de controle do programa vimos que a cota de preservativos para os adolescentes até 2003 era de 15 preservativos/mês, a partir de 2004 essa foi reduzida para 10. No entanto, a quantidade de preservativos dispensados para os adolescentes variou de 3 a 15 preservativos, apesar de que 189 adolescentes tinham retirado uma cota de 10 preservativos. Na visão do gestor e dos profissionais do programa essa cota liberada é suficiente. As entrevistas com outros profissionais evidenciaram a possibilidade dos adolescentes acionarem o programa caso necessitem mais.

“... a gente distribuía mais e tinha um período grande para eles retornarem e foi discutido em reunião de equipe, e não vejo assim que o adolescente tenha uma vida sexual tão ativa quanto se pensa. Agora, quando a gente tem um adolescente que a gente sabe que tem uma vida sexual mais ativa, a gente pode conversar.” (Regina, profissional de saúde US)

O dado de que 151 (64%) dos adolescentes cadastrados só retiraram preservativo uma única vez, chama atenção, indicando que estes tiram o preservativo mais para experimentar, porque ainda não têm relação sexual regular. Na US o adolescente tem prioridade de atendimento, mas não é feito nenhum acompanhamento sistemático das

atividades do programa e nem tampouco dos efeitos produzidos, notando-se que o atendimento está centrado na oferta de serviços.

O que os dados mostram é que a maioria dos adolescentes do “Vista essa Camisinha” pega preservativo esporadicamente. E, a retirada do preservativo se dá não só para suprir suas necessidades mas também a de outros, como: familiares, colegas...

“Ah! Eu faço saliência. Eu não tenho relação assim. Na maioria das vezes eu pego a camisinha e dou para os meus familiares, pra que eles possam se proteger. Às vezes dou para um colega que pede.” (Valdo, jovem US – 14 anos)

Um outro adolescente aguardava para se inscrever no programa para pegar preservativo, dizia querer suprir sua necessidade e a de seus colegas que freqüentavam uma casa abandonada na comunidade, chamada de “*Big Brother*”, para transar com as garotas. Essa casa era freqüentada por ele e mais uns dez a doze colegas que levavam as garotas para namorar e transar. Nesse caso, evidencia-se a existência de uma rede que se beneficia indiretamente desses insumos, que, provavelmente é composta por sujeitos que não têm a mesma possibilidade de acesso.

Dos jovens da US entrevistados em sua maioria consideram a cota de preservativo suficiente para as suas necessidades, embora uma pequena parcela admita usar de fato e apenas um adolescente considerava a cota insuficiente. Entre os que usam, houve unanimidade em ver a compra como a melhor opção caso faltasse, compra esta colocada na responsabilidade do parceiro.

Mesmo o preservativo estando disponível e em quantidade suficiente, pela fala dos adolescentes da US notamos que, sempre há possibilidade de perda de controle quanto ao

uso. Nesse sentido, fica evidente a importância de que tanto os preservativos quanto às atividades de prevenção de DST/AIDS estejam disponíveis, podendo assim facilitar a mudança de hábitos e atitudes dos adolescentes para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

“Primeiro eu usava camisinha, depois eu contei para a minha mãe, aí me levou para o ginecologista e aí eu comecei a tomar remédio. Aí não tinha dinheiro para pagar o meu remédio, aí ela comprava. Só que quando eu parei de tomar remédio para engravidar, aí ela brigou pra caramba comigo.” (Mônica, jovem US – 16 anos)

Essa narrativa ressalta no que, às vezes, foge ao controle do adolescente por um desejo de auto-afirmação, de contestação e de busca de autonomia. Contudo, revela-se uma situação que pode torná-lo, mesmo com o preservativo, com informação e orientação adequada sobre como se prevenir, vulnerável à infecção do HIV ou de outra DST.

5.1.2. Oportunidade

No que se refere à oportunidade, de acordo com as observações feitas, os adolescentes de fato têm prioridade no atendimento. Mas não necessariamente é observada uma escuta prioritária para as suas demandas relativas à saúde sexual e reprodutiva.

Uma perda de oportunidade a ser destacada foi o caso de uma jovem que chegou ao Serviço Social com seu bebê novo no colo solicitando preservativo, pois, não havia conseguido no programa da mulher. Quando a mesma foi questionada sobre sua idade e se tinha inscrição feita no programa, esta respondeu que era do programa mas já tinha passado

da idade porque completara 19 anos. Então, a assistente social a encaminhou para o Programa da Mulher, para que se inscrevesse no planejamento familiar, embora adiantasse que a próxima reunião só ocorreria um mês após aquela data. E a jovem dizia que precisava resolver aquela situação logo, porque não queria engravidar novamente.

Este caso retrata uma perda de oportunidade pela interpretação rígida de uma norma do programa. Pois, se este era uma referência para aquela adolescente e se havia o preservativo disponível, porque não liberar o insumo até que a mesma pudesse ingressar no grupo do planejamento familiar da US? Ou seja, dependendo da forma como a norma é incorporada, esta pode significar uma barreira institucional de acesso.

“Agora está ficando um pouquinho mais difícil porque como estou com 18 anos, aí implicam um pouquinho com a idade. Toda vez que eu vou ali: ‘que ano você nasceu?’ Acho que eles não acreditam. Em 86. ‘Já vai fazer 19.’ Ai meu Deus. Quando eu fizer 19 vai ser pior.” (Maria, jovem US – 18 anos)

Ainda que a questão da idade seja um fator determinante no programa, pois se respeita a faixa de 12 a 18 anos exigidos para participar do mesmo, os adolescentes não necessitam da autorização de seus responsáveis para fazer parte das atividades e nem é exigido nenhum documento formal para a retirada do preservativo. Os adolescentes podem até não querer, mas são sempre convidados a se cadastrarem no “Vista essa Camisinha” e os mais novos a comparecerem na primeira entrevista com seus responsáveis.

“[...] Com onze anos ela não está dentro da faixa etária do programa. Se for uma história complicada, com onze anos, a gente já pede que ela venha com o responsável. Ela não está habilitada para responder, saber o que ela quer. É difícil, ela é ainda uma criança. Aí a gente pede para vir o responsável. Até os

adolescentes de treze, quatorze anos, a gente pede para vir acompanhado. Porque é complicado. Tem adolescente que já tem vida sexual ativa. Aí na entrevista você tem que ter uma malícia para saber se o pai dela está sabendo ou não. A mãe geralmente está sabendo dessa história. A gente tem a discricão para falar do preservativo.” (Laura, profissional de saúde US)

Esse é um dilema ético específico ao atendimento dos adolescentes, pois conforme relato dos profissionais do Serviço Social, cada vez se torna mais freqüente a procura de adolescentes mais jovens com vida sexual ativa que nem sempre querem contar para seus responsáveis. Eles procuram o serviço justamente para ter com quem compartilhar e, em geral, algumas barreiras se colocam na medida que há uma exigência da presença dos responsáveis desses adolescentes. Destaque-se que a faixa etária estipulada pelo programa torna-se uma importante barreira a ser considerada, sobretudo nessas situações.

Para os profissionais da US, exceto no atendimento clínico, os adolescentes são atendidos de forma mais imediata possível. No entanto, percebe-se que a possibilidade de escolha dos adolescentes da US está fortemente condicionada às opções oferecidas pelos profissionais do programa e estes, por sua vez, têm mais a ver com a lógica de organização do serviço do que propriamente com as necessidades dos adolescentes.

Ou seja, não é tão conveniente para os adolescentes conseguir adquirir o preservativo, sobretudo para os adolescentes das comunidades, que a princípio seria a população alvo do programa. A questão central que se apresenta diz respeito ao medo e à discriminação, à medida que esses representam um grupo que reconhece a necessidade de se prevenir e se deparam com limitações de acesso impostas pelas normas do serviço.

“A gente estava com certo problema porque estava só dando para o pessoal do programa. Mas de tanto a Prefeitura falar que tem que ser dado para a comunidade a gente abriu um precedente e começou a dar. Mas o que acontecia. As vezes vinha cinco, dez adolescentes da comunidade, em grupos. Eles geralmente vinham a tarde quando estava fechando o posto. Entravam pela sala e era difícil, eu falava um de cada vez. Eles faziam a maior balburdia, até para confundir você e liberar a camisinha. E eu falava que não podia distribuir a camisinha, antes de eles terem participado de uma palestra educativa sobre as DST, como se coloca a camisinha, a prevenção, os riscos, para então poder continuar a receber. Na primeira vez você tem direito de receber cinco camisinhas e tem que assistir a palestra. Na próxima vez, você pode receber dez. Mas eles não queriam assistir a palestra, só queriam a camisinha. Aí a gente começou a ficar com medo. Eles viam sem camisa, desacatavam os guardas e até com a gente mesmo. Era perigoso. Ai a gente achou por bem cortar isso, até porque estava começando a faltar para o programa. Não adiantava dar para comunidade e os programas ficar sem. Ai a gente cortou. Agora só dá para quem é do programa.” (Laura, profissional de saúde US)

Nessa narrativa há um contraponto, pois se não há exigência de se cadastrar para ter acesso ao preservativo, para esse grupo essa regra se modifica. Além disso, assistir as palestras, procurar o serviço mais cedo são colocadas como condições aparentemente impróprias para a realidade de vida desses adolescentes. Ou seja, até que ponto a própria organização do serviço impõe barreiras para os adolescentes que inviabilizam o acesso?

Importante mencionar que na US a atuação dos profissionais quanto à prevenção das DST/AIDS está vinculada à distribuição de preservativos, sendo este tratado de forma

similar ao “*remédio*” e às informações referidas às doenças. Contudo, o trabalho de prevenção realizado pelos técnicos da US é devidamente reconhecido pelos adolescentes.

Embora para a maioria dos jovens seja grande a oportunidade de aprendizado de novidades para sanar suas dúvidas, para pegar camisinhas e métodos contraceptivos, o que consideram fazer diferença é a oportunidade de participarem e fazerem escolhas. Algo não comum no cotidiano de suas vidas, quando as restrições a oportunidades se impõem.

“Você aprende o que é DST, aprende como usar camisinha, o que é AIDS, você aprende muita coisa, não só sobre isso, sobre drogas, sobre violência, sobre outras doenças, sobre até cidadania, sobre como agir na sociedade... Oportunidade que muitas garotas queriam ter, uma oportunidade como a gente tem e não pode ter, não tem vaga.” (Mônica, jovem US – 16 anos)

Essa oportunidade de aprendizagem, de aquisição de novos conhecimentos corresponde a um diferencial na vida desses adolescentes, particularmente pela aquisição de capital social (Bourdieu, 2004), pela relação de troca estabelecida nos espaços de interação promovidos no serviço de saúde. De forma alguma tais oportunidades vão excluir as dificuldades enfrentadas por muitos desses adolescentes, mas podem vir a promover a ampliação das possibilidades de escolhas.

As maiores dificuldades assinaladas pelos adolescentes estão na travessia das fronteiras das facções quando há algum tipo de conflito instalado e é decretada a ordem de silêncio, ou se torna difícil pagar o transporte. Eles não recebem bolsa ou qualquer tipo de ajuda financeira para se deslocarem, logo procuram mais o programa quando têm outros problemas de saúde para resolverem na US, o que explica o alto índice de absentismo.

“[...] Mas é difícil porque tem que dar liberação da escola, não tem nem dinheiro para a passagem. Aí aquela coisa, eu dava dinheiro para passagem, mas não tem nenhum apoio financeiro, aí tem que ligar para o pai para mãe explicar, aí é meio difícil porque não tem nenhum apoio. Porque têm vários grupos aí, várias iniciativas estaduais, tem negócio jovem da comunidade, que eles têm apoio financeiro, que eles ganham salário, então aqui sem apoio nenhum é um pouco difícil de conseguir.” (Rosa, gestora US)

Tanto no relato do gestor quanto dos profissionais e adolescentes a questão da barreira financeira se sobrepõe às demais barreiras existentes no acesso às ações de prevenção de DST/AIDS por parte dos adolescentes. Essa, por sinal, apresenta-se como um importante aspecto de vulnerabilidade desses jovens de comunidades empobrecidas.

5.1.3. Acessibilidade

Em termos de acessibilidade, as barreiras identificadas facilitam, dificultam ou inviabilizam o acesso dos jovens às ações de prevenção e, particularmente, ao preservativo. Como a US é uma unidade de referência da região, alguns adolescentes que moram em outros bairros a consideram distante e mal localizada. Para alguns deles é difícil participar de todos os grupos ou pegar camisinha, porque nem sempre conseguem o dinheiro da passagem. A forma mais freqüente de deslocamento é a pé, visto que a maioria dos entrevistados morava próximo da US.

“Ano passado a gente conseguiu seis jovens multiplicadores. [...]Então a gente convidou eles para participar. Mas é o tal negócio. Eles começam muito bem mas não são muito responsáveis, até porque não ganham nada. A passagem é uma coisa

determinante, eles não trabalham, as vezes não moram aqui perto. Ai vem uma, três, quatro vezes e ai começam a faltar. A gente manda chamar, manda aerograma e depois acaba não vindo.” (Lorena, profissional de saúde US)

Um aspecto relevante é que, segundo os adolescentes, seus pais consideram que na comunidade estão protegidos na Igreja, assim como estão mais protegidos contra as DST/AIDS estando no programa dentro da US e, principalmente, contra a violência. Pois, a ocupação do tempo, sem o assédio do tráfico e aprendendo como se prevenir, dão um sentido mais amplo ao trabalho de prevenção.

Dentro da US, a localização do programa também não é adequada, pois, fica num galpão à parte, isolado da estrutura central da unidade. Esta demonstrou ser uma barreira física que cria uma dificuldade interna para que os adolescentes cheguem onde as atividades do programa ocorrem.

“No começo essa salinha, esse cantinho aqui dos adolescentes, tive que perguntar muitas vezes. Perguntei aos guardas, o guarda falou que era no estacionamento. Aí, como que eu faço para ir para o estacionamento. O guarda me disse: ‘Você vai ali e pergunta ao pessoal aí na frente’. Eu perguntei a uma paciente mais a frente. Ela foi e me trouxe aqui e falou que era aqui” (Geraldo, jovem US – 16 anos)

Certamente estas barreiras ganham sentidos diferenciados para os adolescentes, visto que, para cada um, tais barreiras são representadas, incorporadas e produzem respostas que influem ou não no acesso às ações de prevenção de DST/AIDS. Afinal, o gestor e profissionais tendem a pensar mais nos aspectos facilitadores do acesso do que, propriamente, nos aspectos dificultadores.

5.1.4. Aceitabilidade

A aceitação dos adolescentes entrevistados com o programa da US é muito boa. A maioria o considera excelente e apenas um deles o tem como regular. A principal referência de reconhecimento é o atendimento médico, onde se sentem mais acolhidos, ouvidos e respeitados. Importante enfatizar que existem adolescentes que hoje estão no projeto da US, mas que já são atendidos desde muito cedo.

Devemos ressaltar como a US é vista pelos adolescentes como um espaço mais seguro dentro da comunidade, um local onde os pais confiam, incentivam os filhos a frequentar e que distribui preservativo “de graça”. Assim como acontece com a escola, os familiares transferem para a US a responsabilidade de educação, orientação e cuidado dos filhos que estão mais sozinhos nos dias atuais.

“Ajuda muito aconselhando, porque tem jovens e adolescentes que não têm conselho em casa. Por exemplo, minha mãe mesmo pegou gravidez agora na menopausa. Aí fui brincar com meu pai, né. Pô! Por que você não usou camisinha. ‘Ah! Você é muito nova para aprender isso’. Na minha casa eu não tenho conselho assim. ‘Pô! Rebeca, você tem que usar a camisinha...’ Eu aprendo assim na escola e aqui no núcleo.” (Rebeca, jovem US – 16 anos)

A fala dessa adolescente expressa um aspecto muito recorrente no discurso dos entrevistados: a dificuldade de estabelecer um diálogo sobre sexualidade com os pais. Há os que consideram que seus pais não os orientam sobre como usar a camisinha porque têm vergonha, ou porque não sabem ou acham que ainda não está na hora. Para alguns desses adolescentes é na rua, na escola ou em outros espaços de interação na comunidade que

compartilham suas dúvidas com os amigos, colegas, vizinhos e aprendem algo novo sobre formas de prevenção de DST/AIDS.

Quanto aos grupos de capacitação, os adolescentes entrevistados que participam os consideram bons e esclarecedores. A maioria deles admite ter dificuldades em participar de início, por questões de timidez e vergonha, mas com o tempo “vai se soltando”. Há quem não consiga se livrar da timidez e considera que seria mais apropriado o atendimento individual com o profissional para ajudar nessa parte.

“Eu buscava cuidados. Eu não sabia muito, eu não sabia como se pegava AIDS, isso tudo eu não sabia. Aí quando eu entrei aqui fiquei sabendo de tudo.” (Robson, jovem US – 13 anos)

Na US, pela observação feita, esse tipo de orientação é dada pelo profissional, mais especificamente, no grupo de capacitação ou na sala do serviço social. Os adolescentes são pouco questionados sobre o uso e quando são, quase sempre dizem que não têm dúvidas. Importante mencionar que a demonstração do uso só foi observada nos grupos, cujos temas foram DST/AIDS, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

5.1.5. Adequação

Para tratar da adequação de acesso às ações do “Vista essa Camisinha” iniciamos pela sub-dimensão da qualidade técnica da ação educativa, que guarda correspondência com o modelo pedagógico que orienta essas práticas. Tal ação foi verificada através de diferentes critérios, conforme pode ser observado no Quadro 5. Mesmo, identificado por

suas particularidades, a adequação é concebida como complementar as outras dimensões do acesso.

Um dos pontos observados foi a capacitação profissional, considerando a qualidade técnica das ações educativas. Os profissionais do programa da US têm boa formação, quase todos de nível superior, exceto a auxiliar de enfermagem que vai concluir o curso de Serviço Social.

Quanto à experiência profissional, podemos dizer que embora maior parte da equipe tenha longa experiência de trabalho no atendimento ao adolescente, isso não se revela na abordagem da temática relativa à saúde sexual e reprodutiva deste grupo. O que vai se evidenciar é o quanto a capacitação específica na área da intervenção tem sua importância, pois, observamos claramente que os profissionais (duas médicas) que abordavam a questão com mais propriedade, com mais atenção e se preocupavam mais com as demandas dos adolescentes, foram aqueles que passaram por capacitação na área.

“[...] eu não tenho muito tempo, não disponho de tempo para fazer um curso lá fora, estar capacitando, até porque o que eu sei, o principal para passar para o adolescente eu tenho. [...] Nós temos uma reunião uma vez por mês, onde a gente avalia os casos dos adolescentes, os casos mais graves de uso de drogas, adolescentes com HIV positivo e outras questões. A gente discute e aprende muita coisa. [...] Então, eu me acho capacitada. Mas não é por falta do município oferecer cursos, porque tem bastante. Mas eu realmente nunca fiz específico de DST/AIDS.” (Lorena, profissional de saúde US)

Na US, o trabalho de prevenção de DST/AIDS fica concentrado no Serviço Social, que desde o início do programa tem assumindo um papel central na sua execução,

conforme relato dos profissionais. Isto se confirmou com a explicação dada de que os profissionais do Serviço Social são os que possuem uma carga horária maior, o que os leva a permanecer mais tempo na US. Mesmo que haja, na visão das duas assistentes sociais do programa, uma “sobrecarga” de atividades deste e de outros programas, o que compromete a qualidade das ações junto aos adolescentes e exige melhor capacitação.

Na percepção das assistentes sociais, assim como para os demais profissionais que não foram capacitados, essa formação deve se dar no espaço das reuniões de equipe ou no próprio cotidiano de trabalho com os adolescentes. O que se observa é que não só as assistentes sociais se vêem responsáveis pela maior parte das atividades do programa (grupos de capacitação, anamnese, atendimento individual, agendamento das consultas, estatísticas do programa e outros), como os demais profissionais do Programa também focalizam no Serviço Social essa responsabilidade.

“Nós temos reuniões mensais. Mas os assistentes sociais acabam estando assim mais como se eles estivessem segurando isso para fazer acontecer, porque é multiprofissional. Todos os profissionais do programa vão falar num certo momento na capacitação.” (Regina, profissional de saúde US)

Por mais que haja uma dedicação e cuidado com o andamento do programa, ainda assim o trabalho fica fragmentado porque o multiprofissionalismo não acontece de fato. Esta forma de delegar para o Serviço Social a responsabilidade por grande parte das atividades do Programa, reforça uma relação profissional hierárquica e assimétrica.

É necessário registrar que o quantitativo de profissionais envolvidos diretamente com o programa chega a 7% dos profissionais da US enquanto que aqueles envolvidos indiretamente chega a 12%. São considerados envolvidos diretamente aqueles que fazem

parte do programa “Vista essa Camisinha” e realizam atividades previstas neste; e os envolvidos indiretamente aqueles que não fazem parte do programa, mas que desenvolvem atividades com os adolescentes tratando das questões de saúde sexual e reprodutiva, como no caso dos profissionais do Programa da Mulher.

“E a sexualidade sempre é um assunto. E se tem vida sexual ativa isso é sempre uma demanda e é sempre um assunto falado, sempre encaminhado ao ginecologista, quer dizer, aqui a gente tem a ginecologista, o menino eu mesma que oriento. Mas a menina sempre vai ao ginecologista quando ela tem vida sexual ativa, sempre mando para o ginecologista para ver a questão da contracepção, a gente sempre fala da camisinha, isso sempre, toda consulta. Porque isso já faz parte, não é nem uma demanda.” (Rosa, gestora US)

Para as atividades de grupo pela US se tem, em média, três profissionais coordenado as atividades em grupo. Esse quantitativo de profissionais se mostrou excessivo e, em alguns momentos, constrangedor, pois acaba dificultando a troca, o diálogo e gerando conflitos no interior do grupo pelas divergências de idéias. Os constrangimentos surgiram mediante as inúmeras intervenções, opiniões, sugestões e insistências para que os jovens falem, embora não se perceba uma valorização da vida cotidiana deles, conforme preconizado na pedagogia da transmissão.

De acordo com levantamento feito nos registros, foi possível notar que a principal estratégia educativa da US é o grupo de capacitação que é semi-aberto, em média, uma hora e trinta minutos, e que ocorre quinzenalmente, durante 16 (dezesseis) encontros, com interrupção no mês de julho (período de férias escolares). Trata-se de um grupo temático,

cujos temas são definidos previamente em reunião de equipe. A programação dos encontros é sempre entregue aos adolescentes que se inscrevem no programa.

Fazem parte desta programação distribuída aos adolescentes que se inscrevem no programa, os seguintes temas: apresentação, violência social familiar, valores (pessoais, familiares, sociais), auto-estima, gênero, tomada de decisão, nutrição, saúde bucal, cidadania e ética (direitos, deveres e limites), razões e emoções, sexualidade e saúde, DST/AIDS, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e drogas. No final da discussão de todos os temas, acontece um encontro de avaliação. Neste estudo observamos apenas os grupos que discutiram gênero, razões e emoções, sexualidade e saúde, DST/AIDS, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, drogas e o de avaliação.

Chamou atenção nos grupos de capacitação a inexistência de um objetivo claro para a realização das atividades educativas. Em alguns momentos, foi observada a tentativa, por parte dos profissionais que coordenavam o grupo, de definir um objetivo para aquela atividade, que não havia sido necessariamente compartilhado com os demais profissionais do programa. Essa iniciativa gerava discordância que só não foi evidenciada nos encontros cujos temas foram DST/AIDS, métodos contraceptivos e gravidez na adolescência, tendo em vista que, a médica que coordenava a atividade optou por palestra utilizando recursos materiais como álbum seriado, pênis de borracha, métodos contraceptivos, etc.

“Por exemplo, dar uma palestra sobre AIDS, falar sobre preservativo, AIDS, não sei o quê. Aí chega numa hora, que em vez de dar opinião como você deveria se proteger da AIDS, é como se tivesse tipo ordenando: você tem que fazer isso assim... Podia ser de uma forma mais suave para que todos recebessem de uma forma normal, não como se fosse uma obrigação.” (Túlio, jovem US, 16 anos)

A referência que este adolescente fez à palestra tem a ver com um modelo tradicionalmente adotado, de educação centrada no especialista e no conteúdo formal (Schall & Struchiner, 1995). O que aparece nesse discurso não é necessariamente a inconsistência da técnica em si para tratar da questão da prevenção de DST/AIDS, mas a abordagem comportamental, a forma como esta é empregada, que na concepção deste usuário não tem sido a mais apropriada de acordo com suas necessidades e, provavelmente, a de outros adolescentes.

De acordo com a observação de uma das profissionais, que participava do grupo, mas ao mesmo tempo dizia não participar, fica evidente a necessidade de maior flexibilidade da programação e de revisão da abordagem. Pois, a sua negação quanto à participação parece estar relacionada à discordância quanto à forma com a qual o grupo é realizado. Diz ela:

“A equipe faz aquela programação do grupo para o ano quase todo. Todo ano são os mesmos temas, tudo bem, não é demais, não acho que seja demais. Mas assim, deveria ser melhor a dinâmica para passar para eles. Apesar de que eu nem posso falar disso, porque eu não participo, na verdade, não posso falar de uma coisa que eu não participo, que eu não sei. Só uma que eu vi que deveria ter sido melhor.”

(Laura Profissional de Saúde US)

Um outro detalhe que também foi observado nos grupos é que o aspecto do lúdico é pouco explorado pelos profissionais. Apenas as residentes de enfermagem trouxeram para o grupo uma apresentação teatral sobre prevenção de DST/AIDS em que foram encerradas as atividades do grupo, o que agradou aos participantes. Ficou evidenciado que há pouco

espaço para a introdução desse tipo de linguagem num lugar ainda tão marcado pela hegemonia do discurso técnico-científico.

Uma característica comum a todos os grupos observados é a dinâmica de grupo. No início de cada grupo, a assistente social presente fica responsável por orientar a dinâmica selecionada. O objetivo compartilhado com os adolescentes é de que a dinâmica será feita para propiciar maior participação, facilitar a interação e deixar todos mais a vontade.

Entretanto, a exigência do uso de uma metodologia participativa não demonstra garantir a participação de fato, particularmente, porque não há uma clareza sobre o propósito de seu uso e, nem tampouco, uma coerência entre o tema discutido e a dinâmica apresentada. Afinal, a abordagem metodológica não ocupa lugar de importância na implementação das ações de prevenção de DST/AIDS para os profissionais que a enfocam, mas a respostas a serem dadas com base nos problemas existentes sem muito se ocupar da adequação da abordagem a ser utilizada.

“Eu acho assim, que aqui a gente trabalha a nível do dia a dia. O que aparece. Eu nem trabalho em cima desses enfoques, metodologia. Eu acho que uma coisa é quem está chegando agora e que faz esse tipo de atuação. Mas a minha é mais na medida do que vai aparecendo. Eu vou trabalhando em cima. Qual a metodologia que eu aplico? Eu não sei. É o dia a dia, a demanda que chega do usuário, da queixa. Eu aplico. Se é o certo se é errado, não sei. Sei que está dando muito certo. Ninguém tem queixa. Todo mundo faz.” (Lorena, profissional de saúde US)

Mesmo que seja explicitado, na fala dos profissionais do programa, o interesse pela participação e pela garantia do grupo como espaço de reflexão, notamos que no cotidiano do serviço neste espaço e em outros há um tom de formalidade: livro para assinar, porta

fechada para evitar o entra e sai, todos sentados, cadeiras em ordem. Além disso, é comum que os adolescentes sejam interrompidos no desenvolvimento de seu pensamento, talvez porque tragam para a discussão algo que é estranho, diferente ou mesmo “anormal”. Nesse sentido, é percebida pouca escuta para este conteúdo que aponta para uma cultura sexual e de cuidado baseado em valores distintos daqueles preconizados pelo serviço, se evidenciando assim a naturalização da pedagogia da transmissão.

Buscamos, então, expor uma situação observada num dos grupos que, ao nosso ver, trouxe elementos relativos à questão do estranhamento dos profissionais quanto à cultura sexual dos adolescentes, alvos da intervenção em questão. Este se refere a uma das narrativas de um dos adolescentes que menciona a tática dos meninos para provocar maior excitação das meninas. Diz ele:

“Sei lá, tem cara que quando quer transar tem um negocinho que é ‘Tesão de Vaca’. Dá um pozinho para a mulher para transar com ela num quarto e esse pozinho é encontrado na loja pra cachorro”. (Jovem, grupo de capacitação US)

A curiosidade do estimulante usado diz respeito ao uso veterinário do mesmo como estimulante de cachorro. Observamos assim um deslocamento semântico do produto utilizado com a letra de um funk que tem como refrão: “*Só as cachorras...*”. Além disso lembrávamos que este poderia ser um protótipo do Viagra, que é por sua vez comercialmente muito mais caro.

Mas o que nos chamou atenção no grupo foi a não abordagem do tema e nem tampouco a ligação desse com a temática da prevenção do HIV e outras DST, das drogas, visto que tratava-se de uma situação que parecia deixar as adolescentes mais vulneráveis

pelo uso da substância. Mas a discussão seguiu adiante e não foi feita nenhuma correlação sequer com o tema do gênero que era discutido no grupo.

“Porque a parte prática, educativa, essa a gente faz. Mas isso não é suficiente. Precisaria de algo mais. Não depende só da parte da saúde. O que a gente pode fazer é nos grupos, você falar, aquela coisa, auto-estima, mas isso tudo, se na prática você não tem uma boa perspectiva de futuro, em casa ele apanha, não está com um emprego, está com 18 anos na quarta série, isso tudo fica difícil.” (Rosa, gestora US)

A fala da gestora, que também é uma das profissionais que acompanha os grupos, revela um distanciamento entre a intenção e a ação propriamente dita. Pois o interesse é criar um espaço de reflexão no grupo para discutir com os adolescentes, questões ligadas a sua vida, a seu cotidiano. Mas ainda são feitas tentativas de aproximação com o universo desses adolescentes, com muita dificuldade.

Na observação dos grupos isso fica mais evidente ainda pelo fato de pouco se articular questões trazidas pelos jovens relativas às desigualdades de gênero, as múltiplas parcerias, a atividade sexual sem proteção e questões de prevenção e de proteção não só as DST/AIDS, que é aqui nosso foco, mas também a outras doenças, agravos e danos.

“...saber que na adolescência a gente tem que estar atento a questão da sexualidade, a questão dos riscos, esse é um tema que pode ser abordado no grupo terapêutico, sim. A gente tem uma atenção para isso. E o que é isso? É estar dizendo que eles podem pegar a camisinha, é estar dizendo que é importante estar usando.” (Regina, profissional de saúde US)

As questões relativas à saúde sexual e reprodutiva são pouco articuladas às de prevenção de DST/AIDS e promoção da saúde. No atendimento do Serviço Social, e em particular nas atividades educativas em grupo, há uma fragmentação na orientação em termos de especialidades que separa o que está imbricado no que é a vida sexual e reprodutiva de uma mulher.

“A gente fala da camisinha e encaminha para o programa da mulher. Para ela ser orientada lá, sobre os outros métodos que ela poderia utilizar. Caso ela escolha outro método, por exemplo o DIU, a médica é que vai orientar ela. Até porque tem que ser uma coisa controlada. Eu não posso orientar ela, só posso falar da camisinha.” (Laura, profissional de saúde US)

A criação de especialidades gera uma barreira sutil de acesso a informações próprias e de uma visão mais integral de saúde dos adolescentes. Pois essa visão fragmentada imposta pelo modelo pedagógico dificulta ao adolescente uma compreensão e absorção daquilo que lhe é importante e necessário para o auto-cuidado e para uma vida sexual mais plena e segura.

Pela forma de atuação dos profissionais do programa foi observado que há uma ênfase no componente técnico voltado para o atendimento clínico, na escuta aprimorada da doença. Esse caráter mais técnico adotado parece conflitante com a proposta de um programa, elaborado e coordenado pela gerência do nível central, que preconiza o investimento em outros componentes como o político e o estratégico.

Se por um lado identificamos uma intenção de inclusão de temas de interesse dos adolescentes, de criação de espaços acolhedores, de garantia da privacidade e de confidencialidade. Por outro lado, na ação propriamente sobressaem dificuldades de ordem

teórico-conceitual e interpessoal, ao lidar com temas complexos, com as singularidades e especificidades de um grupo tão heterogêneo e plural como os adolescentes do programa.

Portanto, o que predomina no contexto das ações educativas de prevenção de DST/AIDS do programa é o uso de uma abordagem comportamental, que geram fragilidades e ambigüidades na compreensão e assimilação de questões relacionadas à sexualidade, ao cuidado com o corpo, a valores e crenças, etc. Esses que são pontos cruciais para os adolescentes exercerem sua sexualidade de forma plena e segura e que passam a margem do foco central de discussão nos grupos. Tais fragilidades e ambigüidades foram percebidas particularmente na abordagem sobre DST, AIDS e gênero.

Pelo que foi relatado nas entrevistas, a maioria dos adolescentes sabia o que era DST - aprendido no programa ou não -, mas poucos sabiam explicar como era transmitida e mencionavam doenças como “hemorróidas”, “câncer de mama”, “câncer de pele”, como exemplos de DST. Eles admitiram ter dificuldades de participação e de exporem suas dúvidas por questões de timidez e vergonha. Alguns saíam com dúvidas e preferiam tirá-las com seus colegas, amigos, irmãos, ou mesmo pai ou avô, entre os adolescentes do sexo masculino.

Mesmo que a dúvida aparecesse com recorrência na fala desses adolescentes, não observamos entre os profissionais, no grupo, o interesse em explorar conhecimentos prévios sobre DST/AIDS e formas de transmissão. Da mesma forma que ao serem questionados sobre a existência de alguma dúvida relativa ao tema discutido no grupo, os adolescentes em geral recuavam e quando explicitavam não havia pouca valorização quanto à dúvida apresentada. Mas o fato de discutir um assunto tão “secreto”, tão “íntimo” parecia

trazer um grande contentamento para os adolescentes que praticamente não encontram espaço para formularem suas questões e suas sínteses.

Como forma de acompanhar as atividades do programa, os profissionais da US têm uma reunião mensal, que foi instituída como espaço para se tratar de assuntos administrativos do programa e para o estudo de casos, mas poucos profissionais participam com regularidade por falta de disponibilidade. A atividade de supervisão não é realizada.

Quanto ao material educativo específico de DST/AIDS, foram encontrados na US cartazes e folders afixados na sala de espera e no corredor do núcleo central da unidade próximo ao programa da mulher. Embora identificado em pouca quantidade, nunca foi observada distribuição de folders, cartilhas e folhetos para os adolescentes no grupo e nem no atendimento. O pênis de borracha, a pélvis de acrílico, o álbum seriado e o vídeo foram os materiais educativos mais utilizados, porém o uso deles se deu exclusivamente nos grupos de métodos contraceptivos, DST/AIDS e gravidez na adolescência.

“Eu acho que em geral os materiais são muito bons da Secretaria Municipal de Saúde. Acho que eles fazem as coisas muito bem feitas. Às vezes pode ter pouca quantidade, mas a qualidade, eu acho bem boa.” (Rosa, gestora US)

No que tange à adequação do preservativo, observamos na US que este fica armazenado num armário na sala do Serviço Social em condições adequadas de temperatura, mas com umidade. O controle da data de validade do lote de preservativo é feita pelas assistentes sociais, que ficam responsáveis também pela confecção e envio dos mapas de controle e estatísticas das atividades realizadas para o PROSAD do nível central.

Mesmo não tendo a necessidade de fazer, as assistentes sociais conhecem os trâmites para a comunicação de intercorrências quanto a problemas da qualidade do preservativo. Pelo que foi relatado, a notificação deve ser feita à gerência de nível central que, posteriormente, encaminha ao INMETRO. De qualquer forma, a recomendação é de que, na medida do possível, o lote daquela remessa seja separado. Uma das questões levantadas foi: Será que a não intercorrência, inclusive de preservativo estourado, não reflete o não acompanhamento sobre condições de uso?

Embora os adolescentes que participam do grupo recebam orientações sobre como usar o preservativo, como fazer para evitar problemas no momento do uso, esta era uma preocupação constante para os entrevistados. Mas a insegurança está relacionada às condições de uso e não propriamente a qualidade técnica do método, visto que, o uso deste como de qualquer outro método não é tão regular e sofre influências externas.

“Pode furar, tem risco de ficar grávida. Minha mãe nem quer. [...] Sei lá, eu fico grávida, aí chego para minha mãe e falo, mãe eu estou grávida. Eu me mato... Você já falou para seu pai?’ Vai falar para meu pai, meu pai vai e me expulsa de casa. ‘E quem é o pai? O que ele faz?’ Ah, o pai trabalha na Kombi, isso e aquilo, meu pai me mata.” (Eliane, jovem US – 13 anos)

No discurso desta e de outras adolescentes, o que aparece com mais frequência é a preocupação com o uso do preservativo associado mais à contracepção do que propriamente à prevenção do HIV e outras DST. Até porque, em alguns relatos as adolescentes cederam, sendo que algumas estavam resguardadas da gravidez pela pílula.

“Eu fazia agora não faço mais não. Transava sem camisinha, aconteceu acho que umas quatro vezes. Ele também insistia muito, mas agora não deixo de levar [...] A

primeira vez, foi com camisinha. Daí depois ele reclamava que não era a mesma coisa, não sei que. Para mim eu não sabia como era sem e com. Como eu só tinha transado com camisinha, aí não tinha diferença nenhuma porque eu não sabia do outro jeito. Mas ele ficava perturbando. Aí um dia eu decidi fazer a vontade dele. Aí foi uma vez, foi duas vezes, foi três vezes, acho que umas quatro vezes. Depois eu não quis não. Não gostei não. [...] Até agora ele perturba ainda, mas eu falo: bota a camisinha primeiro, porque se deixar por ele não coloca não.” (Maria, jovem US, 18 anos)

De qualquer forma, é visto no relato desta adolescente o quanto a negociação do uso com os parceiros também não é tão simples, dado que, na hierarquia de gênero sofrem com a pressão dos parceiros para não usarem, o que remete, sobretudo, a uma vulnerabilidade de gênero. Por outro lado, o uso ganha complexidade para as adolescentes na medida que se deparam com essa necessidade de negociação com seus parceiros.

Ainda comparece na cena de um cotidiano duro dessas adolescentes a realidade de opressão, violência e de pouco diálogo dentro de casa junto aos pais, avós e parceiros, conferindo assim maior vulnerabilidade individual e sócio-cultural (Ayres, 1999). Em geral, as adolescentes entrevistadas consideram que o programa ajuda numa maior aproximação com os pais, pois algumas conseguem conversar mais sobre sexualidade com eles; quando não, pedem ajuda a um profissional para que intervenham junto aos pais.

“Eu boto dentro de uma ursinha pequenininha dentro do guarda-roupa. Minha mãe sabe onde tem. Ela acha legal. Mas se ela soubesse que eu usei! Eu não usei. Mas se ela soubesse que eu usei, aí ela me mata. [...] Ela ia ter um treco. [...] Mas porque ela não sabe que eu tenho namorado” (Marilene, jovem US - 13 anos)

Quanto à estrutura física da US, foi possível observar que é razoavelmente apropriada e adequada para acomodar as atividades do Programa. Ainda que tenham ar-condicionado em todas as salas, não têm ventilação própria, são úmidas e com mosquitos. A sala de espera tem cadeiras e bebedouro, mas não um banheiro que pudesse ser usado por eles.

As salas para atendimento individual e de grupo oferecem uma boa acomodação. Inclusive, têm disponíveis diferentes tipos de recursos áudio-visuais para as atividades educativas. Porém, esse se mostra como um problema para os profissionais que consideram trabalhar em condições pouco adequadas e precárias para uma devida acomodação. Nos discursos dos profissionais aparece uma preocupação mais centrada numa acomodação adequada para eles, sem necessariamente incluir os usuários.

De um modo geral, as salas conferem total privacidade aos usuários, exceto a parte reservada a auxiliar de enfermagem que é toda aberta e em contato direto com a sala de espera, não garantindo nenhuma privacidade no momento de aferir pressão, pesar e verificar temperatura. Foi percebida também a falta de placas indicativas nas portas de atendimento e na parte central da US indicando o programa “Vista essa Camisinha”.

Na visão da gestora e dos profissionais do programa, os adolescentes são muito bem acolhidos, conquanto procura-se ter respeito e garantir a confidencialidade no atendimento. No entanto, foi observado em diferentes momentos algum nível de desqualificação do modo de pensar e de agir em relação à prevenção de DST/AIDS dos adolescentes que frequentam o programa. Isso se evidencia na fala de um dos profissionais quando diz que:

“Eu acho que tem dificuldade de se prevenir. Acho que devido mesmo ao meio que eles vivem, que eles sempre estão querendo aparecer, ser mais do que o outro,

então eles têm a dificuldade, até de entender quando a gente fala assim: ‘olha, você tem que usar camisinha...’[...] Eu acho que tem sim, senão não tinha tanta doença”.

(Laura Profissional de Saúde US)

Mesmo assim, na visão dos adolescentes, eles se sentem respeitados e bem acolhidos, mesmo que tenham preferência pelo atendimento no consultório fechado com a médica para falar de assuntos mais íntimos. Embora seja lembrado no grupo a necessidade de se manter o sigilo do que ali é discutido, mesmo assim, alguns adolescentes mencionam a quebra de sigilo de assuntos particulares, principalmente no espaço da escola.

No que tange ao estímulo à participação dos adolescentes do programa, pelo observado, há pouco ou quase nenhum investimento na autonomia e participação dos mesmos como sujeitos sociais e sexuais nas atividades de prevenção as DST/AIDS, em particular nos grupos de capacitação onde muitos são convidados a falar, mas há pouca escuta no que é trazido em suas falas.

Geralmente os adolescentes se colocam numa posição de passividade e conformidade, pois quase não se observa expressão de discordância ou mesmo de iniciativa. Mas numa das entrevistas, um dos adolescentes expressa a necessidade de se:

“Estimular um maior diálogo entre as pessoas sobre vários assuntos, para que elas pudessem não só ficar focadas em um simples assunto e sim abrir mais sua visão sobre o mundo. E que ela não ficasse muito presa a simplesmente a base do que ela aprendeu aqui e vai servir para a vida toda dela.” (Túlio, jovem US - 16 anos)

Finalmente, a perspectiva do trabalho em rede não ganha centralidade no programa da US. A busca de apoio para o programa é mais institucional e informal, com instituições

como as Forças Armadas e com as escolas. O mapeamento dos recursos locais levantada pelo pessoal do Serviço Social serve mais para orientar no encaminhamento dos jovens, quando necessário, sendo a rede mais efetiva à própria rede de saúde.

A experiência do programa de prevenção de DST/AIDS da US traduz uma concepção mais limitada de acesso vinculada mais às necessidades e expectativas do serviço que propriamente dos adolescentes. Do ponto de vista da avaliação, alguns pontos devem ser problematizados e refletidos à luz do que está sendo proposto para uma prática de prevenção mais apropriada e condizente a uma prevenção que garanta aos adolescentes uma vida sexual mais segura e plena.

5.2. O Caso 2 – A Implementação do Programa “Agente Jovem” da ONG

No caso da ONG, as ações de prevenção de DST/AIDS para jovens estavam implementadas e sendo realizadas em outras comunidades que recebem este apoio, além daquelas mencionadas no projeto. Importante assinalar também que as ações do programa “Agente Jovem” eram intimamente interligadas às ações do programa COMUNICSE e do Núcleo de Prevenção, que são dois outros programas da ONG voltados para a prevenção da AIDS em comunidades empobrecidas do Rio de Janeiro.

Na apresentação dos resultados vamos nos deter ao programa “Agente Jovem”, mas sempre que necessário, voltamos a um dos demais programas que dão suporte à execução das ações do programa em questão. Isto porque, do ponto de vista metodológico, cabe assinalar os procedimentos adotados na abordagem das ações de prevenção implementadas pela ONG junto aos jovens. Portanto adotamos a mesma forma de apresentação dos

resultados da US, seguindo diferentes dimensões do acesso conforme explicitado no modelo teórico de avaliação.

5.2.1. Disponibilidade

No âmbito de atuação da ONG, pelo que foi observado durante o período da pesquisa, o preservativo encontrava-se disponível de diferentes formas para os jovens. Tanto para aqueles cadastrados nos núcleos de prevenção de suas comunidades de referência, jovens da comunidade não cadastrados, como para as lideranças comunitárias que atuam no núcleo. São aproximadamente 400 jovens cadastrados nos diferentes núcleos para retirar preservativo e participar de ações educativas, mas uma parcela desses jovens, segundo relato do gestor e dos próprios jovens, preferem não se cadastrar para não haver identificação.

Para facilitar o acesso de preservativos para os jovens das comunidades foram elaboradas, junto àqueles participantes do programa, algumas estratégias, dentre elas: o pote de preservativos, o camelô educativo, distribuição no baile funk e na porta da escola após atividade educativa feita pelos próprios jovens, já que não é permitida a entrega no interior da escola. Com tais ações a distribuição do preservativo ganha maior capilaridade no contexto da comunidade.

De acordo com os registros da ONG o preservativo de 52mm é repassado mensalmente pela Gerência do Programa de DST/AIDS do Município. Esse repasse da ONG compreende um quantitativo aproximado de 30.960 unidades de preservativos, onde cada projeto tem uma cota para as atividades de prevenção de DST/AIDS, incluindo nesse caso o “Agente Jovem”, que recebe uma média de 14.400 preservativos.

Na visão da gestora da ONG o quantitativo não é suficiente, porque, na realidade, utilizam preservativos de outros programas para suprir a escassez do insumo no “Agente Jovem”. Na falta do insumo, os jovens são orientados pelos profissionais ou pelos agentes jovens a procurar uma US mais próxima ou outra organização comunitária para conseguir o preservativo, visto que, a falta deste está mais relacionada ao tipo de estratégia de prevenção adotada.

“A gente conversa, e diz que a gente não tem muito preservativo e que tem que trabalhar essa questão, de articular com outros locais. E isso eu acho que está sendo legal, porque o que as lideranças ficam meio dependentes da ONG como provedor dos preservativos, o que não era para ser. E aí não conseguem nunca o preservativo no posto de saúde. Mas os jovens têm conseguido, não tanto, mas têm conseguido. Quando não consegue uma caixa aqui, consegue em outro lugar, ou numa ONG que a gente trabalha na comunidade.” (Felício, profissional de educação ONG)

Diante da escassez de insumos são traçadas estratégias de forma coletiva no sentido da responsabilização coletiva com a causa. A falta do preservativo para a ação de prevenção deixa de ser um problema exclusivo da ONG, ou de quem gerencia o programa, e passa a ser também um problema da comunidade, das lideranças locais.

Caso haja falta de preservativos sempre são apresentadas aos jovens alternativas ou outras possibilidades de aquisição. Segundo o conhecimento dos profissionais, nunca nenhum jovem relatou ter ficado sem preservativo; o que pode até ter ocorrido na hora da transa, mas tinham em casa. Contudo, há uma reclamação por parte dos jovens de que

conseguem o preservativo, mas é constante a falta na US de outros métodos contraceptivos, como no caso da pílula.

Na visão da gestora a busca de alternativas para a aquisição de insumos para o programa só pode ser coletiva mesmo. Pois, a aquisição dos insumos não se deu na mesma proporção de crescimento das ações de prevenção de DST/AIDS no interior das comunidades. Parte-se, contudo, de uma compreensão de que os recursos também são limitados e não necessariamente dará conta das necessidades existentes.

“... a gente recebe um quantitativo muito pequeno para a demanda do jovem. As vezes, é uma caixa, duas caixas por pólo [...] Então, a minha idéia é estar reunindo esses jovens, estar conversando, tentando entender o que eles estão fazendo e a partir daí a gente tentar fazer um projetinho, uma proposta para que o quantitativo de preservativo seja disponibilizado para esse público, porque está vindo deles, e a coisa é muito esporádica. Vêm aqui, vão fazer uma atividade, aí levam a caixa porque não tem mais.” (Suzy, gestora ONG)

Pelo observado em algumas atividades educativas, de fato a distribuição de preservativos nos eventos pontuais e nas ações sistemáticas que envolvem grande contingente, torna o insumo mais restrito na ONG. Por um lado, porque o público atingido pela intervenção acaba ultrapassando ao estimado no programa, e, por outro, porque o preservativo em diferentes circunstâncias se torna uma moeda de troca negociada para outros ganhos materiais ou financeiros no espaço da comunidade.

Um agente jovem de um dos núcleos de prevenção relatou que recebe em média 1.152 preservativos (8 caixas) por mês, e quando há falta pega com outra associação da

mesma comunidade. A queixa de falta de preservativo por parte das lideranças e dos agentes jovens de prevenção apareceu com bastante frequência.

O tipo de estratégia adotada pela ONG e o fato da liderança virar uma referência de trabalho de prevenção de DST/AIDS na comunidade, o preservativo é liberado a qualquer momento, inclusive de madrugada, finais de semana e feriados. Quando o núcleo está fechado, dependendo da necessidade, segundo relato, os jovens da comunidade batem na casa do agente de prevenção para pegar o preservativo. Ou mesmo, o agente leva o preservativo até a casa de alguns que pedem, por vergonha de ir ao núcleo, ou porque deixam de procurar o núcleo.

“Você pega um lugar e faz camelô. Monta uma barraquinha com vários informativos e sai falando na rua, distribuindo, falando das doenças. Que na comunidade tem um núcleo de prevenção, que dá camisinha de graça, para várias pessoas, também tem as visitas domiciliares que as pessoas não vêm diretamente, a gente vai a elas, leva para ela camisinhas e também tem nossa atividade aqui, eu e meu companheiro debatendo vários assuntos.” (João, jovem ONG – 18 anos)

Há que se considerar que as estratégias de facilitação do acesso ao preservativo adotadas aumentavam a demanda pelo insumo, mas, ao mesmo tempo, era percebido o empenho em não se comprometer a cota dos cadastrados que pegavam preservativo sistematicamente no núcleo. Isso evidencia também a expressiva atitude solidária dos jovens suscitada para o controle da AIDS e para o desenvolvimento local.

No entanto, o trabalho de sensibilização junto aos jovens precisava a garantia dos insumos para estes. Considerando a não ocorrência de nenhum contratempo, de nenhuma

solicitação emergencial, com o quantitativo disponibilizado mensalmente dava para assegurar aos que retiravam mensalmente no núcleo.

“Uma das barreiras é a falta do preservativo, que é uma coisa constante. Mas fora isso, se o mundo fosse perfeito tinha sempre lá o preservativo. Eu acho que nesses lugares que os agentes encontram, que são pontos estratégicos para que eles busquem, eu não percebo muitas dificuldades, daqueles que de algum modo já foram sensibilizados para usar o preservativo.” (Rebeca, profissional de saúde ONG)

Esse se coloca como um ponto chave na implementação do programa por corresponder os dois vetores cruciais na sustentabilidade das ações. O primeiro diz respeito a escassez que impulsiona o programa para o não cumprimento de um de seus principais objetivos que é a redução da incidência de DST/AIDS entre os jovens; o segundo diz respeito ao fator mobilizador gerado pela escassez, pela atitude solidária subjacente à cultura destes jovens e pela própria metodologia do Problem Solving for Better Health (PSBH) adotada pela ONG, que impulsiona a participação dos jovens na solução de problemas.

Quanto ao preservativo de 49mm, este não estava disponível para os jovens das comunidades. Segundo relato, não existe oferta de tamanho diferenciado para atender uma demanda existente. No caso do preservativo feminino, as jovens que o escolhem como método contraceptivo ou de prevenção de DST/AIDS são encaminhadas para uma US próxima e passam pelo fluxo de atendimento da mesma.

No programa da ONG a cota estipulada é de 10 ou 12 preservativos por mês para os cadastrados nos núcleos de prevenção; cota esta que varia de comunidade para comunidade.

Mas existe o preservativo que fica no “pote” para os que não querem ser identificados, a solicitação para os bailes funk e os destinados para as ações do camelô educativo, das festas locais, das escolas e do futebol.

“Com as lideranças muitas vezes elas acabam afastando esses jovens, eu percebo também, em relação às meninas principalmente, muitas namoram rapazes mais velhos do que elas, e esses rapazes... Para que elas vão usar preservativo com eles, entendeu? Namorar aquele rapaz é um status dentro da comunidade. Então elas se agarram a eles com unhas e dentes. Então negociar o preservativo nesse momento é difícil, por mais que elas tenham acesso. É interessante, eu já vi uma vez um buscando, eles fazem de uma rapidez que... Porque fazem de formas para que ninguém perceba que eles estão ali para pegar o preservativo. As lideranças deixam num lugar que não precisa abrir caixa, tirar, nada, fica realmente muito exposto.” (Rebeca Profissional de Saúde ONG)

Na visão dessa profissional rever as estratégias de facilitação do acesso possibilitaria a verificação de que nem todas elas eram apropriadas para facilitar o acesso dos jovens da comunidade às práticas de prevenção. Nesse sentido, ela ressalta o quanto a educação por pares se mostra mais adequada para a ação com os jovens, pois há um diferencial em termos de concepções, hábitos e valores em relação às lideranças de maior idade.

De acordo com a observação da rotina do programa num dos núcleos de prevenção, os jovens pegavam preservativo de forma mais sistemática, tanto o distribuído pela ONG, quanto pela US da área onde moram. Ao mesmo tempo que consideram a cota de preservativo insuficiente, admitem que nunca ficaram sem, porque na falta pelo programa

recorriam a US, aos familiares ou a outros projetos. O que se tem é que o preservativo é introduzido no cotidiano como um hábito, como um item que faz parte do cenário da vida sexual desses jovens.

“Tem pessoas assim que não faz, mais eu faço com amor e procuro sempre me prevenir até porque o projeto me deu essa base. Antes do projeto eu usava quando eu queria [...] Eu sabia que existia, mas não sabia como que era, o que causava, quais eram os sintomas das DST, eu não sabia nada, entendeu. Eu sabia o básico, do básico e o que a televisão me deixava saber, porque muitas vezes a televisão, depois que eu fui aprendendo eu fui ver que a televisão não mostra diretamente o real da história.” (Eva, jovem ONG – 17 anos)

Dessa maneira, constatamos que não só o preservativo, mas toda a ação de prevenção DST passa a fazer parte dos processos de produção comunitários, na perspectiva do desenvolvimento local. Pois, o programa foca a melhoria da qualidade de vida dos jovens, que tem como um dos itens a prevenção de DST/AIDS.

5.2.2. Oportunidade

Ao verificarmos se as ações de prevenção de DST/AIDS ocorrem no momento, de acordo com as necessidades e expectativas dos jovens, identificamos que o programa da ONG pela expressão de entusiasmo, alegria, envolvimento dos jovens, corresponde inteiramente ao que dele se espera. Nas comunidades são utilizadas diferentes estratégias para informar ao jovem como devem proceder para acessar o preservativo e as atividades educativas.

De forma a controlar o número de jovens beneficiados pela intervenção, os agentes de prevenção (jovens ou não) os cadastram, se for de interesse do mesmo. Contudo, não há uma exigência rígida quanto à necessidade de cadastramento para a retirada do preservativo. Os agentes recomendam o cadastramento para conseguirem fazer um acompanhamento mais apropriado junto aos supervisores e coordenadores locais e da ONG.

Para retirar o preservativo os jovens não necessitam de nenhum tipo de documentação e nem tampouco da autorização dos responsáveis para participar das atividades. Mas os pais, segundo relato dos profissionais do programa, são frequentemente convidados a participarem de atividades do programa. De forma a facilitar o vínculo, os profissionais se colocam a disposição para qualquer um dos responsáveis dos beneficiados que queiram conversar, tirar dúvidas, ter aconselhamento.

Mas esses jovens, na visão do gestor, enfrentam barreiras diferenciadas de acesso. As barreiras que se impõem, como questões relativas ao contexto externo à intervenção avaliada, também são geográficas, econômicas e simbólicas na medida que a divisão de território decorrente da briga pelo controle do tráfico de drogas os impedem de circular de forma mais livre no espaço da comunidade. É a cor da roupa, a marca da roupa, a cor do cabelo, ou seja, códigos que os distinguem em comunidades partidas e controladas (guetos).

Tanto o gestor quanto os profissionais reforçam a violência local como uma barreira concreta que dificulta o deslocamento. No caso da comunidade, por vezes inviabiliza a realização de algumas atividades; embora a comunicação seja bastante efetiva quanto ao impedimento dessa realização. Mas o fenômeno da violência é incluído e tratado de forma transversal à temática da prevenção das DST/AIDS.

“A gente tem uma experiência com um menino do Lins que já tinha trabalhado no tráfico, mas ele entrou e participou. Ai, depois de três meses de projeto ele chegou e falou para a coordenação de campo. Depois eu pedi para conversar com ele. Ele falou que o projeto era muito legal, que ele tinha aprendido muita coisa, mas o que ele queria mesmo era continuar no tráfico. Eu falei: a questão é sua, eu não posso falar nem sim nem não. E voltou para o tráfico e acabou morrendo duas semanas depois e foi um choque para a coordenação de campo. E aí eu falei, o que a gente faz é oportunizar. Agora quem vai avaliar se vai ficar ou não é ele. Não somos nós. E aí pra ele o tráfico era mais atraente que o projeto.” (Felício, profissional de educação ONG)

Esse relato traz um dilema ético enfrentado pelos profissionais da ONG quando a questão da proteção da vida desses jovens, nessas comunidades dominadas pelo tráfico de drogas, está em jogo. O drama vivido pelos jovens nesse cotidiano tão violento e ameaçador também deve ser de interesse da ONG, que partilha dessa realidade na sua produção e reprodução. E, nesse sentido, a responsabilidade não é só desse jovem mas também da ONG, que preza pelos direitos humanos, pela promoção de saúde e de vida com qualidade, pois é importante que esses jovens não continuem a morrer diariamente.

No caso da ONG, vimos que as ações de prevenção atendem às necessidades e expectativas dos jovens, na medida que estes participam ativamente do planejamento e das atividades, o que os colocam no centro do processo de decisão na busca de adequação e aprimoramento. A questão está na diversidade das demandas dos jovens dos diferentes núcleos de prevenção comunitários, pois, muitos são aqueles que expressam o interesse em se beneficiar do programa pela forma como se sentem envolvidos.

No período de realização da pesquisa constatamos que esta é uma intervenção social tida como uma grande oportunidade de capacitação, qualificação profissional, inserção social pelos tipos de atividades promovidas pela ONG, assim como apresentado no estudo de Monteiro & Ceccheto (2006). Portanto, a temática de AIDS, no caso do programa, passa a ser aglutinadora e profícua para o fortalecimento dos movimentos comunitários existentes, dos quais os jovens também são parte.

“A gente tem a coisa de dar a oportunidade, não é dar oportunidade, mas você propicia que a pessoa escolha, você não pode estar aliciando de nenhum dos dois lados. A gente está ali oportunizando o espaço para as pessoas, o espaço deles, mas quando ele diz não, aí é questão pessoal, da família, a gente tem limites na atuação” (Suzy, gestora ONG)

A fala da gestora explicita claramente o quanto à participação no programa cria para o jovem possibilidades de inserção, na medida que as oportunidades são criadas no próprio processo de implementação das atividades. Contudo, não nega questões sócio-culturais, econômicas, que, por vezes, impõem necessidades que falam mais alto na vida do jovem, muitas vezes por se apresentarem como formas mais imediatas de resolução dos problemas mais emergenciais do cotidiano.

5.2.3. Acessibilidade

No que tange à acessibilidade, os profissionais da ONG ou os agentes jovens de prevenção procuram os espaços comunitários mais apropriados para a realização dos encontros, contudo, por vezes, encontram dificuldades por conta da violência, ou por

conflitos institucionais. O que é sempre frizado pelos profissionais é a necessidade de se negociar o espaço de realização das atividades junto aos atores locais.

“Nos espaços comunitários, por exemplo, nas associações de moradores. E a gente teve uma experiência muito legal há dois anos em Palmares, que foi na igreja católica. O movimento se deu porque era um espaço religioso e as oficinas de sexualidade era uma briga com o padre. Os jovens reclamavam e eu falava a gente não vai sair daí, a gente tem que aprender que cada um tem o seu ponto de vista. E eles falavam: Então se a gente for fazer a oficina de DST/AIDS a gente vai fazer em outro lugar, não faz aqui. Mas o jovem também com aquele lado desafiador sempre fazia. Pegava a tirania dentro da igreja. Ai nesse final de ano os jovens fizeram o movimento. [...] Eles falaram assim: ‘a gente não quer ficar mais na igreja. A gente vai se mudar, porque tem uma casa de um jovem que a mãe dele falou que a casa está aberta para a gente’.” (Felício, profissional de educação ONG)

Mas, tendo em vista a decisão dos jovens, a coordenadora local do programa, uma das supervisoras de campo e alguns jovens providenciaram um novo local para a atividade. O local conseguido foi uma sala do posto de saúde mais próximo, que tinha uma pequena sala de reunião. O espaço era mínimo para acomodar a todos. Mas, por falta de opção, foi necessário usar aquele espaço para a atividade não ser comprometida, dado que os jovens estavam presentes.

O difícil naqueles três encontros no posto de saúde foi conseguir o silêncio solicitado pela direção, sendo o silêncio a condição para o empréstimo. Não havia espaço para a dinâmica, tentou-se fazê-las na parte externa, o que não foi permitido.

O que se pode observar é que no caso dos jovens da ONG a distância não se coloca como um problema, visto que as atividades estão bem próximas. Por outro lado, o deslocamento até a sede da ONG para as reuniões mensais ou eventos de divulgação do trabalho se tornava um transtorno para alguns jovens. Muitas vezes observamos que os profissionais, quando necessário, liberavam vale transporte e ticket alimentação para facilitar esse deslocamento.

“É...Não tive tanta dificuldade porque era perto da minha casa, então, não precisaria pegar ônibus para ir até o projeto. Então, não tive dificuldade para eu participar do projeto.” (Daniel, jovem ONG – 19 anos)

Mas a principal barreira que aparece de forma mais recorrente no relato dos jovens corresponde à violência das comunidades pela briga constante de facções rivais, entre traficantes e policiais, ou da própria polícia que os ameaça. O tiroteio, a ordem do silêncio, o impedimento de atravessar fronteiras rivais, por vezes, inviabiliza o atendimento individual, as atividades de grupo ou mesmo a retirada do preservativo pelo medo da retaliação frente à desobediência da lei local.

Embora a atuação comunitária da ONG seja um indicador de maior facilidade do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS para os jovens, ainda assim, as situações de violência impõem uma barreira visível. Pois, a presença da guerra armada entre facções rivais nas comunidades e a impossibilidade de circulação em territórios vizinhos, limitam a atuação dos agentes que devem respeitar às exigências do poder local.

“No Complexo do Alemão, em uma comunidade que a gente está agora, o tráfico inibe às vezes a presença, o direito de ir e vir. A gente nunca teve que parar

nenhuma atividade não, mas, por vezes, a gente tem que está mais atento, tem um clima mais pesado.” (Felício, profissional de educação ONG)

Nesse caso a violência não se apresenta como uma barreira só para os jovens beneficiários do programa, mas também para os profissionais que driblam situações que representam ameaças pessoais e ameaça ao próprio trabalho, ao próprio programa. Um dos desafios, por sinal, está em se desenvolver estratégias para driblar tais situações de forma a garantir o acesso aos jovens de bens e recursos básicos para o exercício de uma vida sexual mais segura.

5.2.4. Aceitabilidade

Pelo levantamento realizado os jovens retornam às atividades promovidas pelos profissionais da ONG e pelos jovens multiplicadores pela própria facilidade de deslocamento, ou mesmo pelas ações de prevenção estarem mais próximas de seus espaços de interação, como no caso da estratégia do “camelô educativo” e do baile funk.

O camelô é montado num espaço de grande circulação de pessoas na comunidade e são colocados na bancada ou mesa material educativo do tipo: cartazes, folders, cartilhas, pênis de borracha, pélvis de acrílico, preservativos feminino e masculino para demonstração. Nesse espaço os jovens tiram dúvidas, orientam, representam, enfim há um diálogo com os que param e a oferta de um insumo de prevenção de DST/AIDS.

“É o camelô educativo que tem uma aceitação maravilhosa, tanto para ele como para a comunidade.” (Suzy gestora ONG)

No caso da ONG o retorno está devidamente condicionado à forma de envolvimento do jovem (liderança e/ou beneficiário) no programa e, quando a atividade requer

deslocamento que não possam bancar, a ONG oferece vale transporte ou ticket refeição, pois, eles não recebem mais a bolsa (auxílio financeiro).

Um outro aspecto de aparente contentamento dos jovens do programa dizia respeito ao lanche ofertado após os grupos de capacitação. O lanche funcionava como um pretexto de aglutinação dos jovens, pois, após o grupo comiam juntos, conversavam e faziam planos.

O que foi possível observar é que a satisfação dos jovens da ONG passa pela oportunidade de ampliar seus conhecimentos, pegar camisinha, fazer a capacitação, mas acima de tudo de poder ser um agente jovem. A diferença está no fato de que o agente jovem tinha uma bolsa, o que por sinal, no decorrer de nosso trabalho tinha acabado, embora as ações não tivessem parado. Mas, todos aqueles que não tinham encontrado nenhuma oportunidade de emprego optaram por continuar como voluntários no núcleo, sendo esta mais uma demonstração de solidariedade destes jovens.

“O próprio preconceito é muito forte, do morador receber informação de um morador. E principalmente jovem. Mas quando ele já está no segundo ano do projeto, esse já foi ultrapassado.” (Suzy gestora ONG)

Na visão da gestora no início do programa numa determinada comunidade há uma certa discriminação, inclusive por parte dos outros jovens, quanto à atuação dos agentes jovens multiplicadores. A desconfiança, o estranhamento está associado à realização de uma ação que tem maior legitimidade quando exercida por um profissional de saúde. A aceitação desse trabalho passa, para parte dos profissionais do programa, por uma aceitação dos jovens para depois haver uma aceitação da comunidade.

5.2.5. Adequação

Do ponto de vista da qualidade da ação educativa do programa de prevenção da ONG, pelo levantamento feito, vimos que todos os profissionais tinham nível superior e experiência com o trabalho comunitário, antes mesmo de ingressar na ONG. Parte da equipe da ONG, sem levar em consideração a equipe local das comunidades, tinha pós-graduação na área de trabalho e aqueles que ainda não tinham uma capacitação mais específica de prevenção em DST/AIDS, foram capacitados pelo grupo do programa COMUNICSE.

A equipe do programa é reduzida, mas conta com os profissionais de outros programas da ONG, bem como com os profissionais que fazem a supervisão e coordenação local (nas comunidades). No acompanhamento das atividades do programa, verificamos que existe uma hierarquia de funções estabelecida e cumprida no desenrolar das ações do programa, ainda que, todos estejam envolvidos na execução das atividades deste.

Na ONG há uma reunião mensal ampliada junto à equipe do programa, na sua sede e nos locais onde o mesmo está implementado. Esta funciona como supervisão da equipe local, que supervisiona as atividades que são realizadas pelas lideranças locais (não jovens) e pelos agentes jovens. A realização dessas reuniões, na visão do gestor e dos profissionais ganha caráter de capacitação e espaço de troca de experiências.

“E aí tem uma troca muito boa, porque a gente sente que não é uma reunião, é um processo de capacitação também. E geralmente a gente leva um texto, leva algo, para não só falar de problemas e como está o meu projeto porque isso a gente vê nos relatórios. Mas a gente tenta discutir algo que seja comum, aconteceu isso, e aí é aprendizado para todo mundo. Às vezes uma dica que um está fazendo na

comunidade, o outro fala, 'ah, eu nunca fiz isso, vou tentar para ver se é legal'."

(Suzy, gestora ONG)

As atividades são planejadas com antecedência, sejam aquelas realizadas pelos profissionais ou pelos jovens. Em geral, os jovens recebem apoio para planejar e realizar suas atividades na comunidade. Pelo observado procuram introduzir temas transversais nos grupos, conforme observado num dos planejamentos feitos onde contemplaram a questão da discriminação racial, do gênero, da violência e das drogas.

Em cada atividade educativa que estivemos presentes foi repassado no início do grupo o assunto, o objetivo daquela atividade e a dinâmica que adotariam. Como uma forma de aquecimento, no caso dos grupos realizados pelos profissionais da ONG, os trabalhos se iniciavam pela recuperação dos conhecimentos prévios sobre a temática escolhida.

Os instrumentos utilizados para o acompanhamento das atividades do programa são os registros dos arquivos e relatórios das atividades realizadas no programa. Esses instrumentos produzidos pelos jovens ou lideranças locais, pelos supervisores e pelos coordenadores locais subsidiam a coordenação executiva e coordenação geral do programa a fazer ajustes quando algo não vai bem. Sendo que, pelo relatado, os jovens têm um papel importante como sujeitos atuantes e críticos, por sinalizar problemas existentes e que precisam ser resolvidos.

"Mas agora a gente tinha que estar levantando esses dados estatísticos, de estratégicas que os jovens criam para estar trabalhando essa questão de DST/AIDS nas comunidades.[...] A gente começou a fazer dentro desse processo amplo, algo mais específico. Relatórios específicos sobre a questão de DST/AIDS, o que eles

produziam, as abordagens, um trabalho específico dentro desse tema sobre DST/AIDS.” (Felício, profissional de educação ONG)

Ou seja, o levantamento só era possível pelo tipo de cuidado com que as lideranças, incluindo os agentes jovens, os supervisores de campo e os coordenadores locais tinham com os registros das atividades. O exercício da sistematização contribuía visivelmente para os ajustes necessários ao programa, sobretudo no que se referia a agilidade de contatos para se suprir alguma deficiência de recursos.

Um aspecto que chama muito a atenção na ONG é como a intervenção em questão foi descrita pelos integrantes da equipe, inclusive pelos jovens do programa de forma bastante homogênea, que relataram ter construído junto o plano e acompanharam juntos sua implementação. Essa intervenção na ONG tem como foco o componente técnico e político de promoção da saúde e do protagonismo juvenil.

As atividades educativas feitas em grupo são as de capacitação para a metodologia do PSBH, de construção compartilhada para o trabalho de desenvolvimento local e temáticos para os agentes jovens de prevenção e para os demais jovens da comunidade. Pelo levantamento feito, todos os profissionais do programa e os agentes jovens são capacitados nessa metodologia.

“O nosso papel enquanto técnico é muito mais de escutar do que falar. Falar sim, mas tem os momentos certos. E isso faz muito bem para os jovens, porque eu acho que os jovens entendem aquilo como um espaço deles e não um espaço da ONG. O projeto da ONG acaba, eles ficam e aquele espaço pode continuar as discussões e tem resultados bem positivos, jovens que são referências e depois do projeto, continuam fazendo um trabalho. E aí sempre o trabalho é sobre DST/AIDS, na

maioria das vezes, ou a questão da cultura e do lazer.” (Felício, profissional de educação ONG)

A forma de envolvimento dos jovens é de fato de constituição de uma rede de trocas, não apenas de conhecimentos e esclarecimentos sobre crenças e valores, mas de fortalecimento do indivíduo e do grupo. Essa é, para alguns dos profissionais que assinalam muito a necessidade de se buscar os recursos locais, a possibilidade de uma construção compartilhada de prevenção de DST/AIDS junto aos jovens e a sua comunidade.

Os grupos temáticos têm seus temas pré-estabelecidos, dentre eles: corpo, sexualidade, DST/AIDS, ética e cidadania, trabalho, cultura, empreendedorismo, drogas. Mas há grande flexibilidade dos profissionais na condução das atividades, deixando que os jovens interfiram para a compreensão dos tópicos discutidos e incorporando sugestões de outros temas no desenvolvimento da atividade. Nos grupos há também uma boa interação dos jovens com os técnicos e entre si, o que pareceu propiciar um maior estímulo à participação, expondo suas dúvidas e solicitando novos temas no decorrer da atividade.

“Trabalho o corpo, informações sobre o corpo, trabalho a sexualidade; aí é uma coisa minha porque a que eu mais gosto de fazer é geralmente a que eu vejo as pessoas se mobilizarem mais, falarem mais, acho que é a que propicia mais discussão. E as outras partes são mais informativas. A gente fala também das DST e sobre a epidemia de AIDS. E nas oficinas eu geralmente informo o que é a AIDS, o que acontece, o que deixa de acontecer, como está, como não está, mas também contando um pouco da história dessa epidemia para que não fique uma coisa tão informativa, mas para que elas possam pensar sobre a epidemia, sobre a dificuldade de usar o preservativo, que acontece em quase todas as relações. E

também a gente faz um trabalho de sensibilização para esse uso do preservativo. Aí vai desde distribuir o preservativo para cada um, pedir para abrir, e aí colocar na mão para ver como é, como deixa de ser, geralmente jogam ar para fazer bolinha, colocam água e molham a sala toda, mas eu considero isso muito importante.
(Rebeca, profissional de saúde ONG)

Os jovens demonstraram muito interesse pela temática sobre saúde sexual e reprodutiva. Mas o uso de uma abordagem política e social, conforme assinalado por Schall e Struchinner (1995), que visa possibilitar a participação popular de forma mais efetiva propiciando assim a emergência de sujeitos no processo de decisão do que é melhor para si e para seu grupo social.

Os jovens são considerados parte do programa, pois participam, expressam o que querem e o que não querem e negociam. No caso dos agentes de prevenção esses se tornam referência por sua intervenção local, que se referem às ações de informação, educação e comunicação de caráter mais político e cultural priorizando sempre a realidade local.

Ainda assim se evidenciam pontos frágeis no entendimento e compreensão sobre a temática da sexualidade e um maior interesse pela questão da gravidez na adolescência. Todos os jovens entrevistados, sem exceção, relataram que antes do programa não tinham acesso a informações dessa natureza como passam a ter depois que se inserem no mesmo.

“É porque eu acho que vou falar uma coisa que eu vivo no meu dia a dia. Depois do projeto que eu fui descobrir que sexualidade não é só ato sexual, que é mesmo o nascimento da criança, toque, carinho, isso também é uma sexualidade, entendeu? Eu acho que cada vez que eu falava, eu aprendia mais um pouco, era uma pessoa que falava, era um depoimento, era um bate papo, era um debate, aí eu ia me

acrescentando mais ainda, fui me fortalecendo mais ainda.” (Eva, jovem ONG – 17 anos)

Na ONG, tanto na atuação do profissional quanto na atuação do agente de prevenção, há uma aproximação maior com a cultura local dos jovens, respeitando assim seus hábitos, códigos e valores. Visto que, conforme relata uma das profissionais da ONG:

“... prevenir de AIDS dentro do lugar onde elas moram, naquelas condições de pobreza é muito complicado, são muitas coisas que atravessam esse trabalho de prevenção propriamente dito. Então elas trabalham com público. Acho que o trabalho é muito mais de promoção da saúde mesmo e a prevenção de DST/AIDS é mais uma das frentes de ação desse trabalho de promoção da saúde. Ao mesmo tempo que falam da camisinha, falam da epidemia de AIDS, cobram saneamento básico, encaminham para os serviços sociais, distribuem cheque-cidadão, fazem diversas atividades.” (Rebeca, profissional de saúde ONG)

As atividades desenvolvidas pelos agentes de prevenção da ONG (jovens, lideranças ou profissionais), conforme explicitado por um dos profissionais da ONG, têm como princípio o respeito à linguagem local e se destinam a aproximar o conhecimento científico acumulado sobre AIDS aos moradores nas comunidades, assim como, propiciar a reflexão e a discussão de temáticas como sexualidade, gênero, violência, etnia, pobreza e sua correlação com a epidemia do HIV/AIDS.

“Então a gente discute muito conceito de saúde, promoção de saúde, sexualidade, conhecimento do corpo e com formas de dinâmica o tempo todo. Não só a gente falando mais a gente procura estar sempre estimulando a fala dos adolescentes e isso acaba tendo uns desdobramentos.” (Amanda, profissional de saúde ONG)

Certamente que pelo observado, os jovens são estimulados a multiplicar o que aprendem, o que parece tornar o processo de ensino e aprendizagem muito mais dinâmico e comprometido com um projeto maior de desenvolvimento local.

Os próprios jovens valorizam o uso de outras linguagens sócio-educativas, com a valorização do lúdico, nas ações de prevenção de DST/AIDS. A principal estratégia na formulação das atividades de prevenção se dá pela aproximação da linguagem técnica com a linguagem da cultura local. Isso passa por um aprendizado e por uma construção coletiva ainda pouco legitimada.

“Eu vou falar sobre DST/AIDS. Mas eu não preciso sentar numa cadeira e ficar três horas falando para as pessoas? Eu posso falar de DST/AIDS de várias formas e a forma que o jovem gosta. Vamos trabalhar teatro, vamos trabalhar música - hip hop o jovem gosta disso e nesse meio eu posso estar embutido, para estar embutido a essas temáticas, no caso.” (Marcelo, jovem ONG – 16 anos)

No que tange à qualidade técnica do preservativo, o controle da embalagem e data de validade do lote de preservativo do projeto é feito pela liderança local (jovem ou não). Esses ficam responsáveis também pelo mapa de controle e estatísticas de atividades encaminhado mensalmente para a ONG.

As condições de armazenagem dos preservativos no núcleo de prevenção visitado eram razoavelmente adequadas, pois ficava num armário no salão da associação de moradores da comunidade. Como a associação não tinha uma ventilação muito boa, o excesso de calor no local poderia comprometer a qualidade do insumo. Um aspecto a ser considerado é que no núcleo, segundo relato dos agentes de prevenção, há uma grande procura pelo preservativo e quase não se estoca o insumo.

Na parte de demonstrações de uso sempre foi mencionada a necessidade de certificação da data de validade e do selo do INMETRO no preservativo. A maioria dos jovens acha o preservativo um método seguro, mas não confiam plenamente. No caso de algumas jovens com vida sexual ativa a opção é pelo uso do preservativo associado à pílula, por conferir maior segurança.

“Eu acho melhor assim, o ginecologista passar primeiro pra mim poder tomar, mais eu não vou deixar de usar a camisinha. Eu sei que a camisinha evita doenças mais eu não sei como ele é, quer dizer, saber eu sei, mais eu não sei pra fora se ele fica com alguém, por isso eu escolhi a camisinha e o remédio.” (Telma, jovem ONG – 19 anos)

A ONG e os núcleos de prevenção não tinham falta de material educativo do tipo folder, folhetos e cartilhas, e, além de tê-los para distribuir, estes também estavam afixados nos murais, numa maquete de fantoche, num dado da sorte. Na visita a ONG conhecemos o banco de recursos criado para atender às necessidades das diferentes comunidades e esta disponibiliza, principalmente, tipos de materiais de mais alto custo, como no caso do pênis de borracha e da pélvis de acrílico, demandado pelos agentes de prevenção dos núcleos, que inclui os agentes jovens.

O quantitativo de material educativo para os jovens eram os adequados, principalmente, aqueles que eram produzidos por eles, pois havia um estímulo nesse sentido. O maior problema identificado estava na dificuldade de se conseguir financiamento para a reprodução desse material produzido, visto que, a maioria do material disponibilizado era de instituições governamentais.

“Material educativo, eu priorizo que esse material seja construído por eles. Até porque a gente não tem esse material a todo o momento, nem preservativo. A gente sempre dá um jeito em relação aos preservativos.” (Felício, profissional de educação ONG)

Quanto à estrutura física, verificamos que o espaço comunitário mais utilizado para a realização das atividades do programa eram as associações de moradores, as associações de mulheres e as casas das próprias lideranças, além do espaço aberto da comunidade como: a rua, a porta do bar, o baile, o campo de futebol.

O núcleo de prevenção visitado ocupa uma parte da associação de moradores com instalações bastante precárias, onde num único cômodo se divide a parte da associação, uma mini biblioteca, o núcleo de prevenção, uma cozinha e mais ao fundo um banheiro. Naquele espaço não havia a garantia de nenhuma privacidade, pois, era um espaço público com uma certa rotatividade de pessoas.

No caso da experiência da ONG não cabe levar em consideração as atividades de sala de espera e a atividade de extra-muros, pelo fato da atividade já ser de base comunitária. No núcleo visitado os recursos áudio-visuais disponíveis eram: televisão, vídeo cassete e retro-projetor, equipamento de som da rádio comunitária. Esse material era disponibilizado pela associação de moradores para o trabalho de prevenção de DST/AIDS do núcleo.

Todos os profissionais são unânimes em reconhecer que os jovens são respeitados e muito bem acolhidos pelo programa. Contudo a proximidade, a convivência dos agentes no mesmo contexto de vida dos jovens que participam das atividades comunitárias, pela

observação feita, parece torná-los acolhidos naquilo que são suas demandas, pois a relação é estabelecida entre pares.

“O ambiente é bastante acolhedor para as inúmeras demandas dos jovens, principalmente afetivas, que muitas vezes não têm espaço para estar conversando, dialogando e tendo contato mesmo de carinho, de atenção dentro da própria família, ou dentro da comunidade. Ou quando tem é de uma forma diferenciada porque quando eles chegam lá eles demandam isso.” (Ivone, profissional de saúde ONG)

No caso dos jovens da ONG as alternativas de negociação podem não ser as mais profícuas, porque as desigualdades de gênero são mais bem definidas pela força masculina, pelo poder da arma, pela representação da lei. Mas, no relato dos jovens entrevistados, são apresentadas possibilidades de negociações mais diversificadas e pautadas no exercício do diálogo e da busca de um consenso.

“Porque quando o homem não quer usar, hoje em dia tem feminina é mais caro, mais ela pode também impor o parceiro dela pra usar. E se ele não quiser naquele dia, ela faz greve. Que o rapaz sempre fica louco quando a garota faz greve. Então pra menina fica, o homem tem que pensar também em doenças, pensar também na gravidez que para o jovem é uma preocupação, dor de cabeça hoje em dia, que é gravidez.” (Daniel, jovem ONG – 19 anos)

No entanto, essa negociação não é tão simples assim, sobretudo, para as jovens que nem sempre conseguem enfrentar a força e o poder masculino. Particularmente em contextos de precárias condições sociais e econômicas, conforme assinalado por Monteiro (1999) em seu estudo.

Ainda assim algumas meninas da comunidade, por uma questão de status social, desejam namorar e engravidar desses traficantes ou ficam vulneráveis à preferência dos parceiros. Ou seja, o desejo de gravidez ou o não interesse de uso de preservativo por parte do jovem indicam relações sexuais sem proteção mesmo que o preservativo esteja disponível.

“Porque o que a gente percebe, principalmente nas oficinas, é que falar de AIDS para esses jovens, não é algo que toca eles. O que toca eles é falar de gravidez na adolescência, essa é a preocupação deles, não é a AIDS. AIDS está em segundo, quinto plano. Ainda é uma coisa muito distante da realidade deles. E isso dificulta o acesso deles ao preservativo, é algo que não tem nada a ver comigo, não vão lá. Mas aqueles que já foram sensibilizados e está lá o preservativo para eles, eles geralmente buscam.” (Rebeca, profissional de saúde ONG)

A gravidez na adolescência pareceu ser um tema tão relevante para os jovens, e também para os profissionais da ONG, tendo em vista a proximidade desse fenômeno no cotidiano desses jovens. Por sinal, a AIDS não aparece como um dos problemas que mais preocupa os jovens por não estar tão próximo desses jovens quanto a gravidez.

Ou seja, o que se observa é a presença de fatores que se convergem no aumento das vulnerabilidades dos jovens dessas comunidades empobrecidas, apontando assim para a importância da disponibilidade do preservativo em tempo real. Pois, conforme explicitado no relato dessa profissional, nem sempre a prevenção de AIDS e outras DST se colocam como ponto relevante para muitos desses jovens. Sendo assim, é de suma importância não perder a oportunidade de garantir as condições necessárias de acesso para aqueles já sensibilizados.

Por mais que ainda enfrentem situações conturbadas, os jovens da ONG trazem em seus discursos a vivência de uma vida sexual mais tranqüila em relação a de seus pais, considerando o acesso à informação e a liberdade de expressão. Mas enfrentam o antagonismo entre o estímulo precoce a erotização do corpo e a rigidez de normas sexuais por parte de seus pais.

“Minha mãe não liga, minha mãe prefere que faça em casa, do lado dela, lá do outro lado do cômodo do que fazer na rua e sem usar preservativo. Até quando ela vai no posto, ela pega para mim. Minha mãe é um barato.” (Eva, jovem ONG - 17 anos)

Na visão de alguns jovens os pais só estão mais liberais devido a própria situação de violência nas comunidades. Pois, muito deles preferem que eles transem em casa com seus namorados do que fiquem até tarde na rua, no baile funk, ou nas festas de rua. Por um lado, concordam com os pais porque entendem a preocupação deles com a segurança dos filhos, mas, por outro, acham que exageram quando restringem demais as possibilidades de diversão dos filhos.

De qualquer forma a percepção dos profissionais do programa, e até mesmo dos jovens, é que a participação no programa ajuda no aprendizado e no fortalecimento de como enfrentar as situações difíceis frente à prevenção de DST/AIDS. Inclusive, para aqueles que provavelmente estariam à margem de outros programas fora da comunidade, no caso dos meninos do tráfico, que freqüentam os núcleos e solicitam preservativos para eventos na comunidade.

“Tem um grupo de jovens que são quatro meninas, que no início era uma coisa, tudo era um nojo, muita vergonha, não conseguia falar com os meninos, agora, eu

cheguei lá, e elas quiseram me mostrar que já sabem colocar a camisinha com a boca. Elas ficaram treinando com a própria que tinha lá no núcleo, e aí elas já sabem, elas vão poder fazer isso quando elas resolverem transar.” (Rebeca, profissional de saúde ONG)

Do ponto de vista da constituição de uma rede de apoio social, para a gestora da ONG existem dois níveis de busca de apoio para o programa: um no nível do trabalho comunitário e outro institucional. Na sua visão o trabalho comunitário já é constituído em rede, na medida em que, priorizam-se os recursos locais e, portanto, é feito um mapeamento.

Nesse sentido, a unidade de saúde, a escola e a Igreja são os mais importantes atores dessa rede para o trabalho de prevenção, sem falar na própria associação de moradores ou de mulheres. Além destes, a ONG busca outros apoios institucionais para atender as demandas dos jovens e conferir sustentabilidade social as ações de prevenção.

“Uma parte das pessoas têm várias questões, que verdadeiramente vivem num contexto que é bastante complexo, cheios de problemas sociais, ações complicadas, vivem num local de bastante violência com todos os obstáculos na própria comunidade, eles participam dentro da própria comunidade. São pessoas que querem fazer este tipo de trabalho. [...] O trabalho é em grupo. São jovens também como qualquer outro tipo de grupo, têm uma participação muito boa.” (Ivone, profissional de saúde ONG)

Enfim, a experiência da ONG traduz um programa de prevenção de DST/AIDS de caráter mais dinâmico e participativo. A perspectiva de desenvolvimento local interfere diretamente num ideário de acesso mais amplo e afinado com as necessidades e

expectativas dos jovens. No entanto, existem limitações organizacionais e éticas que precisam ser revistas na implementação das ações de prevenção de DST/AIDS no sentido da melhoria do programa.

De forma a facilitar a compreensão de como os resultados foram agrupados, considerando-se as distintas sub-dimensões do acesso, optamos por finalizar esse capítulo com um quadro síntese dos resultados do estudo (Quadro 6).

Quadro 6. Síntese dos Resultados do Estudo

ACESSO	Dimensões do Acesso	Caso 1 – Unidade de Saúde	Caso 2 - ONG
Disponibilidade	<p><i>Existência do Preservativo</i></p> <p><i>Dispensação do Preservativo</i></p>	<p>O preservativo estava disponível na US, armazenado na sala do Serviço Social e farmácia. Este é distribuído para os adolescentes nos grupos educativos, no Serviço Social ou na consulta (médica ou de enfermagem).</p> <p>A disponibilização dos insumos e das atividades do programa estão vinculadas ao atendimento clínico.</p> <p>Há repasse regular de preservativos de 52mm e não há repasse do de 49mm. Nunca houve descontinuidade das ações de prevenção por falta de insumos.</p> <p>A cota de preservativos estabelecida é de 10unid/mês, considerada suficiente tanto para os profissionais como para os adolescentes.</p>	<p>O preservativo encontrava-se disponível para os jovens, tanto para os cadastrados nos núcleos de prevenção de suas comunidades de referência e os não cadastrados, como para as lideranças comunitárias que atuam nos núcleos.</p> <p>Há repasse regular de preservativos de 52mm, mas o quantitativo não é suficiente para suprir as necessidades. Não há descontinuidade das ações de prevenção por falta de insumos.</p> <p>Não existe oferta de tamanho diferenciado (49mm) para atender uma demanda existente.</p> <p>A cota de preservativo estipulada é de 10 ou 12 unid/mês para os cadastrados nos núcleos, mas o preservativo fica no “pote” para os que não querem ser identificados.</p>
Oportunidade	<i>Conveniência</i>	<p>Os adolescentes têm prioridade no atendimento, mas não necessariamente foi observada uma escuta prioritária para as suas demandas relativas a saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Existe perda de oportunidade por interpretação rígida, por parte dos profissionais, das normas estabelecidas para o programa.</p> <p>A faixa etária estipulada para participação no programa é tratada como uma barreira institucional ao acesso.</p> <p>Não há exigência de autorização dos pais, de documento formal e nem de cadastramento para o adolescente participar do programa, mas todos são cadastrados pelo Serviço Social.</p> <p>A atuação dos profissionais em relação à prevenção está vinculada à distribuição de preservativos, sendo este último tratado de forma similar ao “remédio” e às informações referidas às doenças.</p>	<p>Para facilitar o acesso ao preservativo foram elaboradas junto aos jovens do programa, algumas estratégias, como: o pote de preservativos, o camelô educativo, distribuição no baile funk e na porta da escola após atividade educativa.</p> <p>As barreiras que se impõem são geográficas, econômicas e simbólicas na medida que a divisão de território decorrente da briga pelo controle do tráfico de drogas os impedem de circular de forma mais livre no espaço da comunidade.</p> <p>A violência local é uma barreira concreta que dificulta o deslocamento e, por vezes, inviabiliza a realização de atividades.</p> <p>Para retirar o preservativo os jovens não necessitam de nenhum tipo de documentação e nem tampouco da autorização dos responsáveis.</p>
		<p>A liberação do preservativo é feita durante todo o horário de funcionamento da US.</p> <p>A cobertura dos adolescentes recebendo preservativos é baixa,</p>	<p>A liberação do preservativo se dá durante o horário de funcionamento do núcleo, nas atividades externas, nos bailes, nas escolas e nas visitas domiciliares.</p>

Acessibilidade	<i>Aquisição do Preservativo</i>	<p>não existe atividade extra-muros e nem mecanismo para facilitar o acesso.</p> <p>Para alguns adolescentes é difícil participar de todos os grupos ou pegar camisinha, porque nem sempre têm o dinheiro da passagem, sendo a forma mais freqüente de deslocamento é ir a pé.</p> <p>A localização do programa na US representa uma barreira física por ficar num balcão a parte do núcleo central da unidade.</p>	<p>A cobertura de jovens recebendo preservativo é alta, mas não há um controle dos jovens que não estão cadastrados.</p> <p>A distância não se coloca como um problema, pois as atividades estão bem próximas. Mas, por outro lado o deslocamento até a sede da ONG para as reuniões mensais ou eventos de divulgação do trabalho se tornava um transtorno para alguns jovens</p>
Aceitabilidade	<i>Reconhecimento</i>	<p>É baixo o percentual de adolescentes que retornam para pegar o preservativo, mas é regular o percentual daqueles que retornam aos grupos educativos.</p> <p>A principal referência de reconhecimento é o atendimento médico, que é onde se sentem mais acolhidos, ouvidos e respeitados.</p> <p>Para os jovens o espaço da US é mais seguro dentro da comunidade, um local onde os pais confiam, incentivam os filhos a freqüentar e que distribui preservativo “de graça”.</p>	<p>Os jovens retornam para pegar preservativos e às atividades educativas pela facilidade de deslocamento, ou mesmo pelas ações de prevenção estarem próximas de seus espaços de interação, como no “camelô educativo” e no baile funk.</p> <p>Os jovens recebem vale transporte, ticket refeição quando precisam se deslocar.</p> <p>A satisfação dos jovens passa pela oportunidade de ampliar seus conhecimentos, pegar camisinha, fazer a capacitação, e, principalmente, por poder ser um agente jovem.</p>
	<i>Qualidade Técnica da Ação Educativa</i>	<p>A equipe tinha em sua maioria formação superior, exceto a auxiliar de enfermagem, e larga experiência no programa pelo tempo de trabalho. Mas, apenas as duas médicas que atendiam no programa receberam capacitação específica para o trabalho de prevenção com os adolescentes.</p> <p>O trabalho de prevenção de DST/AIDS fica concentrado no Serviço Social.</p> <p>Existe reunião periódica de equipe, mas não supervisões. Na reunião é definida a programação dos grupos e os profissionais responsáveis pela condução.</p> <p>A programação é pouco flexível e não é feito um planejamento antecipado das atividades com definição de objetivos, conteúdo, metodologia.</p> <p>Não são adotadas estratégias pedagógicas participativas e nem são abordados temas transversais nas atividades educativas, pois no grupo pouco se articula os temas.</p>	<p>A equipe em sua totalidade tem formação superior, larga experiência em trabalho comunitário e todos foram capacitados para o trabalho de prevenção de DST/AIDS.</p> <p>Há uma reunião mensal ampliada junto à equipe do programa, na sua sede e nos locais onde o programa está implementado. Esta funciona como supervisão da equipe local, que supervisiona as atividades que são realizadas pelas lideranças locais (não jovens) e pelos agentes jovens.</p> <p>As atividades são planejadas com antecedência, sejam aquelas realizadas pelos profissionais ou pelos jovens. Em geral, os jovens recebem apoio para planejar e realizar suas atividades na comunidade.</p> <p>São usados materiais educativos gerais e específicos para a demonstração do uso de preservativos.</p> <p>Os jovens produziam materiais educativos mas tinham dificuldades de conseguir financiamento para reproduzi-los.</p>

<p>Adequação</p>	<p><i>Qualidade Técnica do Preservativo</i></p>	<p>O preservativo só é abordado como forma de prevenção nos grupos sobre DST/AIDS e métodos contraceptivos. Nesses são usados outros recursos para demonstração do uso, como: pênis de borracha e pêlvis de acrílico.</p> <p>A demonstração do uso é feita só no espaço do grupo e os adolescentes demonstraram ter muitas dúvidas sobre essa questão.</p> <p>O preservativo fica armazenado em condições adequadas de temperatura, mas num ambiente úmido.</p> <p>O Serviço Social fica responsável pelo controle de qualidade e elaboração das estatísticas mensais.</p> <p>As salas para atendimento individual e de grupo oferecem uma boa acomodação, mas os profissionais consideram serem precárias as acomodações da US.</p> <p>As salas conferem total privacidade aos usuários, exceto a parte reservada a auxiliar de enfermagem que é toda aberta e em contato direto com a sala de espera.</p> <p>Tem água potável e cadeiras disponíveis para os adolescentes, mas o banheiro existente onde aguardam atendimento é reservado para os funcionários.</p> <p>Existe material educativo disponível na sala de espera, mas não são feitas atividades educativas.</p> <p>Os adolescentes são muito bem acolhidos, pois procura-se ter respeito e garantir a confidencialidade no atendimento. Embora haja algum nível de desqualificação do modo de pensar e de agir dos adolescentes em relação à prevenção de DST/AIDS.</p> <p>Há quase nenhum investimento na autonomia e participação dos adolescentes como sujeitos sociais e sexuais nas atividades de prevenção as DST/AIDS.</p> <p>Não é feita avaliação com os adolescentes sobre o risco individual para DST/AIDS.</p> <p>Tem um sistema de referenciamento definido para casos mais graves de DST e acompanhamento de HIV/AIDS para os adolescentes.</p>	<p>Os profissionais e jovens adotam estratégias pedagógicas participativas e abordam temas transversais, sobretudo os de interesse dos jovens.</p> <p>As atividades educativas feitas em grupo são as de capacitação para a metodologia do PSBH, de construção compartilhada para o trabalho de desenvolvimento local e temáticos para os agentes jovens de prevenção e para os demais jovens da comunidade.</p> <p>Os instrumentos utilizados para o acompanhamento das atividades do programa são os registros dos arquivos e relatórios das atividades realizadas no programa. Esses instrumentos subsidiam a coordenação executiva e coordenação geral do programa a fazer ajustes.</p> <p>Os jovens são estimulados a multiplicar o que aprendem, o que parece tornar o processo de ensino e aprendizagem muito mais dinâmico e comprometido com um projeto maior de desenvolvimento local.</p> <p>O controle da qualidade dos preservativos é feito pela liderança local (jovem ou não). Esses ficam responsáveis também pelo mapa de controle e estatísticas de atividades.</p> <p>A estrutura física dos locais onde as atividades da ONG ocorriam eram bastante precárias.</p> <p>As condições de armazenagem dos preservativos no núcleo de prevenção visitado eram razoavelmente adequadas.</p> <p>O salão da associação de moradores da comunidade não tinha uma ventilação muito boa e o calor era excessivo.</p> <p>A ONG e os núcleos de prevenção não tinham falta de material educativo, além da existência de um banco de recursos criado para atender às necessidades das diferentes comunidades.</p> <p>Os jovens são muito bem acolhidos, respeitados e valorizados como sujeitos sociais e sexuais.</p> <p>O trabalho comunitário já é constituído em rede, na medida em que, priorizam-se os recursos locais e é feito o mapeamento destes.</p>
-------------------------	---	--	--

6. Discussão e Julgamento dos Casos

Ao tomar como referência para esta análise de implementação das ações de prevenção as DST/AIDS da Organização Governamental (OG) e da Organização Não-Governamental (ONG), constatamos uma nítida diferença entre as duas experiências. No entanto, as incongruências entre a intenção e a ação propriamente dita foram maiores na OG do que na ONG, particularmente no que diz respeito à garantia de acesso ao preservativo masculino e as atividades educativas.

No estudo, partimos de uma concepção mais ampla de acesso ao considerar as distintas dimensões deste sugerida por Penchansky & Thomas (1981), pois, não era de nosso interesse restringi-lo nesta avaliação as noções de disponibilidade e oportunidade aos insumos de prevenção de DST/AIDS nos dois programas. Mas sim buscar incorporar a noção de integralidade, na medida que se entende que não basta se voltar para a garantia da existência e oferta do insumo, sem recuperar as condições dessa oferta, a interação dos profissionais (cuidadores) com os usuários do programa, como elementos norteadores para a garantia de uma vida sexual mais segura e saudável para os jovens.

O que configura a peculiaridade da avaliação das duas intervenções em questão, pautada nesse caráter multifacetado do acesso, é o esforço de explicação das relações entre intervenção e efeitos, referindo-se a influência dos contextos organizacional e externo. Além disso, a explicitação do julgamento dos casos com base nos indicadores relacionados na matriz de julgamento (Quadro 5).

Inicialmente cabe destacar que um dos aspectos que mostrou ter forte interferência na implementação das ações nas duas instituições diz respeito ao conhecimento do desenho da intervenção. Na US não encontramos o programa escrito

disponível e nem os profissionais de saúde tiveram acesso ao mesmo, ainda que os profissionais, e, em particular, a gestora dissessem que seguiam as recomendações do mesmo. Nesse sentido cada um tinha uma concepção e compreensão do seu objetivo e dos efeitos esperados, predominando assim uma cultura normativa.

Diferentemente, na ONG onde o programa nos foi disponibilizado e todos os profissionais entrevistados o conheciam, pois, haviam participado de sua elaboração ou já o tinham lido. O conhecimento demonstrado pelos profissionais correspondia a uma coerência quanto à compreensão do propósito e dos efeitos almejados.

Um outro ponto a ser considerado na intervenção da ONG é que há uma correspondência entre o planejamento e a execução das atividades. Adota-se uma metodologia específica para a implementação das ações de prevenção de DST/AIDS e se tem como referencial a participação popular e o protagonismo juvenil (CEDAPS, 2001). Já na US, não percebemos essa correspondência entre o planejamento e a execução das atividades, visto que o planejamento não tem caráter formal, da mesma forma que não existe uma clareza, por parte do gestor e profissionais, quanto a metodologia adotada e ao referencial que orienta a prática.

No que tange ao público alvo dos programas, vimos que na US ele é referido como adolescente e é delimitada uma faixa etária (12 a 18 anos) para a participação no programa. Embora no desenho do programa “Vista essa Camisinha”, acessado junto à gerência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do nível central, recomenda-se uma concepção mais ampliada de adolescência, ainda assim, verifica-se uma restrição na operacionalização dessa categoria ao corte etário. Por outro lado, a ONG orienta suas

intervenções partindo de uma concepção mais ampla e abrangente de juventude como construção sócio-histórica (Calazans, 1999; Gonçalves, 2003).

Ao nos reportarmos as diferentes dimensões do acesso, numa visão comparativa, temos que a disponibilidade do insumo é melhor na US que na ONG. Pois, ainda que nos dois programas tivessem um repasse regular de preservativos de 52mm e não de 49mm, um controle da distribuição e a quantidade dispensada fosse considerada suficiente, a ONG não conseguia manter um estoque do insumo. Além do mais foi enfatizada pelo gestor e profissionais do programa a freqüente falta de preservativos para as atividades de prevenção da ONG.

Por um lado, por mais que a US apresentasse as condições mais favoráveis de disponibilidade do preservativo do que a ONG, foram evidenciados problemas de barreiras organizacionais dificultando o acesso ao mesmo, visto que, existem normas e hierarquias estabelecidas pelo serviço que são mais rígidas, dificultando assim o acesso por parte dos jovens. Por outro, a própria estratégia do programa da ONG de disponibilização do preservativo no interior da própria comunidade, de forma a torná-lo, acaba propiciando a sua escassez na medida que o insumo disponível atende a outras demandas além das previstas.

Uma outra característica importante diz respeito ao estímulo, na ONG, da participação dos jovens no planejamento e na execução das atividades através do uso da metodologia de *Problem Solving for Better Health* - PSBH (Edmundo, 2003). Nesse sentido, há um investimento notório de atribuição de co-parceria e co-responsabilização dos jovens, tendo estes uma postura mais ativa e participativa. Postura essa que imprime

caráter mais político de atuação e participação no programa, bem como de conquista de espaço na sociedade como cidadão (Krischke, 2005).

Na US a opção por um planejamento mais verticalizado e pouco participativo, voltado para uma cultura institucional imediatista e pouco responsiva na condução do trabalho com os jovens. A própria visão dos profissionais em relação aos jovens, como infantis, pouco atuantes, carentes, se impunha como uma barreira para que os profissionais os percebesse como sujeitos ativos e capazes de produzir mudanças, no sentido da melhoria de sua qualidade de vida e de seu grupo.

Dessa forma é possível perceber que as mudanças necessárias para o programa não passam necessariamente pela incorporação de novos recursos materiais e financeiros, como acreditam os profissionais, mas, sobretudo, por uma mudança de visão e concepção sobre juventude e as possibilidades de intervir a partir das potencialidades existentes. Pois existiam recursos materiais, recursos humanos, as atividades aconteciam, o contexto institucional era favorável, mas os discursos deveriam ser exercitados enquanto gestos no cotidiano do programa, visto a tamanha importância da atitude dos profissionais na qualidade das ações de prevenção de DST/AIDS.

Por exemplo, é pouco provável que se consiga trabalhar o empoderamento, a autonomia e a participação dos jovens se o profissional não se sente empoderado, autorizado e sujeito da mudança. Afinal, é difícil compreender a reprodução desses que são princípios norteadores do programa da US elencados pelo PROSAD do nível central, sem que haja uma reflexão mais profunda e cuidadosa sobre o sentido e implicações desses princípios nas ações de prevenção.

No que se refere ao formato adotado nas atividades do programa da US, é percebido um enfoque mais técnico, de reprodução do conhecimento científico e centrado na execução de uma ação pouco reflexiva; ao contrário da ONG que tem um enfoque de cunho mais técnico-político e histórico, de produção de conhecimento compartilhado e centrado na reflexão vinculada ao contexto de vida dos sujeitos da intervenção. O que vai diferenciar, do ponto de vista do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS é que, o primeiro enfoque contribui para uma relação mais formal e distanciada, onde os jovens ficam invisíveis frente à rotina do serviço. O segundo enfoque contribui para uma relação mais informal e próxima garantindo maior visibilidade ao jovem.

Um aspecto que ressalta esse distanciamento na atuação dos profissionais da US é o não acompanhamento mais sistemático dos jovens que fazem parte do programa. Esse acompanhamento ganha caráter mais burocrático de preenchimento de uma ficha, pois se desconhece o perfil da clientela atendida, as perdas de oportunidades para se garantir o acesso e os pontos frágeis do programa. Assim como, ignora-se os mecanismos utilizados pelos jovens para transpor as barreiras existentes, de forma a possibilitar um acesso indireto a um público não alvo ou não contemplado pela intervenção.

Diferentemente, a ONG tem o cadastro dos jovens do programa e faz um acompanhamento das fichas de forma, a saber, a situação dos jovens que comparecem, que não estão comparecendo e aqueles que abandonaram. A partir dessa constatação são estabelecidas estratégias de visita domiciliar para levar os insumos de prevenção e conversar com o jovem, ou até mesmo com a família.

A violência, as condições sociais e econômicas dos jovens, retratados por Ayres et al. (1999b) como aspectos da vulnerabilidade sócio-cultural dos jovens as DST/AIDS,

tanto da US quanto da ONG, revelam-se como fatores do contexto externo que interferem expressivamente nas ações de prevenção em questão. Nos grupos observados a temática da violência e da discriminação racial e social estavam sempre presentes, tanto na comunidade, no baile funk, nas trocas de tiros entre policiais e/ou traficantes de drogas, como na casa com os espancamentos e as trocas de agressões entre jovens e seus familiares ou outros de relação mais próxima.

Esses fatores relacionados à violência doméstica e urbana, aos novos arranjos de família, ao analfabetismo funcional, à dificuldade de inserção no mercado de trabalho assumem um grau de importância e complexidade por conferir uma nova dinâmica para a vida desses jovens. Pois, no estudo, a fala da maioria dos jovens, principalmente dos jovens da US, mostrava o quanto esses fatores alteram as possibilidades e capacidades de escolhas para uma vida sexual mais segura.

Tanto na US como na ONG a inserção dos jovens no programa, diante da situação de pobreza e da falta de opções, conferia a estes, do ponto de vista da prevenção de DST/AIDS, maior proteção social. Isso, tendo em vista que o acesso a recursos para a prevenção e para uma melhor qualidade de vida, diferenciava esses jovens de outros jovens das comunidades a que pertenciam, por não terem as mesmas oportunidades. Esse fenômeno foi analisado de forma mais aprofundada no estudo realizado por Monteiro & Cecchetto (2006) sobre a trajetória de jovens com e sem participação em intervenções sociais.

O acesso a recursos não se dá de forma igual para todos, mas, partilhar de uma experiência dessa natureza confere uma diferença substancial na vida de jovens por possibilitar a inclusão e a participação numa rede social de bens e recursos. Ou seja, esta

rede pode representar o acesso ao capital social e simbólico tratado por Bourdieu (2004), nas relações de troca que se estabelecem a partir dessa inserção.

Quanto à aceitabilidade, os dois programas têm a aprovação dos jovens, dos profissionais e dos gestores. Certamente pela proximidade e pelas diferentes estratégias de facilitação adotada, a ONG, em termos percentuais, tem um retorno maior para a retirada de preservativo do que a US.

No programa da US a prática educativa de prevenção de DST/AIDS estava vinculada a mecanismos que imprimem uma normatividade, em particular, no que diz respeito à questão da sexualidade e das práticas sociais consideradas de risco. Há uma correspondência com a visão de Pimenta et alli (2000), ao ressaltar que a tematização da sexualidade dos jovens está relacionada à área da saúde reprodutiva e DST/AIDS e com a prevalência de uma abordagem mais aplicativa e fragmentada do corpo sexual e reprodutivo.

Ao fazer um correlato desse caráter mais aplicativo e fragmentado da sexualidade ao trabalho de Schall & Struchinner (1995), percebemos que as práticas educativas de DST/AIDS da US equivalem a abordagem comportamental denominada de abordagem tecnicista, visto que o processo de organização sistemática dos conteúdos, as técnicas e os recursos ganham primazia no controle do meio e da aprendizagem. Esta que é uma abordagem correlata à cultura normativa e conveniente ao modelo biomédico, é baseada numa teoria não crítica, centrada no especialista que sugere medidas de prevenção dentro de uma concepção biomédica da saúde e da doença.

Essa abordagem, portanto, tem uma correspondência no campo pedagógico: conducionismo ou pedagogia da transmissão, por sua vez apoiado na psicologia

comportamental. Ou seja, condiz com a pouca flexibilidade quanto à possibilidade de mudanças do planejado, dificultando a interatividade e a oportunidade dos profissionais e jovens interferirem mais sobre a adequação das atividades. Uma condição mais rígida das atividades, pode dificultar a compreensão e enfrentamento dos fatores que inviabilizam o acesso dos jovens às ações de prevenção de DST/AIDS.

Diferentemente, na ONG se adota uma abordagem problematizadora e participativa norteada pelo construtivismo e pela educação popular na definição de atividades educativas consoantes com o contexto de vida desses jovens. A própria participação dos jovens nesse processo ajuda a afinar a proposta de trabalho em educação e saúde, tendo assim, um caráter eminentemente técnico, político e horizontalizado.

Os profissionais da ONG (de saúde e educadores), em relação aos profissionais da US, demonstraram maior confiança e domínio das informações repassadas para os jovens e das estratégias adotadas. Pode-se dizer que os profissionais da ONG se sentiam muito mais motivados, articulados, “autorizados” a falar, a discutir, a participar que os profissionais da US.

O que se evidenciou na US foram as fragilidades no conhecimento dos temas discutidos nos grupos, sendo que tais fragilidades não se remetiam exclusivamente ao conteúdo teórico mas, sobretudo, a forma de condução e ao uso de estratégias pedagógicas que não favoreciam uma aproximação com o universo simbólico dos jovens para uma intervenção de prevenção mais efetiva (Santos, 1992).

O distanciamento deste universo deixava a margem hábitos e costumes dos jovens, prejudicando assim uma atenção mais detida para os símbolos e códigos partilhados pelos jovens que possuem uma condição de vida mais desfavorável. Pois,

“... as manifestações culturais dos diversos grupos sociais resultam da combinação de lógicas simbólicas, posições socioeconômicas e contextos de existência, tendo em vista que as propostas preventivas de alteração das práticas da população devem conjugar o plano dos valores culturais compartilhados pelos diferentes grupos sociais com as condições materiais de existência e as políticas comprometidas com os serviços sociais, de saúde e educação.” (Monteiro et al., 2003, p. 27)

Numa mesma linha de raciocínio, Araújo et al (2003) ressaltam o quanto a falta de aproximação com esses códigos trazidos pelos jovens dificultavam a comunicação e a circulação das vozes que comparecem na cena da prevenção de DST/AIDS nos diferentes contextos, seja da US como da ONG.

Nesse caso, a própria estratégia de prevenção implementada por pares na ONG faz uma diferença, na medida em que as pessoas que compartilham os mesmos códigos culturais e modos de vida, alcançam mais facilmente o universo de significados do grupo alvo das informações educativas.

Na avaliação feita sobre práticas educativas de prevenção da AIDS (Paiva, 1996), a capacidade de ser sujeito sempre vai depender do contexto (do tipo de vínculo e qualidade do afeto) em qualquer nível (intelectual, da experiência ou transitório). Estes seriam níveis em que se daria o empoderamento (*empowerment*) sexual que, sem dúvida, deve ser incorporada na prática educativa de prevenção as DST/AIDS com jovens, como possibilidade de adoção de práticas sexuais mais seguras.

O próprio uso da metodologia do Problem Solving for Better Health (PSBH) e da educação por pares propicia o empoderamento individual e coletivo dos jovens nas ações

de prevenção de DST/AIDS, de promoção da saúde e de promoção de vida mais saudáveis. Essa forma de participação viabiliza a produção de sujeitos sociais e sexuais capazes de fazer melhores escolhas e enfrentar as dificuldades impostas.

Ou seja, o preservativo assume uma função de moeda de troca dentro do script sexual dos adolescentes (Paiva, 1996) e o conhecimento desses scripts deve ser incorporado na definição das estratégias do programa. O que se percebe é que a forma de planejar e executar as ações do projeto da ONG traz mais presente à incorporação desses scripts do que o da US, onde isso não aparece como algo relevante. Nesse contexto, o olhar voltado para as particularidades dos jovens na adoção de práticas sexuais mais seguras, é fundamental na aproximação de como os jovens incorporam a necessidade de uso do preservativo e como negociam esse uso com seus parceiros. Afinal, conforme observado pela autora esse é um processo que vai desde a necessidade de se perceber em risco, apreender o que é sexo seguro e arriscado, até decidir se proteger.

A negociação do uso do preservativo masculino, na concepção de Abramovay et al (2004), esbarra em padrões sociais pautados em relações de gênero. Tais padrões apontam para um diferencial na vulnerabilidade particularmente das jovens que, muitas vezes, por cumplicidade, insegurança afetiva, noções de amor romântico e fidelidade acabam deixando a questão da contracepção e da própria prevenção em segundo plano. Até porque há maior fragilização na administração do seu poder de negociação e de seu direito a se prevenir – o que tem sido demonstrado nas análises sobre motivos para o não uso.

Para relativizar a lógica do uso e do não uso nos remetemos ao estudo realizado por Monteiro (2002) que pode observar que no universo feminino de jovens de uma

comunidade do Rio de Janeiro o não uso do preservativo guardava relação com o valor da gravidez e da maternidade como um bem simbólico, bem como em função de percepções que se tem do parceiro como conhecido e familiar que aproxima a noção de proteção. Dessa forma a noção de que o familiar protege fragiliza as possibilidades de negociação com o parceiro, já que a ameaça vem do desconhecido.

É recorrente no relato dos jovens a adoção da prática sexual mais segura estar mais associada ao comportamento feminino, por uma maior preocupação em evitar uma gravidez indesejada, do que propriamente em prevenir doenças sexualmente transmissíveis. Alguns autores ressaltam o quanto que o uso da camisinha para os jovens responde antes as demandas sobre contracepção do que propriamente a prevenção das DST/AIDS (Santos, 1992; Heilborn & Prado, 1995; Abramovay, 2004; Calazans, 2005). As jovens do estudo trazem esse componente de forma bastante expressiva pelo medo de apanharem, serem “*esculachadas*” ou serem expulsas de casa.

O fato da maioria dos jovens iniciarem sua vida sexual ativa cada vez mais cedo tende a representar um aumento da vulnerabilidade destes, que muitas vezes não tiveram acesso a informações que podem ajudá-los a garantir uma vida sexual mais saudável, podem não ter incorporado valores de proteção e de cuidado. Na literatura, o “ficar” e termos correlatos, como re-elaborações, para alguns, do namorar e para outros, como forma própria de interação sexual e afetiva (Pimenta et alii, 2000; Abramovay, 2004) ganha importância e altera a vulnerabilidade dos jovens, em particular nas relações sexuais eventuais sem proteção ou naquelas pautadas na lógica de que o “familiar protege”.

O tipo de abordagem adotada pode ser decisiva para que o aprendizado se dê e possa haver a apreensão de conteúdos importantes para a mudança de hábitos e atitudes. Até porque a ênfase na informação técnico-normativa e a pouca participação do jovem, no caso da US, pode não favorecer a adoção de práticas sexuais mais seguras condizentes com suas crenças e valores, e sim algo mecânico pautado numa crença frágil do conhecimento científico.

A distância entre a disponibilidade do preservativo e a adoção de práticas sexuais mais seguras têm implicações de ordem subjetiva, que perpassam pela valorização da vida, pelo cuidado de si e do outro, pelo amor próprio, pelo sentir-se sujeito social e sexual, o que, por sua vez, suscita em implicações de ordem sócio-cultural. Pois, considerar-se sujeito, tem a ver com o tipo de inserção e posicionamento num dado contexto sócio-histórico. Por sinal, esse é um aspecto que precisa ser refletido no âmbito dos programas por estar remetido a desejos, interesses e escolhas dos jovens. Pensar a qualidade das ações de prevenção para esse grupo, diz respeito necessariamente à promoção da auto-estima e do auto-cuidado, conforme assinalado por Gomes et alii. (2005), para a obtenção de melhores resultados nessa área.

Ao usar a matriz de análise e de julgamento com base nos indicadores elencados e dos padrões pautados em boas práticas de prevenção em HIV/AIDS, foram definidas as pontuações compatíveis aos dois casos. O caso da US foi considerado razoável devido aos problemas identificados na oportunidade do acesso, na qualidade técnica da ação educativa e nos atributos relacionais da responsividade. Já o caso da ONG foi julgado como bom, tendo problemas de garantia do insumo e ambiência.

Enfim, o intuito foi de reiterar a pertinência da abordagem desses dois casos a partir das congruências e contingências de práticas com sentidos e significados que variam de sujeitos, de inserção institucional e de contextos. E, por mais que existam alguns pontos frágeis na implementação do programa de prevenção de DST/AIDS da ONG, esse se mostrou mais adequado no sentido do acesso do que a US.

7. Difusão dos Resultados da Avaliação para os Atores Envolvidos

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos se traduz como uma etapa de fundamental importância do processo avaliativo, principalmente, no caso de um estudo que focaliza a melhoria do programa. Acredita-se que os achados possam vir a subsidiar a tomada de decisão e as possíveis mudanças para a melhoria do acesso e da qualidade das ações de prevenção de DST/AIDS para jovens em situação de vulnerabilidade.

Parte das estratégias que foram definidas para a difusão dos resultados já foram cumpridas, dentre elas: a apresentação dos resultados preliminares e discussão junto a equipe do programa, a apresentação do trabalho no VI Seminário de Prevenção de DST/AIDS do MRJ, encaminhamento do artigo científico de revisão de abordagens de programas de prevenção de DST/AIDS e envio de resumos para o Congresso Nacional de Saúde Coletiva, Internacional de AIDS e Internacional de Avaliação.

Importante assinalar que as apresentações preliminares trouxeram novos elementos para a análise dos resultados. Da mesma forma que foram traçados, junto aos atores envolvidos com o programa, caminhos possíveis de intervenção para a melhoria do programa, tendo em vista os achados da pesquisa.

Como etapa ainda a ser cumprida temos a apresentação no Centro de Estudos do Programa do Adolescente do MRJ e na reunião mensal de equipe da ONG, que foram compromissos assumidos no decorrer da pesquisa. Esses foram identificados como espaços estratégicos de difusão por reunir os usuários potenciais desta avaliação e pela possibilidade de comprometê-los com as recomendações feitas para a melhoria do programa.

O trabalho, em última instância, corresponde a um produto que será entregue à direção da unidade de saúde do projeto, à coordenação do programa da ONG e estará disponível para os demais interessados na biblioteca da ENSP.

8. Recomendações para Programas de Prevenção as DST/AIDS para Jovens

De acordo com os achados do estudo foram destacadas as seguintes recomendações para a melhoria do programa, priorizando as diferentes dimensões do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS para os jovens que participam das duas intervenções sociais estudadas. Para melhor sistematizar as recomendações, optamos por separá-las por caso e dimensões avaliados.

Inicialmente, destacamos as recomendações feitas para o programa “*Vista Essa Camisinha*” da Unidade de Saúde, no sentido de orientar mudanças possíveis que devem ser discutidas e pactuadas junto aos considerados usuários potenciais dessa avaliação. Afinal, nosso intuito é que essa, de acordo com a orientação de Patton (1997), seja útil para a melhoria deste programa e, nesse sentido, não desconsideramos que em alguns pontos esses usuários têm mais governabilidade para viabilizar as mudanças do que em outros.

No que tange à *disponibilidade* consideramos os seguintes pontos que merecem destaque:

- a) Desenvolvimento de meios de divulgação da disponibilidade do preservativo no interior da US e nas comunidades vizinhas;
- b) Revisão dos critérios de acesso ao preservativo no programa;

Quanto à possibilidade de tornar o acesso mais oportuno recomendamos:

- a) Desenvolvimento de estratégias de facilitação do acesso e do uso do preservativo tendo por base as condições de vulnerabilidade do público-alvo do programa;
- b) Fomento da discussão e análise da equipe do programa sobre as barreiras que facilitam e dificultam o acesso dos jovens ao programa;

O fato da *acessibilidade* estar mais referida a fatores do contexto externo ao programa, identificamos a possibilidade de melhoria do acesso por essa via através da:

- a) Realização atividades extra-muros relacionadas a saúde sexual e reprodutiva, principalmente nas escolas da área que, inclusive, já têm esse tipo de demanda;
- b) Busca de articulação com os equipamentos sociais existentes no entorno da US;

Embora tenha sido mencionada uma grande satisfação com o programa por parte dos jovens, profissionais e gestor do programa, consideramos que a *aceitabilidade* das ações tende a se tornar mais apropriada caso seja:

- a) Incorporada, se pertinente, as sugestões de mudanças feitas pelos jovens;
- b) Usadas metodologias mais participativas e focadas no empoderamento dos profissionais e jovens do programa;
- c) Considerada uma visão mais ampliada e abrangente de juventude;

Por final, no que diz respeito à *adequação* procuramos ressaltar os seguintes aspectos:

- a) Ter maior flexibilidade quanto à faixa etária dos jovens alvos da intervenção e quanto à programação dos temas para discussão nos grupos de capacitação;
- b) Planejar as atividades educativas de forma a articular mais as temáticas ligadas à saúde sexual e reprodutiva à questão da prevenção de DST/AIDS, bem como, ter ações mais integradas entre os programas do adolescente e da mulher;
- c) Buscar contemplar os aspectos socioculturais dos jovens que freqüentam o programa no planejamento e realização das atividades educativas de prevenção de DST/AIDS;
- d) Rever a necessidade do uso estrito de informações técnicas, prescritivas e centradas na responsabilidade individual dos jovens;
- e) Incorporar o lúdico e outras linguagens sócio-educativas de interesse dos jovens nas atividades de prevenção de DST/AIDS do projeto, sobretudo as que envolvem o uso do preservativo;

- f) Necessidade de aquisição, em quantidade suficiente, de material educativo específico de DST/AIDS com linguagem apropriada para os jovens;
- g) Fomentar a troca de experiências, discutir os temas propostos na programação do grupo de capacitação e construir uma proposta mais coletiva de intervenção de prevenção de DST/AIDS nas reuniões de equipe;
- h) Fortalecer as parcerias locais como forma de transferência de tecnologias de prevenção de DST/AIDS;
- i) Monitorar e avaliar as ações de prevenção de DST/AIDS de forma sistemática através de registros do programa e uso dos resultados para a melhoria do mesmo.

Ainda que tenha sido considerado um programa melhor implementado, do ponto de vista do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS, foram elencadas algumas recomendações para a ONG, de forma a possibilitar uma reflexão sobre a pertinência e viabilidade de incorporação destas.

No que se refere à *disponibilidade* dos insumos de prevenção de DST/AIDS recomendamos que:

- a) Seja revista a planilha de necessidades de insumos para demandá-los às instâncias governamentais;

Mesmo que as ações de prevenção de DST/AIDS sejam devidamente oportunizadas aos jovens, ainda assim deve ser considerada a necessidade de:

- a) Formalizar a institucionalização das parcerias com as instituições de educação, saúde e ação social em outros níveis, que não apenas o local.

Embora as ações de prevenção as DST/AIDS da ONG sejam devidamente adequados, sobretudo, em seu aspecto metodológico, mesmo assim gostaríamos de destacar estes pontos:

- a) Estabelecer parceria com instituição(ões) que possam dar apoio psicológico para os jovens e os profissionais de campo que expressam dificuldades dessa natureza por lidar com situações delicadas nas comunidades;
- b) Fortalecer as parcerias locais como forma de transferência de tecnologias de prevenção de DST/AIDS;
- c) Buscar recursos financeiros para garantir a reprodução dos materiais educativos de prevenção de DST/AIDS produzidos pelos jovens, de forma a torná-los mais disponíveis para as atividades locais;
- d) Produzir instrumentos de avaliação do programa mais apropriados para as necessidades da ONG e não apenas dos financiadores.

Considerações Finais:

Inicialmente cabe ressaltar que as ações de prevenção de DST/AIDS para jovens do programa “*Vista essa Camisinha*” da Unidade de Saúde (US) e do “*Agente Jovem*” da Organização Não-Governamental (ONG) vêm sendo implementadas de forma sistemática nas duas instituições selecionadas no estudo. No entanto, pelo conjunto de evidências acumuladas, foi possível constatar que a ONG, mais do que a US, apresenta maior congruência entre a intenção e a ação, no que se refere ao acesso às ações de prevenção de DST/AIDS.

À luz de uma visão mais ampliada de acesso mencionada no estudo, notamos que vários são os fatores organizacionais e do contexto que interferem na implementação das intervenções e que têm reflexos no acesso dos jovens as ações de prevenção DST/AIDS para uma vida sexual mais saudável. Contudo, o estudo comparativo mostrou que, ainda que consideremos as potencialidades das duas experiências em relação ao acesso dos jovens às ações de prevenção para uma vida sexual mais segura e saudável, a ONG tem estratégias mais apropriadas para garantir esse acesso do que a US, por ter mais recursos financeiros, preparo dos profissionais, por trabalhar numa perspectiva de rede, por ter uma outra visão de mundo.

O que tentamos evidenciar com o estudo é que a melhoria do acesso dos jovens aos programas implica em mudanças de ordem estrutural, sociocultural e organizacional. Torna-se imperativa a necessidade de olhar para os jovens como sujeitos sociais e sexuais que partilham de diferentes scripts sexuais, de universos sócio-culturais diferenciados, trazendo assim diferentes necessidades e expectativas no que diz respeito à prevenção de DST/AIDS, conferindo assim maior complexidade à intervenção.

Portanto, os resultados do estudo evidenciam a importância de um olhar mais ampliado e integral para a noção de acesso, ou melhor, dos fatores que determinam esse acesso. Fica claro que aspectos relacionados à disponibilização do insumo e de atividades educativas não são suficientes para garantir a qualidade da ação de prevenção de DST/AIDS e a adoção de práticas sexuais mais seguras e saudáveis.

Nesse sentido, há que se aprofundar a reflexão sobre metodologias e abordagens no desenvolvimento de estratégias de facilitação ao acesso, que possam incorporar essas e outras dimensões de acesso que venham a qualificar ainda mais as ações de prevenção DST/AIDS e sejam mais adequadas ao contexto de vida dos jovens em situação de vulnerabilidade. Por certo que, uma visão mais integral e ampliada de juventude e de saúde sexual e reprodutiva contribuirá na pactuação de padrões de qualidade e adequação das ações de prevenção de DST/AIDS, preferencialmente junto aos sujeitos alvo da avaliação.

Mesmo tendo sido demonstrado que a ONG tem uma intervenção mais adequada para a garantia do acesso às ações de prevenção de DST/AIDS e adoção de vida sexual mais saudável para os jovens do que a US, é de suma importância se pensar na perspectiva de trabalho mais articulado entre essas duas instâncias para o fortalecimento e sustentabilidade das ações institucionais. Assim como fomentar a cultura do monitoramento e avaliação (M&A) como ferramenta potente na produção de informações úteis para a tomada de decisão e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade do programa.

Enfim, acreditamos que foram dados importantes passos no plano da produção do conhecimento em avaliação e na construção de uma proposta metodológica que pode vir a subsidiar gestores e atores envolvidos com programas de prevenção de DST/AIDS e de promoção da saúde para jovens. O esforço do nosso estudo, neste sentido, é de

comprometimento e de legitimação de um investimento necessário e importante, para o contexto atual das políticas públicas de saúde voltada para a juventude e para a prevenção de DST/AIDS.

Bibliografia

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; & SILVA, L. B., 2004. *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil.
- AGGLETON, P., 1995. *Monitoramento e Avaliação de Educação em Saúde e Promoção da Saúde voltadas para o HIV/AIDS*. In: AIDS: Pesquisa Social e Educação (Czresnia, D.; Santos, E. M. S.; Barbosa., R. H. S. & Monteiro, S., Orgs.). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO.
- ANTUNES, M.C.; STALL, R.; HEARST, N.; PAIVA, V.; PERES, C.A.; PAUL, J. & HUDES, M., 1997. *Avaliação de um Programa de Prevenção da Aids entre Jovens de Escolas Públicas Noturnas de São Paulo*. AIDS, London, v. 11, Supl. 11.
- AYRES, J.R.C.M., 1996. *HIV/AIDS, DST e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas*. São Paulo: Editoração Eletrônica.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J. & SALETTI FILHO, H., 1999a. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: *Sexualidade pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder* (Barbosa, R.M. & Parker, R. (Orgs.)). Rio de Janeiro:IMS/UERJ – São Paulo:Editora 34.
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G. J. & FRANÇA JR., I., 1999b. Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/Aids. In: Vieira, E. et al. (Org.) *Seminário Gravidez na Adolescência*, 1999.
- ARAÚJO, C.L.F., 2003. *A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade*. In *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* (Pinheiro, R. & Mattos, R. A., Orgs.). Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; LERNER, K.; CASTRO, A. M. M. & CRUZ, M. M. , 2003. *Promoção da Saúde e Prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: Uma Metodologia de Avaliação para Políticas Públicas e Estratégias de Comunicação*. Relatório Final da Pesquisa. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ/CICT/DCS, 2003.
- ARILHA, M. & CALAZANS, G., 1998. Sexualidade na Adolescência: O que há de novo? In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas* (Berquó , E., Org.). Brasília:CPND, v. 2, p:687-708.
- BECKER, H. S., 1994. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- BECKER, D., EDMUNDO, K., NUNES, N., BONATTO, D, SOUZA, R., 2004 *Empowerment e Avaliação Participativa em um Programa de Desenvolvimento local e Promoção da Saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3):655-667.
- BELLINGHAM, K. & GILLIES, P., 1993. *Evaluation of an AIDS Education Programme for Young Adults*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47:134-138.
- BOURDIEU, P., 2004. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 7ª. Edição.
- BOZON, M. 2004. *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro:Editora FGV.

- BRANCO, C.A.C.; SANTOS, E.M. & MONTEIRO, S., 1996. *Aids e Educação: Um Convite à Prevenção*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- BRASIL, 2003. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069/90 apresentado por Siro Darlan*. Rio de Janeiro:DP&A, 5ª. Edição.
- CALAZANS, 1999. Cultura Adolescente e Saúde: Perspectivas para a Investigação. In: *Cultura, Adolescência, Saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas, Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES?COLMEX/NEPO-Unicamp).
- CALAZANS, G., 2005. *Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão*. In: *Retrato da Juventude Brasileira: análises de uma pesquisa nacional* (Abramo, H. W. & Branco, P. P. M., Orgs.) São Paulo:Editora Fundação Perseu Abramo, Instituto Cidadania, p: 243-261.
- CAMARGO JR., K. R., 1999. Políticas Públicas e Prevenção em HIV/Aids. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil* (Parker, R.; Galvão, J. & Bessa, M. S. Orgs.) Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.
- CAMARGO JR., K. R., 2002. *Prevenção de HIV/AIDS: Desafios Múltiplos*. In: Parker, R.; Galvão, J.; Pimenta, M. C. & Terto Jr., V., (Orgs) Aprimorando o Debate: Respostas Sociais frente à AIDS: Anais do Seminário Conquistas e Desafios na Assistência ao HIV/AIDS. Rio de Janeiro:ABIA, p. 25-32.
- CASTIEL, L.D., 1996. *Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS*. Revista de Saúde Pública, v.30, no.1, p.91-100.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 1999a. Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR, 48:1-40.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 1999b. Monitoring and Evaluating the Implementation of HIV Prevention Programs. In: *Evaluating CDC HIV Prevention Programs*, vol: 2, Supplemental Handbook. Documento disponível no site: <http://www.cdc.gov/hiv/aboutdhap/perb/hdg2/ch4res.pdf>, consultado em 10.11. 2004.
- CEDAPS, 2001. Projeto Agente Jovem de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário (mimeo)
- CEDAPS, 2005. *Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS*. Documento disponível no site: <http://www.cedaps.org.br>, consultado em :em 03.03.2005.
- CHIZZOTTI, A., 2001. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 5ª edição.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 1997. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos* (Resolução 196/96). Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- CONTANDRIOPOULOS, A P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, Z. M.A. (Org.) - *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

- CORNELY, 1993. *A Metodologia Participativa: Algumas questões Teórico-Metodológicas*. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, ano III, n.1, jan-jul.
- COYLE, S.L.; BORUCH, R.F. & TURNER, C.F. (Eds), 1991. *Evaluating Aids Prevention Programs – Expanded Edition*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F., 1997. Análise da Implantação. In: *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas* (Hartz, Zulmira M. A., Org.). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- DONABEDIAN, A., 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- EDMUNDO, K., 2003. A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas comunidades populares do Rio de Janeiro, pp 116-147. In: Passarelli, C.A., Parker, R., Pimenta, C. & Terto Jr., V. *Aids e Desenvolvimento: Interfaces e Políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA.
- FETTERMAN, 1997. Empowerment evaluation and accreditation in higher education. Thousands Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- FONSECA, V.N., 2005. *Saúde, Cultura e Comunidade: Um Estudo Etnográfico do Trabalho de Agentes Locais na Prevenção da AIDS*. Tese de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, Programa EICOS
- FOUCAULT, M., 1988. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 7ª. Edição.
- GALVÃO, J., 2000. *A Agenda de Construção de uma Epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA: Ed. 34.
- GOLDFARB, L. C. S., 2000. *Avaliação de um Programa Piloto de Prevenção do Tabagismo em Quatro Escolas do Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- GOMES, R.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.; DESLANDES, S.F.; NJAINE, K & MALAQUIAS, J. F., 2005. *Informações e Valores de Jovens sobre a Aids: Avaliação de Escolares de Três Cidades Brasileiras*. Ciência e Saúde Coletiva, 10(2):381-388.
- GONÇALVES, M.G.M, 2003. Concepções de Adolescência veiculadas pela Mídia Televisiva: Um Estudo das Produções dirigidas aos Jovens. In: Ozella, S. (Org.) *Adolescências Construídas: A Visão da Psicologia Sócio-Histórica*. São Paulo: Cortez.
- HARTZ, Z.M.A. (Org.), 1997. *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- HARTZ, Z.M.A, 1999. *Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico Metodológicas e Políticas Institucionais*. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):341-353.
- HARTZ, Z. & VIEIRA-da-SILVA, L.M. (Org.), 2005. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz.
- HEILBORN, M.L. & PRADO, R. *Na hora h a gente nunca usa*. Paper apresentado na XIX Reunião da ANPOCS, Caxambu, 1995.

- HEILBORN, M.L. 1996. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: Silva, D.P.M. (Org). Seminário Saúde, Sexualidade e Reprodução: Compartilhando Responsabilidades. Rio de Janeiro, Universidade do Rio de Janeiro, p. 101-110.
- JEOLÁS, L.S. & FERRARI, R.A.P, 2003. *Oficinas de Prevenção em um Serviço de Saúde para Adolescentes: Espaço de Reflexão e de Conhecimento Compartilhado*. Ciência e Saúde Coletiva, 8(2):611-620.
- JORNAL O GLOBO, 2006. Rio de Janeiro, domingo, 19 de março de 2006, Ano LXXXI, nº. 26.522.
- KANCHANACHITRA, C., 1998. *Best Practice in Reduction of Vulnerability of Girls to HIV/AIDS*. Warasan Prachakon Lae Sangkhom, 7(1):53-83.
- KRISCHKE, P. J., 2005. Questões sobre juventude, cultura política e participação democrática. In: Abramo, H. W. & Branco, P. P. M. (Orgs.) *Retrato da Juventude Brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Instituto Cidadania, p: 243-261.
- MAIN, D. S., IVEWRSON, D. C.; JOEMcGLOIN, M. A.; BANSPACH, S. W.; COLLINS, J. L.; RUGG, D. L. & KOLBE, L. J., 1994. *Preventing HIV among Adolescents: Evaluation of a School-Based Education Program*. Preventive Medicine 23, p.409-417.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. & NETTER, T. W. (Orgs.), 1993. *Como Avaliar a Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV e AIDS*. In: A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:ABIA:IMS/UERJ.
- MATTOS, R.A., 2003. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. (PINHEIROS, R. & MATTOS, R. A., Orgs.). Rio de Janeiro:UERJ, IMS:ABRASCO, p. 45-59
- MERHY, E.E., 1997. A Rede Básica como uma Construção da Saúde Pública e seus Dilemas. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. (MERHY, E.E.& ONOCKO, R., Orgs.). São Paulo: HUCITEC, 1997, p.197-228.
- MEHRET, M.; MERTENS, T.E.; CARAËL, H.; NEGASSA, H.; FELEKE, W.; YITBAREK, N. & BURTON, T., 1996. Baseline for the Evaluation of an AIDS Programme using Prevention Indicators: A Case Study in Ethiopia. Bulletin of the World Health Organization, 74(5):509-516.
- MÉRCHAN-HAMANN, E., 1998. Oficinas de Prevenção de HIV/AIDS como espaços sociais e culturais integradores. In: ABIA. Treinamento: Temas para a discussão. Rio de Janeiro:ABIA, p:38-42
- MERTENS,T.; CARAEL, M.; SATO,P.;CLELAND, J;WARD, H. & SMITH,G.D., 1994. *Prevention Indicators for Evaluating the Progress of National AIDS Programmes*. AIDS, v. 8, n.10, p:1359-1369.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1996. *Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1997. *Preservativo Masculino: Hoje, mais necessário do que nunca!* Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.
- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002a. *Resposta A Experiência do Programa Brasileiro de Aids*. Brasília:Coordenação Nacional de DST e Aids/UNESCO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2002b. *Políticas Públicas de Saúde para a Promoção à Saúde, Prevenção das DST/Aids e garantia dos Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids*. Documento disponível no site: <http://www.aids.gov.br>, consultado em 06.11.2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2002b. *Parcerias com Organizações da Sociedade Civil - OSC, no âmbito da política de incentivo HIV/Aids e outras DST(ANEXO 03 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – N.º 01/2002 - Portaria N.º 2314, de 20 de dezembro de 2002)*. Documento disponível no site: <http://www.aids.gov.br>, consultado em 06.11.2003.
- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2006. *Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos – 2004*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS.
- MONTEIRO, S., 1999. *AIDS e Proteção: A Visão de Jovens de um Bairro Popular*. Revista Estudos Feministas, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS/UFRJ) e Centro de Filosofia e Ciências Humanas (UFSC), Rio de Janeiro, Vol. 7, nº 1 e 2.
- MONTEIRO, S. S.; VARGAS, E. P. & CRUZ, M. M., 2001. *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: Aproximações com Campo da Saúde*. 24^a. Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) – Grupo de Trabalho Educação e Comunicação Dez Anos, Caxambu-MG, p. 171-191.
- MONTEIRO, S., 2002. *Qual Prevenção? Aids, Sexualidade e Gênero em uma Favela Carioca*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- MONTEIRO, S. & VARGAS, E., 2003. *Desafios Teóricos no Campo da Prevenção do HIV/AIDS*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.29, p.24-33.
- MONTEIRO, S. & CECCHETO, F., 2006. *Trajectorias Juveniles e Intervenciones Sociales: Repercusiones em lãs Prácticas Sociales y em la Salud (Rio de Janeiro, Brasil)*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):193-200.
- MORAES, D. R., 2004. *Caracterização da Proposta Pedagógica de Prevenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Educadores de uma Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro - Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro.
- NEMES, M. I. B., 2001. *Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro:ABIA.
- PAIVA, V., 1996. *Sexualidades Adolescentes: Escolaridade, Gênero e o Sujeito Sexual*. In: Parker, R.& Barbosa, R. Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- PAIVA, V., 2000. *Fazendo Arte com Camisinha: Sexualidades Jovens em Tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.

- PARKER, R., 1996. *Empowerment, Community Mobilization and Social Change in the face of HIV/Aids*. AIDS, 10(suppl. 3):S23-S27.
- PARKER, R. & CAMARGO JR., K. R., 2000. *Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (Supl. 1): 89-102.
- PATTON, M.Q., 1987. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Newbury Park London - New Delhi: Sage Publications, 2nd. ed.
- PATTON, M.Q., 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- PATTON, M.Q., 1997 *Utilization Focused Evaluation: The News Century Text*. Thousand Oaks, California:Sage Publications, 3rd. ed.
- PEERSMAN, G.V. & LEVY, A. J., 1998, *Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people*. AIDS , Vol. 12 (suppl A) , S 191-196.
- PEERSMAN, G. V. & RUGG, D., 2004. Intervention Research and Program Evaluation: The Need to Move Beyond Monitoring. In: Rugg, D; Peersman, G. & Carael, M. (Eds). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. San Francisco: New Directions for Evaluation, n.103, p.141-158.
- PENCHANSKY, D.B.A & THOMAS, J.W., 1981. *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Med Care, February, 19(2):127-40.
- PIMENTA, M.C., RIOS, L.F., BRITO, I., TERTO JR, V. & PARKER, R., 2000. *Passagem Segura para a Vida Adulta: Oportunidades e Barreiras para a Saúde Sexual dos Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro: ABIA.
- PIMENTA, C., 2004. *Marcos Conceituais e Teorias de Intervenção ao HIV/aids: Paradigmas de Prevenção entre Jovens*. Rio de Janeiro, IMS. Tese de Doutorado.
- POPE, C. & MAYS, N., 2005. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2^a. Edição.
- REIS, L. I. G., 2000. *Jovens em Situação de Risco Social*. In; Juventude nos Anos 90:Conceitos, Imagens e Contextos (Alvim, R.& Gouveia, P., Ogs.). Rio de Janeiro: Contra Capa Editora, p: 81-102.
- ROCHA, F. M. G., 1999. *Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- RUA, M. G. & ABRAMOVAY, M., 2001. *Avaliação das Ações de Prevenção de DST/Aids e Uso Indevido de Drogas nas Escolas do Ensino Fundamental e Ensino Médio em Capitais Brasileiras*. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, Grupo Temático UNAIDS/ UNDCP.
- RUGG, D; CARAEL, M.; BAERMA, J.T. & NOVAK, J., 2004. Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS: From AIDS Case Reporting to Program Improvement. In: Rugg, D; Peersman, G. & Carael, M. (Eds). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. San Francisco: New Directions for Evaluation, n. 103, p. 33-48.

- RUZANY, M. H.; ANDRADE, C. L. T.; ESTEVES, M. A. P.; PINA, M. F. & SZWARCOWALD, C. L., 2002. *Avaliação das Condições de Atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.3.
- SANTOS, E.M., 1992. AIDS related knowledge and sexual practices among two groups of adolescents of Rio de Janeiro, Brazil: A contribution to HIV/AIDS prevention programs. PhD Tese apresentada à Uniersidade de Illinois, Urbana-Champion.
- SANTOS, E. M., 1995. Comportamentos Sexuais, Práticas Sexuais, Habitus, Trabalho Erótico: uma Contribuição ao Estudo das Sexualidades. In: *AIDS - Ética, Medicina e Biotecnologia*.(D. Czeresnia, E. M. Santos, R. H. S. Barbosa & S. Monteiro, Orgs.) São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.
- SANTOS, E. M. & NATAL, S., 2006. *Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com Ênfase em DST/HIV/AIDS*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 3.
- SANTOS, V.L. & SANTOS, C.E., 2000. Adolescentes, Jovens e Aids no Brasil. In: *Prevenir é Sempre Melhor 99*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 6-13.
- SCHALL, V. T. & STRUCHINER, M., 1995. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas. In: *AIDS: Pesquisa Social e Educação* (Czresnia, D.; Santos, E. M. S.; Barbosa., R. H. S. & Monteiro, S., Orgs.). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO.
- SCRIVEN, M., 2004. The Methodology of Evaluation. In: *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. São Paulo: Instituto Fontes Coletânea de Textos, p.8-33.
- SMS-RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). *Programa de Saúde do Adolescente*. Documento disponível no site: <http://www.saude.rio.rj.gov.br>, consultado em 10.02.2004.
- STAKE, R.E., 1973. The Countenance of Educational Evaluation. In: Worthen,B.R. & Sanders,J.R. *Educational Evaluation: Theory and Practice*. California:Wadsworth Publishing Company, p. 106-142.
- STUFFLEBEAM, D. L., 2001. *Evaluation models*. San Francisco: Jossey-Bass, New Direction for Evaluation, no. 89.
- UNAIDS/WHO, 2003. *Report on the Global HIV /AIDS Epidemic*. Documento disponível no site: <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology.asp>, consultado em 30.10.2003.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M., 2005. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação. In: Hartz, Z.M.A & Vieira-da-Silva, L.M.(Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/ Fiocruz.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R. & FITZPATRICK, J. L., 1997. *Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines*. New York:Longman, 2nd. Ed.
- YIN, R. K., 2001. *Estudos de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre:Bookman, 2ª edição.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de Visita à Instituição

I. Caracterização da Instituição

1. Localização da unidade
2. Tipo de atendimento oferecido para os jovens
3. Perfil dos profissionais que realizam as atividades com os jovens

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção

4. Em que tipo de atendimento são desenvolvidas atividades educativas de saúde reprodutiva e prevenção DST/AIDS
5. Na programação das atividades educativas as temáticas relacionadas à saúde sexual, saúde reprodutiva e de prevenção as DST/AIDS estão contempladas
6. Qual(is) a(s) estratégia(s) utilizadas no desenvolvimento das atividades de prevenção de DST/AIDS?
7. Quais os profissionais envolvidos com essas atividades?
8. São realizadas atividades extra-muros de prevenção DST/AIDS com jovens?
9. Quais os tipos de insumos disponíveis para atividade de prevenção DST/AIDS com os jovens?
10. A unidade distribui preservativos para jovens?
11. Como é feita a distribuição?
12. Como é feito o controle dos preservativos distribuídos?
13. É feito controle sobre adesão ao preservativo?

III. Acesso

14. Como é a chegada do jovem na instituição?
15. Os jovens são atendidos de imediato ou são agendados?

16. Os problemas dos jovens que não podem ser atendidos são encaminhados para outros locais?
17. Os profissionais oferecem preservativo aos jovens? Se sim, de que forma?
18. São realizadas atividades educativas para os jovens? Que tipo de atividade?
19. Existe algum mecanismo de facilitação do acesso dos jovens as ações de prevenção de DST/AIDS?

IV. Qualidade

20. Como os jovens são recebidos na instituição?
21. Existe no local espaço apropriado para a realização do atendimento individual? E de grupo?
22. Há integração dos temas abordados?
23. Existe algum tipo de atividade para os responsáveis pelos jovens?
24. Os jovens conseguem ser atendidos fora do horário de atendimento estabelecido?
25. Existem parcerias institucionais?

V. Monitoramento e Avaliação

26. E feito cadastro dos jovens do programa?
27. É feito controle de falta e abandono?
28. Quando o jovem abandona as atividades, o que é feito?
29. Os profissionais avaliam as atividades realizadas? De que forma?
30. Os jovens avaliam as atividades realizadas? De que forma?
31. Existem estratégias de envolvimento dos jovens a proposta de trabalho do programa?

ANEXO II

Roteiro de Observação Participante US

I. Identificação da Atividade

32. Local da sede da US:

33. Nome do programa:

34. Público-alvo:

35. Nome da atividade observada:

36. Data:

37. Horário de início: _____ Horário de término: _____

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção

38. Ambiente e local (Descrever as condições do ambiente onde foi realizada a atividade – se confortável, silenciosos, bem iluminado, limpo, boa acomodação, fácil acesso para os participantes; percepção do grupo em relação ao ambiente)

39. Quantos profissionais participaram da atividade?

40. Relacione a categoria profissional dos profissionais que participaram:

41. Houve apresentação dos integrantes do grupo? () sim () não Se não,
() o grupo já se conhecia () não houve () não se aplica

42. O objetivo da atividade foi partilhado com os integrantes do grupo?

() sim () não Se sim, qual era o objetivo?

43. As expectativas com relação à atividade foram partilhadas? () sim () não

Se sim,

() só as do educador () só as dos integrantes () as de ambos

44. Que tipo de tema foi abordado?

() DST/AIDS () Juventude () Direitos e Cidadania

() Saúde Reprodutiva () Sexualidade () Violência

- Cuidados com saúde Relações de Gênero Etnia/cor
 Discriminação/Preconceito Uso de drogas Orientações Sexual
 Corpo/ corporeidade Desigualdade Social Outros _____

45. Que tipo de prática aconteceu?

Tipo	Conteúdo	Objetivo
Oficina		
Palestra		
Vídeo		
Debate		
Leitura de textos		
Atividade cênica		
Atividade de expressão corporal		
Atividade lúdica		
Feira/evento		
Outras:		

46. Durante a atividade, os integrantes participaram? sim não

Se sim, de que forma?

47. Durante a atividade, os profissionais falaram? sim não

Se sim, sobre o que falaram? (de sua história de vida, de situações do cotidiano...)

48. Quanto aos fundamentos educativos/ pedagógicos das práticas, as atividades dão ênfase:

à transmissão de informações

a recomendação de mudanças de comportamentos de risco

à responsabilidade individual

mobilização de uma comunidade específica no enfrentamento do problema

integrar a dimensão da vulnerabilidade individual, social e programática

III. Acesso

49. Foi feita distribuição de preservativo na atividade? sim não Se sim, de que forma foi feita essa distribuição?

50. Houve a distribuição de material educativo? sim não Se sim, o conteúdo do material foi trabalho?

IV. Monitoramento e Avaliação

51. Foi feita avaliação? sim não Se sim, especifique:

21. Houve registro da atividade? sim não Se sim, especifique:

relatório da atividade feito pelo profissional de saúde/ educação

relatório das atividades feito pelos integrantes

houve produção de “proposta de encaminhamento” conjunta

não houve produção de registro ou proposta de encaminhamento

Observações:

ANEXO III

Roteiro de Observação Participante ONG

I. Identificação da Atividade

1. Local da sede da ONG:
2. Nome do projeto:
3. Público-alvo:
4. Nome da atividade observada:
5. Data:
6. Horário de início: _____ Horário de término: _____

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção

7. Ambiente e local (Descrever as condições do ambiente onde foi realizada a atividade – se confortável, silenciosos, bem iluminado, limpo, boa acomodação, fácil acesso para os participantes; percepção do grupo em relação ao ambiente)
8. Quantos profissionais participaram da atividade?
9. Relacione a categoria profissional dos profissionais que participaram:
10. Houve apresentação dos integrantes do grupo? sim não Se não,
 o grupo já se conhecia não houve não se aplica
11. O objetivo da atividade foi compartilhado com os integrantes do grupo?
 sim não Se sim, qual era o objetivo?
12. As expectativas com relação à atividade foram compartilhadas? sim não
Se sim,
 só as do educador só as dos integrantes as de ambos
13. Que tipo de tema foi abordado?
 DST/AIDS Juventude Direitos e Cidadania
 Saúde Reprodutiva Sexualidade Violência

- Cuidados com saúde Relações de Gênero Etnia/cor
 Discriminação/Preconceito Uso de drogas Orientações Sexual
 Corpo/ corporeidade Desigualdade Social Outros _____

14. Que tipo de prática aconteceu?

Tipo	Conteúdo	Objetivo
Oficina		
Palestra		
Vídeo		
Debate		
Leitura de textos		
Atividade cênica		
Atividade de expressão corporal		
Atividade lúdica		
Feira/evento		
Outras:		

15. Durante a atividade, os integrantes participaram? sim não

Se sim, de que forma?

16. Durante a atividade, os profissionais falaram? sim não

Se sim, sobre o que falaram? (de sua história de vida, de situações do cotidiano...)

17. Quanto aos fundamentos educativos/ pedagógicos das práticas, as atividades dão ênfase:

- à transmissão de informações
 a recomendação de mudanças de comportamentos de risco
 à responsabilidade individual

mobilização de uma comunidade específica no enfrentamento do problema

integrar a dimensão da vulnerabilidade individual, social e programática

III. Acesso

18. Foi feita distribuição de preservativo na atividade? sim não Se sim, de que forma foi feita essa distribuição?

19. Houve a distribuição de material educativo? sim não Se sim, o conteúdo do material foi trabalho?

IV. Monitoramento e Avaliação

20. Foi feita avaliação? sim não Se sim, especifique:

21. Houve registro da atividade? sim não Se sim, especifique:

relatório da atividade feito pelo profissional de saúde/ educação

relatório das atividades feito pelos integrantes

houve produção de “proposta de encaminhamento” conjunta

não houve produção de registro ou proposta de encaminhamento

Observações:

ANEXO IV

Roteiro Entrevista Gestor US

I. Identificação do Gestor:

1. Formação acadêmica:
2. Cargo que ocupa:
3. Descreva sua história profissional:
4. Capacitação Profissional:
5. Há quanto tempo trabalha na unidade?
6. Breve histórico da instituição:
7. Descreva sua trajetória institucional:
8. Há quanto tempo atua como gestor?
9. Descreva o trabalho que realiza:
10. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?
11. Equipe de profissionais: (diretor, coordenador, pessoal administrativo, profissionais de saúde, voluntário, etc)

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção:

12. Descreva, de forma resumida, o programa de prevenção de DST/AIDS para jovens da unidade:
13. Mencione o principal objetivo desse programa:
14. O que é oferecido de atendimento aos jovens na unidade?
15. Temas abordados:

<input type="checkbox"/> Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> Relações de Gênero
<input type="checkbox"/> Cidadania	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Discriminação/ Preconceito	<input type="checkbox"/> Outros _____

16. Local onde as atividades são desenvolvidas:
17. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do programa?
18. Os profissionais do programa estão capacitados para realizar suas atividades?
Como foram capacitados? (Verificar metodologia adotada)
19. Quantos profissionais foram capacitados?
20. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
21. Como acontece o planejamento das atividades do programa (quem planeja, em que momentos, quais as prioridades atuais)
22. Parcerias:
- Organizações Não Governamentais Outras unidades de saúde
- Movimentos Sociais Comunidade local
- Escolas Outros _____
23. Como aconteceram essas parcerias? (Explique melhor como se dá essa relação com os parceiros)
24. Se existe parceria(s), ela(s) foi(ram) formalizada(s)?
25. Se não tem nenhuma parceria, por que não tem?
26. Como o programa se mantém?
27. E quando faltam recursos, quais as estratégias adotadas?

II. Acesso ao Programa

28. Como o jovem deve fazer para ser atendido na unidade?
29. Existe algum mecanismo para facilitar o acesso do jovem? Qual(is)?
30. Quais as principais barreiras que o jovem pode encontrar para ser atendido na unidade?
31. Em que circunstâncias o jovem não é absorvido pelo programa?

32. Quais as demandas que são mais freqüentes por parte dos jovens que procuram a unidade?
33. Estas demandas incluem saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS?
34. Em quais atividades da unidade são tratadas as questões relacionadas à prevenção DST/AIDS?
35. Há um perfil dos jovens que freqüentam as atividades?
36. A unidade atende casos de DST? Como é feita a abordagem?
37. A unidade oferece teste HIV aos jovens? Para quais?
38. É necessária a autorização do responsável para a realização do teste? Por quê?
39. É feito aconselhamento pré-teste e pós-teste? Quem faz?
40. Quem faz aconselhamento foi capacitado para tal?
41. Existe algum tipo de apoio (material, financeiro, jurídico, psicológico, etc.) dado aos jovens?
42. Critério para recebimento desse apoio?

III. Qualidade da Atenção

43. Como é o acolhimento dos jovens na unidade?
44. Que tipo de demanda dos jovens o programa não consegue atender, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva?
45. Existem recursos materiais disponíveis para a realização das atividades do programa? Se não, por quê?
46. São distribuídos materiais educativos aos jovens? Como é feita a distribuição?
47. Na sua opinião, esses materiais são adequados para os jovens? Por quê?
48. Quando precisam encaminhar um jovem que apresenta um problema de saúde, a unidade tem um sistema de referência definido?
49. Qual a repercussão do programa para a população atendida?

- prevenção de doenças
- ocupação do tempo livre
- oportunidade de trabalho remunerado
- valorização cultural
- melhora no relacionamento familiar
- clareza sobre os riscos para a saúde
- diminuição do uso de drogas
- Outros _____

50. Você acha que o programa vem conseguindo atingir os seus objetivos? Por quê?

51. Qual o seu grau de satisfação com o programa? Justifique:

- Baixo Médio Bom Muito bom Excelente

IV. Monitoramento e Avaliação

52. É feito relatório das atividades que envolvem saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das DST/AIDS com jovens? É feito com que objetivo?
53. As atividades são avaliadas?
54. Vocês têm um momento específico para isso? Se si, descreva como é feito
55. Quem participa (só o gestor, só a equipe, equipe e jovens)
56. A avaliação é informal ou formal (com base em instrumento específico)? (Se tiver instrumento, solicitar uma cópia)
57. É feito por alguém do programa (avaliador interno) ou de fora do programa (avaliador externo)?
58. São utilizados indicadores de avaliação das atividades? Qual(is)?
59. O que é feito com o resultado das avaliações?
60. Já conseguiu mudar algo no programa que foi apontado como sugestão numa das avaliações feita?

61. Quais as facilidades encontradas no desenvolvimento do programa? E dificuldades?

ANEXO V

Roteiro Entrevista Profissional US

I. Identificação dos Profissionais:

1. Formação acadêmica:
2. Cargo que ocupa:
3. Descreva sua história profissional:
4. Capacitação Profissional:
5. Há quanto tempo trabalha na unidade?
6. Breve histórico da instituição:
7. Descreva sua trajetória institucional:
8. Descreva o trabalho que realiza:
9. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?
10. Equipe de profissionais: (diretor, coordenador, pessoal administrativo, De que forma você está envolvido(a) com as atividades voltadas para os jovens e para a prevenção das DST/AIDS?
11. Recebeu algum tipo de capacitação específica para realizar atividades sobre prevenção de DST/AIDS com jovens? (Descreva como foi capacitado)

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção:

12. Descreva, de forma resumida, o programa de prevenção de DST/AIDS para jovens na unidade:
13. Mencione o principal objetivo desse programa:
14. Você participou da elaboração do programa?
15. Área de atuação: () saúde () educação () lazer () esporte () cidadania () profissionalização () cultura () outros _____

16. Descreva as atividades que desenvolve: (descrição, objetivos, fundamentos, metodologia...)
17. Temas abordados:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> Relações de Gênero |
| <input type="checkbox"/> Cidadania | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Discriminação/ Preconceito | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
18. Como esses temas são abordados?
19. A abordagem da atividade é: individual grupo individual e grupo
20. Qual a regularidades de tais atividades:
- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> semanal | <input type="checkbox"/> quinzenal | <input type="checkbox"/> mensal |
| <input type="checkbox"/> bimensal | <input type="checkbox"/> semestral | <input type="checkbox"/> eventual |
21. Como você prepara as suas atividades?
22. Na sua opinião, qual a principal estratégia pedagógica adotada nas atividades?
23. Quem planeja as atividades do programa? Descreva o processo de elaboração das atividades (como se reúnem, o que é debatido, quem define as prioridades)
24. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do programa?
25. Os profissionais do programa estão capacitados para realizar suas atividades?
Como foram capacitados? (Verificar metodologia adotada)
26. Quantos profissionais foram capacitados?
27. Local onde as atividades são desenvolvidas:
28. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
29. Como acontece o planejamento das atividades do programa (quem planeja, em que momentos, quais as prioridades atuais)
30. Parcerias:

- Organizações Não Governamentais Unidades de saúde
 Movimentos Sociais Comunidade local
 Escolas Outros _____

31. Como aconteceram essas parcerias? (Explique melhor como se dá essa relação com os parceiros)
32. Se existe parceria(s), ela(s) foi(ram) formalizada(s)?
33. Se não tem nenhuma parceria, por que não tem?
34. Como o programa se mantém?
35. E quando faltam recursos, quais as estratégias adotadas?

II. Acesso no Programa

36. Como um jovem deve fazer para ter acesso as atividades de prevenção de DST/AIDS da unidade?
37. Existe algum mecanismo para facilitar o acesso do jovem? Qual(is)?
38. Em que circunstâncias o jovem não é absorvido? (Descreva situação pode se perder a oportunidade de atender ao jovem que procura o programa)
39. É pedida autorização dos responsáveis para que os jovens participem de alguma atividade específica do programa?
40. Os jovens que passam a frequentar o programa são cadastrados?
41. Existe uma faixa etária definida para o jovem participar do programa?
42. Atualmente, quantos jovens estão participando das atividades do programa? (Se não sabe, onde conseguir?)
43. Quais as demandas que são mais frequentes por parte dos jovens que procuram a unidade?
44. Estas demandas incluem saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST/AIDS?
45. O que é distribuído para os jovens na unidade?
- preservativo masculino 52mm

- preservativo masculino 49mm
 - preservativo feminino
 - outros métodos contraceptivos
 - material educativo
 - gel lubrificante
 - Outros. Qual(is)? _____
46. Como os jovens fazem para conseguir o preservativo masculino?
47. Tem cota de preservativo estabelecida para cada jovem? De quanto?
48. A distribuição de preservativo está vinculada a alguma atividade educativa?
(Explique como é feita)
49. Que tipos de recursos materiais costumam ser usados nessas atividades?
50. Há um perfil dos jovens que freqüentam essas atividades?
51. Quando o jovem apresenta uma DST, como é feita a abordagem?
52. Em que circunstâncias o jovem pode ser encaminhado para fazer a testagem para HIV?
53. Quando é necessário encaminhar, para onde encaminha?
54. Existe algum tipo de apoio (material, financeiro, jurídico, etc.) dado aos jovens?
55. Existe algum critério para recebimento desse apoio?

III. Qualidade da Atenção

56. Como é o acolhimento dos jovens na unidade?
57. Que tipo de demanda dos jovens o programa não consegue atender, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva?
58. Existem recursos materiais disponíveis para a realização das atividades do programa? Se não, por quê?
59. São distribuídos materiais educativos aos jovens? Como é feita a distribuição?

60. Na sua opinião, esses materiais são adequados para os jovens? Por quê?
61. Quando precisam encaminhar um jovem que apresenta um problema de saúde, a ONG tem um sistema de referência definido?
62. Na sua opinião, os jovens conseguem resolver o que querem quando buscam a unidade? Por que?
63. Qual a repercussão do programa para a população atendida?
- prevenção de doenças
 - ocupação do tempo livre
 - oportunidade de trabalho remunerado
 - valorização cultural
 - melhora no relacionamento familiar
 - clareza sobre os riscos para a saúde
 - diminuição do uso de drogas
 - Outros _____
64. É utilizada alguma estratégia para facilitar o acesso ao preservativo? Se sim, qual?
65. E para facilitar o uso do preservativo? Se sim, qual?
66. É feito algum tipo de controle sobre o uso do preservativo com o jovem? Como é feito?
67. Há integração da abordagem da saúde sexual e reprodutiva com prevenção de DST/AIDS?
68. Como é a participação dos jovens nessas atividades? (Explicar)
69. Você acha que o programa vem conseguindo atingir os seus objetivos? Por quê?
70. Qual o seu grau de satisfação com o programa? Justifique:
- Baixo Médio Bom Muito bom Excelente

IV. Monitoramento e Avaliação

71. É feito relatório das atividades que envolvem saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das DST/AIDS com jovens? É feito com que objetivo?
72. Esse relatório é analisado? Se sim, com que finalidade?
73. É feita supervisão das atividades? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
74. Depois de realizadas, as atividades são avaliadas? De que forma?
75. A avaliação é informal ou formal (com base em instrumento específico)? (Se tiver instrumento, solicitar uma cópia)
76. A avaliação é feita por alguém do programa (avaliador interno) ou de fora (avaliador externo)?
77. São utilizados indicadores de avaliação das atividades?
78. O que é feito com o resultado das avaliações?
79. Você já mudou alguma atividade a partir de sugestão(ões) dos jovens?
80. Vocês medem de alguma forma os impactos/ a repercussão do programa?
81. Vocês têm um momento específico para isso? Quem participa (só o gestor, só a equipe, equipe e jovens)
82. Quais as principais facilidades para a realização das atividades de saúde reprodutiva e de prevenção com os jovens na unidade?
83. Quais os principais problemas para a realização das atividades de saúde reprodutiva e de prevenção com os jovens na unidade?

ANEXO VI

Roteiro Entrevista Jovem US

I. Caracterização dos Jovens

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ anos
3. Qual a sua cor/ raça? () negro () preto () pardo () amarelo () branco
() indígena
4. Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você)?
() 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Mais que 7
5. Estado civil:
() solteiro () casado () mora junto () “ficando” () separado
() viúvo () divorciado () Outro, qual? _____
6. Religião?
7. Seus pais estão vivos? () sim () não
8. Escolaridade dos pais:
Pai: _____ série _____ grau
Mãe: _____ série _____ grau
9. Atualmente estuda? () sim () não
10. Se sim, na _____ série _____ grau
11. Trabalha? () sim () não
12. Se sim, em que? (Descreva a sua atividade profissional)
13. Você ganha algum dinheiro? () sim () não
Se sim, o que faz com o que ganha?
14. Quem paga as despesas de sua casa?
15. Quando está sem grana ou sem trabalho, a quem você recorre?

16. Como prefere se divertir?

17. O que é arriscado para você mas mesmo assim você faz?

II. Caracterização da Estratégia da Intervenção

18. Desde quando participa de atividades de prevenção de DST/AIDS na unidade?

19. Relacione as atividades em que participa:

20. Que tipo de temas foram abordados?

Saúde sexual e reprodutiva

Relações de Gênero

Cidadania

Drogas

Discriminação/ Preconceito

Outros _____

21. Descreva como que as atividades são realizadas:

22. É feita a distribuição de algum material educativo (folheto, folder, cartilha) durante ou após a atividade?

23. Você já transou com alguém? sim não

24. Se sim, com que idade transou pela primeira vez? _____ anos

25. Foi com uma pessoa do: Mesmo sexo Sexo oposto

26. Com o que mais você se preocupa quando transa? Por que?

27. Você usou algum método contraceptivo na primeira transa? Se sim, qual?

Pílula Preservativo masculino Preservativo feminino DIU

Coito interrompido Diafragma Tabela Injeção

Espermicida vaginal Outro _____

28. E atualmente, usa algum tipo de método? Se sim, qual(is)?

29. O que levou você a decidir por usar esse método?

30. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) que conhece?
31. Onde obteve essas informações sobre DST?
- () Folhetos () Serviço de Saúde () Televisão () Internet () Escola
() Projetos sociais () Outros _____
32. Tem filhos? Quantos?
33. O(s) filho(s) foi(ram) planejado(s)?
34. Fez pré-natal? (Se do sexo masculino, ver se parceira fez)
35. Fez o teste para saber se tinha HIV no pré-natal? E teste pra sífilis (VDRL)?
36. Você acha que pode pegar o vírus da AIDS? Por quê?
37. Procura se proteger de alguma forma do vírus da AIDS?
38. Atualmente você tem quantos parceiros? _____
39. Você usa preservativo? Se usa, quando você usa?
40. Antes de começar a usar você recebeu algum tipo de explicação sobre como usar?
Se sim, quem deu a explicação?
41. Como que essa orientação foi dada?
42. Encontrou dificuldade para entender o que foi passado? Qual(is)?
43. Quem consegue o preservativo, você ou seu parceiro? Como faz para conseguir?
44. O preservativo que pega é suficiente para a necessidade? Caso não seja, o que faz para conseguir mais?
45. Quem é responsável pelo uso do preservativo?
- () o homem () a mulher () os dois
46. Para você, o preservativo é um método seguro? Por quê?
47. Você tem facilidade de usar o preservativo? Por quê?
48. Você usa algum tipo de droga?

- Álcool Maconha Calmante (anfetamina) Cola
 Ácido/ Ecstasy Cocaína Outros _____

49. Você costuma usar drogas quando faz sexo? Por quê?

III. Acesso no programa

50. O que te levou a procurar a unidade?

51. Houve alguma exigência para entrar no programa?

- idade escolaridade sexo ser de determinada comunidade
 autorização dos responsáveis carga horária Outros _____

52. Descreva como foi a sua inserção nesse programa:

53. De que atividades vêm participando?

54. De qual(is) atividade(s) tem mais facilidade para participar? Por quê?

55. De qual(is) atividade(s) tem mais dificuldade para participar? Por quê?

56. Alguma vez já teve DST? Se sim, que tipo:

57. Foi atendido para tratar a DST? Se sim, onde? Como?

58. Já fez o teste do HIV? Se sim, onde fez o teste?

59. Recebeu alguma orientação antes de fazer o teste? E depois do teste?

60. Seu responsável precisou autorizar a realização do teste?

61. Como foi dada essa orientação?

IV. Qualidade da Atenção

62. Já teve algum problema de saúde que precisou ser encaminhado para outro lugar?

63. Se sim, por que motivo?

64. Para onde foi encaminhado? Como foi atendido?

65. Você já precisou ser atendido em outro horário e conseguiu o atendimento?

66. Recebe algum tipo de apoio no programa? (afetivo, jurídico, psicológico, orientação sexual, material, financeiro...)

67. O que mudou em sua vida depois que começou a ser participar das atividades do programa? (auto-estima, senso de responsabilidade/ amadurecimento, cidadania, resgate da dignidade, qualificação profissional, noção de direitos)
68. Já pensou em abandonar o atendimento na unidade? Por quê?
69. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento? Justifique:
() Baixo () Médio () Bom () Muito bom () Excelente
70. Seu responsável já participou de alguma atividade do programa? Se sim, qual?

V. Monitoramento e Avaliação

71. O que achou das atividades que participou?
72. Qual a sua principal queixa em relação às atividades de prevenção DST/AIDS?
73. O que você acha que poderia mudar para melhor?
74. Já fez alguma sugestão de mudança que foi aceita pelas pessoas do programa?
Qual foi a sugestão e por que deu essa sugestão?
75. Quais os aspectos positivos das atividades realizadas? Por quê?
76. Quais os aspectos negativos das atividades realizadas? Por que?

ANEXO VII

Roteiro Entrevista Gestor ONG

I. Identificação do Gestor:

1. Formação acadêmica:
2. Cargo que ocupa:
3. Descreva sua história profissional:
4. Capacitação Profissional:
5. Há quanto tempo trabalha na ONG?
6. Breve histórico da instituição:
7. Descreva sua trajetória institucional:
8. Há quanto tempo atua como gestor?
9. Descreva o trabalho que realiza:
10. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?
11. Equipe de profissionais: (diretor, coordenador, pessoal administrativo, profissionais de saúde, voluntário, etc)

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção:

12. Descreva, de forma resumida, o programa de prevenção de DST/AIDS para jovens da ONG:
13. Mencione o principal objetivo desse programa:
14. O que é oferecido de atendimento aos jovens na ONG?
15. Temas abordados:

<input type="checkbox"/> Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> Relações de Gênero
<input type="checkbox"/> Cidadania	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Discriminação/ Preconceito	<input type="checkbox"/> Outros _____

16. Local onde as atividades são desenvolvidas:
17. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do programa?
18. Os profissionais do programa estão capacitados para realizar suas atividades? Como foram capacitados? (Verificar metodologia adotada)
19. Quantos profissionais foram capacitados?
20. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
21. Como acontece o planejamento das atividades do programa (quem planeja, em que momentos, quais as prioridades atuais)
22. Parcerias:
- () Organizações Não Governamentais () Outras unidades de saúde
- () Movimentos Sociais () Comunidade local
- () Escolas () Outros _____
23. Como aconteceram essas parcerias? (Explique melhor como se dá essa relação com os parceiros)
24. Se existe parceria(s), ela(s) foi(ram) formalizada(s)?
25. Se não tem nenhuma parceria, por que não tem?
26. Como o programa se mantém?
27. E quando faltam recursos, quais as estratégias adotadas?

II. Acesso ao Programa

28. Como o jovem deve fazer para ser atendido na ONG?
29. Existe algum mecanismo para facilitar o acesso do jovem? Qual(is)?
30. Quais as principais barreiras que o jovem pode encontrar para ser atendido na ONG?
31. Em que circunstâncias o jovem não é absorvido pelo programa?

32. Quais as demandas que são mais freqüentes por parte dos jovens que procuram a ONG?
33. Estas demandas incluem saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS?
34. Em quais atividades da ONG são tratadas as questões relacionadas à prevenção DST/AIDS?
35. Há um perfil dos jovens que freqüentam as atividades?
36. A ONG atende casos de DST? Como é feita a abordagem?
37. A ONG oferece teste HIV aos jovens? Para quais?
38. É necessária a autorização do responsável para a realização do teste? Por quê?
39. É feito aconselhamento pré-teste e pós-teste? Quem faz?
40. Quem faz aconselhamento foi capacitado para tal?
41. Existe algum tipo de apoio (material, financeiro, jurídico, psicológico, etc.) dado aos jovens?
42. Critério para recebimento desse apoio?

III. Qualidade da Atenção

43. Como é o acolhimento dos jovens na ONG?
44. Que tipo de demanda dos jovens o programa não consegue atender, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva?
45. Existem recursos materiais disponíveis para a realização das atividades do programa? Se não, por quê?
46. São distribuídos materiais educativos aos jovens? Como é feita a distribuição?
47. Na sua opinião, esses materiais são adequados para os jovens? Por quê?
48. Quando precisam encaminhar um jovem que apresenta um problema de saúde, a unidade tem um sistema de referência definido?
49. Qual a repercussão do programa para a população atendida?

- prevenção de doenças
- ocupação do tempo livre
- oportunidade de trabalho remunerado
- valorização cultural
- melhora no relacionamento familiar
- clareza sobre os riscos para a saúde
- diminuição do uso de drogas
- Outros _____

50. Você acha que o programa vem conseguindo atingir os seus objetivos? Por quê?

51. Qual o seu grau de satisfação com o programa? Justifique:

- Baixo Médio Bom Muito bom Excelente

IV. Monitoramento e Avaliação

52. É feito relatório das atividades que envolvem saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das DST/AIDS com jovens? É feito com que objetivo?
53. As atividades são avaliadas?
54. Vocês têm um momento específico para isso? Se si, descreva como é feito
55. Quem participa (só o gestor, só a equipe, equipe e jovens)
56. A avaliação é informal ou formal (com base em instrumento específico)? (Se tiver instrumento, solicitar uma cópia)
57. É feito por alguém do programa (avaliador interno) ou de fora do programa (avaliador externo)?
58. São utilizados indicadores de avaliação das atividades? Qual(is)?
59. O que é feito com o resultado das avaliações?
60. Já conseguiu mudar algo no programa que foi apontado como sugestão numa das avaliações feita?

61. Quais as facilidades encontradas no desenvolvimento do programa? E dificuldades?

ANEXO VIII

Roteiro Entrevista Profissional ONG

I. Identificação dos Profissionais:

1. Formação acadêmica:
2. Cargo que ocupa:
3. Descreva sua história profissional:
4. Capacitação Profissional:
5. Há quanto tempo trabalha na ONG?
6. Breve histórico da instituição:
7. Descreva sua trajetória institucional:
8. Descreva o trabalho que realiza:
9. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda?
10. Equipe de profissionais: (diretor, coordenador, pessoal administrativo, De que forma você está envolvido(a) com as atividades voltadas para os jovens e para a prevenção das DST/AIDS?
11. Recebeu algum tipo de capacitação específica para realizar atividades sobre prevenção de DST/AIDS com jovens? (Descreva como foi capacitado)

II. Caracterização da Estratégia de Intervenção:

12. Descreva, de forma resumida, o programa de prevenção de DST/AIDS para jovens na ONG:
13. Mencione o principal objetivo desse programa:
14. Você participou da elaboração do programa?
15. Área de atuação: () saúde () educação () lazer () esporte () cidadania () profissionalização () cultura () outros _____

16. Descreva as atividades que desenvolve: (descrição, objetivos, fundamentos, metodologia...)
17. Temas abordados:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> Relações de Gênero |
| <input type="checkbox"/> Cidadania | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Discriminação/ Preconceito | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
18. Como esses temas são abordados?
19. A abordagem da atividade é: individual grupo individual e grupo
20. Qual a regularidades de tais atividades:
- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> semanal | <input type="checkbox"/> quinzenal | <input type="checkbox"/> mensal |
| <input type="checkbox"/> bimensal | <input type="checkbox"/> semestral | <input type="checkbox"/> eventual |
21. Como você prepara as suas atividades?
22. Na sua opinião, qual a principal estratégia pedagógica adotada nas atividades?
23. Quem planeja as atividades do programa? Descreva o processo de elaboração das atividades (como se reúnem, o que é debatido, quem define as prioridades)
24. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do programa?
25. Os profissionais do programa estão capacitados para realizar suas atividades?
Como foram capacitados? (Verificar metodologia adotada)
26. Quantos profissionais foram capacitados?
27. Local onde as atividades são desenvolvidas:
28. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
29. Como acontece o planejamento das atividades do programa (quem planeja, em que momentos, quais as prioridades atuais)
30. Parcerias:

- Organizações Não Governamentais Unidades de saúde
 Movimentos Sociais Comunidade local
 Escolas Outros _____

31. Como aconteceram essas parcerias? (Explique melhor como se dá essa relação com os parceiros)
32. Se existe parceria(s), ela(s) foi(ram) formalizada(s)?
33. Se não tem nenhuma parceria, por que não tem?
34. Como o programa se mantém?
35. E quando faltam recursos, quais as estratégias adotadas?

II. Acesso no Programa

36. Como um jovem deve fazer para ter acesso as atividades de prevenção de DST/AIDS da ONG?
37. Existe algum mecanismo para facilitar o acesso do jovem? Qual(is)?
38. Em que circunstâncias o jovem não é absorvido? (Descreva situação pode se perder a oportunidade de atender ao jovem que procura o programa)
39. É pedida autorização dos responsáveis para que os jovens participem de alguma atividade específica do programa?
40. Os jovens que passam a frequentar o programa são cadastrados?
41. Existe uma faixa etária definida para o jovem participar do programa?
42. Atualmente, quantos jovens estão participando das atividades do programa? (Se não sabe, onde conseguir?)
43. Quais as demandas que são mais frequentes por parte dos jovens que procuram a ONG?
44. Estas demandas incluem saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST/AIDS?
45. O que é distribuído para os jovens na ONG?
- preservativo masculino 52mm

- preservativo masculino 49mm
 - preservativo feminino
 - outros métodos contraceptivos
 - material educativo
 - gel lubrificante
 - Outros. Qual(is)? _____
46. Como os jovens fazem para conseguir o preservativo masculino?
47. Tem cota de preservativo estabelecida para cada jovem? De quanto?
48. A distribuição de preservativo está vinculada a alguma atividade educativa?
(Explique como é feita)
49. Que tipos de recursos materiais costumam ser usados nessas atividades?
50. Há um perfil dos jovens que freqüentam essas atividades?
51. Quando o jovem apresenta uma DST, como é feita a abordagem?
52. Em que circunstâncias o jovem pode ser encaminhado para fazer a testagem para HIV?
53. Quando é necessário encaminhar, para onde encaminha?
54. Existe algum tipo de apoio (material, financeiro, jurídico, etc.) dado aos jovens?
55. Existe algum critério para recebimento desse apoio?

III. Qualidade da Atenção

56. Como é o acolhimento dos jovens na ONG?
57. Que tipo de demanda dos jovens o programa não consegue atender, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva?
58. Existem recursos materiais disponíveis para a realização das atividades do programa? Se não, por quê?
59. São distribuídos materiais educativos aos jovens? Como é feita a distribuição?

60. Na sua opinião, esses materiais são adequados para os jovens? Por quê?
61. Quando precisam encaminhar um jovem que apresenta um problema de saúde, a ONG tem um sistema de referência definido?
62. Na sua opinião, os jovens conseguem resolver o que querem quando buscam a ONG? Por que?
63. Qual a repercussão do programa para a população atendida?
- prevenção de doenças
 - ocupação do tempo livre
 - oportunidade de trabalho remunerado
 - valorização cultural
 - melhora no relacionamento familiar
 - clareza sobre os riscos para a saúde
 - diminuição do uso de drogas
 - Outros _____
64. É utilizada alguma estratégia para facilitar o acesso ao preservativo? Se sim, qual?
65. E para facilitar o uso do preservativo? Se sim, qual?
66. É feito algum tipo de controle sobre o uso do preservativo com o jovem? Como é feito?
67. Há integração da abordagem da saúde sexual e reprodutiva com prevenção de DST/AIDS?
68. Como é a participação dos jovens nessas atividades? (Explicar)
69. Você acha que o programa vem conseguindo atingir os seus objetivos? Por quê?
70. Qual o seu grau de satisfação com o programa? Justifique:
- Baixo Médio Bom Muito bom Excelente

IV. Monitoramento e Avaliação

71. É feito relatório das atividades que envolvem saúde sexual e reprodutiva e de prevenção das DST/AIDS com jovens? É feito com que objetivo?
72. Esse relatório é analisado? Se sim, com que finalidade?
73. É feita supervisão das atividades? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
74. Depois de realizadas, as atividades são avaliadas? De que forma?
75. A avaliação é informal ou formal (com base em instrumento específico)? (Se tiver instrumento, solicitar uma cópia)
76. A avaliação é feita por alguém do programa (avaliador interno) ou de fora (avaliador externo)?
77. São utilizados indicadores de avaliação das atividades?
78. O que é feito com o resultado das avaliações?
79. Você já mudou alguma atividade a partir de sugestão(ões) dos jovens?
80. Vocês medem de alguma forma os impactos/ a repercussão do programa?
81. Vocês têm um momento específico para isso? Quem participa (só o gestor, só a equipe, equipe e jovens)
82. Quais as principais facilidades para a realização das atividades de saúde reprodutiva e de prevenção com os jovens na unidade?
83. Quais os principais problemas para a realização das atividades de saúde reprodutiva e de prevenção com os jovens na ONG?

ANEXO IX

Roteiro Entrevista Jovem ONG

I. Caracterização dos Jovens

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ anos

3. Qual a sua cor/ raça? () negro () preto () pardo () amarelo () branco
() indígena
4. Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você)?
() 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Mais que 7
5. Estado civil:
() solteiro () casado () mora junto () “ficando” () separado
() viúvo () divorciado () Outro, qual? _____
6. Religião?
7. Seus pais estão vivos? () sim () não
8. Escolaridade dos pais:
Pai: _____ série _____ grau
Mãe: _____ série _____ grau
9. Atualmente estuda? () sim () não
10. Se sim, na _____ série _____ grau
11. Trabalha? () sim () não
12. Se sim, em que? (Descreva a sua atividade profissional)
13. Você ganha algum dinheiro? () sim () não
Se sim, o que faz com o que ganha?
14. Quem paga as despesas de sua casa?
15. Quando está sem grana ou sem trabalho, a quem você recorre?
16. Como prefere se divertir?
17. O que é arriscado para você mas mesmo assim você faz?

II. Caracterização da Estratégia da Intervenção

18. Desde quando participa de atividades de prevenção de DST/AIDS na ONG?
19. Relacione as atividades em que participa:

20. Que tipo de temas foram abordados?

- Saúde sexual e reprodutiva
- Relações de Gênero
- Cidadania
- Drogas
- Discriminação/ Preconceito
- Outros _____

21. Descreva como que as atividades são realizadas:

22. É feita a distribuição de algum material educativo (folheto, folder, cartilha) durante ou após a atividade?

23. Você já transou com alguém? sim não

24. Se sim, com que idade transou pela primeira vez? _____ anos

25. Foi com uma pessoa do: Mesmo sexo Sexo oposto

26. Com o que mais você se preocupa quando transa? Por que?

27. Você usou algum método contraceptivo na primeira transa? Se sim, qual?

- Pílula Preservativo masculino Preservativo feminino DIU
- Coito interrompido Diafragma Tabela Injeção
- Espermicida vaginal Outro _____

28. E atualmente, usa algum tipo de método? Se sim, qual(is)?

29. O que levou você a decidir por usar esse método?

30. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) que conhece?

31. Onde obteve essas informações sobre DST?

- Folhetos Serviço de Saúde Televisão Internet Escola
- Projetos sociais Outros _____

32. Tem filhos? Quantos?

33. O(s) filho(s) foi(ram) planejado(s)?
34. Fez pré-natal? (Se do sexo masculino, ver se parceira fez)
35. Fez o teste para saber se tinha HIV no pré-natal? E teste pra sífilis (VDRL)?
36. Você acha que pode pegar o vírus da AIDS? Por quê?
37. Procura se proteger de alguma forma do vírus da AIDS?
38. Atualmente você tem quantos parceiros? _____
39. Você usa preservativo? Se usa, quando você usa?
40. Antes de começar a usar você recebeu algum tipo de explicação sobre como usar?
Se sim, quem deu a explicação?
41. Como que essa orientação foi dada?
42. Encontrou dificuldade para entender o que foi passado? Qual(is)?
43. Quem consegue o preservativo, você ou seu parceiro? Como faz para conseguir?
44. O preservativo que pega é suficiente para a necessidade? Caso não seja, o que faz para conseguir mais?
45. Quem é responsável pelo uso do preservativo?
() o homem () a mulher () os dois
46. Para você, o preservativo é um método seguro? Por quê?
47. Você tem facilidade de usar o preservativo? Por quê?
48. Você usa algum tipo de droga?
() Álcool () Maconha () Calmante (anfetamina) () Cola
() Ácido/ Ecstasy () Cocaína () Outros _____
49. Você costuma usar drogas quando faz sexo? Por quê?

III. Acesso no programa

50. O que te levou a procurar a ONG?
51. Houve alguma exigência para entrar no programa?

idade escolaridade sexo ser de determinada comunidade
 autorização dos responsáveis carga horária Outros _____

52. Descreva como foi a sua inserção nesse programa:

53. De que atividades vêm participando?

54. De qual(is) atividade(s) tem mais facilidade para participar? Por quê?

55. De qual(is) atividade(s) tem mais dificuldade para participar? Por quê?

56. Alguma vez já teve DST? Se sim, que tipo:

57. Foi atendido para tratar a DST? Se sim, onde? Como?

58. Já fez o teste do HIV? Se sim, onde fez o teste?

59. Recebeu alguma orientação antes de fazer o teste? E depois do teste?

60. Seu responsável precisou autorizar a realização do teste?

61. Como foi dada essa orientação?

IV. Qualidade da Atenção

62. Já teve algum problema de saúde que precisou ser encaminhado para outro lugar?

63. Se sim, por que motivo?

64. Para onde foi encaminhado? Como foi atendido?

65. Você já precisou ser atendido em outro horário e conseguiu o atendimento?

66. Recebe algum tipo de apoio no programa? (afetivo, jurídico, psicológico, orientação sexual, material, financeiro...)

67. O que mudou em sua vida depois que começou a ser participar das atividades do programa? (auto-estima, senso de responsabilidade/ amadurecimento, cidadania, resgate da dignidade, qualificação profissional, noção de direitos)

68. Já pensou em abandonar as atividades da ONG? Por quê?

69. Qual o seu grau de satisfação com as atividades? Justifique:

Baixo Médio Bom Muito bom Excelente

70. Seu responsável já participou de alguma atividade do programa? Se sim, qual?

V. Monitoramento e Avaliação

71. O que achou das atividades que participou?

72. Qual a sua principal queixa em relação às atividades de prevenção DST/AIDS?

73. O que você acha que poderia mudar para melhor?

74. Já fez alguma sugestão de mudança que foi aceita pelas pessoas do programa?

Qual foi a sugestão e por que deu essa sugestão?

75. Quais os aspectos positivos das atividades realizadas? Por quê?

76. Quais os aspectos negativos das atividades realizadas? Por que?