



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

Dissertação de Mestrado

*Aids, Saúde Reprodutiva e Prevenção: estudo de caso sobre
práticas educativas em uma ONG
(Rio de Janeiro / Brasil).*

por

Danielle Ribeiro de Moraes

Orientadoras

*Simone Souza Monteiro
Elizabeth Moreira dos Santos*

2004

Dedicatória

*Aos educadores do GCAR,
com meu respeito e carinho;*

*às vidas de Francisco e João,
cuja beleza me inspirou a escrever uma outra história;*

*ao meu querido Professor Nilson Moraes,
que fez sua aluna achar Saúde Coletiva o máximo;*

e para minha avó Sofia

(in memoriam).

Agradecimentos

Convenhamos: vida sem paixão pode ser mais segura, certinha e dentro do esperado, mas não tem muita graça. Sou uma apaixonada que teve o privilégio de poder conviver com um monte de apaixonados. O convívio com esses seres, de amores e paixões diversas, foi fundamental no meu caminho. A eles estendo minha gratidão de poder aprender com gestos, posturas, pensamentos, leituras, carinhos, respeito.

A meus pais, pela certeza de poder sempre contar com seu amor incondicional. E pelos quitutes, brigas, beijos de boa noite e o respeito pelas minhas escolhas. Vocês são o maior orgulho da minha vida. Agradeço em especial: a Geraldo, meu pai, por poder conviver com seu otimismo e sua fé em Deus e no amanhã; a Marlene, minha mãe, com quem aprendi a ler, escrever, fazer contas e respeitar as diferenças. Já que estamos em casa, aproveito para relembrar a feliz presença dos meus cachorros, seus latidos noturnos e afagos.

Ao meu apaixonado amigo Caju, obrigada pelo paparico e a paciência. Você é um daqueles grandes exemplos de amizade e desprendimento que levamos para outras vidas. Ao meu colega de profissão Cassius Schnell, obrigada pelo respeito e incentivo.

Á Simone e Beth, minhas orientadoras, agradeço em primeiro lugar por aprender que o meio acadêmico pode ser, entre outras coisas, ético e humano, porque feito de gente. Sua postura de respeito e firmeza fez toda a diferença no meu processo de formação. Obrigada ainda pela paciência, clareza, confiança, apoio e as demonstrações de amizade.

A Tia Neném e Vó Sofia, obrigada por tudo. Ao meu Tio Sá, que se mudou para um lugar bem melhor há pouco tempo, receba um beijo de sua filha. Valeu pelas vibrações positivas de Carlos Henn (sempre!), Von, Deka, Dri Bühner, Ana Luísa Vidigal, Élide, Cidinha, Luciano, Jana, Ralf, Lu e Dani Sophia. Um beijo carinhoso aos meus alunos, às pessoas porretas da ANEPS/REDEPOP e tantos outros. E à minha família, pela compreensão por minhas ausências.

Aos professores e pesquisadores Victor Valla, Eduardo Stotz, Rosely Oliveira, Reinaldo Souza Santos, Célia Ramos, Carlos Roberto Oliveira, Kenneth Camargo, Karen Giffin, Regina Helena Simões Barbosa, Sandra Hacon, Paulo Sabroza e Dina Czresnia, que dedicaram seu tempo em conversas, leituras e aulas que contribuíram

com minhas reflexões. Aos meus colegas de turma das Endemias por partilharmos tanto ao longo do curso. Que sorte de ser com vocês!

Ao DBio/LEAS, nas figuras de Sandra, Fátima, Lili, Kiki, Carla, Pedro, Davi e Lenira pela acolhida e torcida. À equipe da secretaria do DENSP, em especial a Carla, Cristiano, Amâncio, Evandro, Jussara, Nair e Lene pelo apoio que foi bem além de suas obrigações. À equipe da biblioteca da ENSP, Marcos, Elizabeth, Jarbas e Ana Cristina, e a Emilia do Comitê de Ética, pela presteza e simpatia.

Não esquecerei das dicas do Professor Heleno Correa quando pintou a dívida de onde fazer o mestrado, nem do apoio da Letícia com a tal da carta de intenção. Agradeço ainda aos docentes e educadores da FCM/UNICAMP que me apoiaram neste caminho, com especial menção à querida educadora Sissa, Adriana, Fernando Chacra e todo o povo do LACES, Rita Donalísio, Calucho, Marilisa Barros, Helenice Bosco. Aos “papos” com Adail, Gastão, Emerson, Cecílio.

À Cristina Lima e demais companheiros dos projetos de extensão ADOLEGAL da UNICAMP e AIDSJOVEM do HUGG/UNIRIO, que inspiraram a idéia desta dissertação. Àqueles que me despertaram paixão pela prática médica transformadora: Juçara Árabe, Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Carlos Alberto Morais de Sá, Adilson José de Almeida, Marilza Magalhães, Marília Abreu, Walter Eyer, Ieda Lúcia e especialmente às minhas irmãs Glória e Sônia.

Meus maiores agradecimentos à equipe do Grupo Cultural Afroreggae, sem a qual este estudo não seria possível. E, por fim, aos jovens do GCAR de Vigário Geral, que, apaixonados pela vida, me fizeram ver o quanto tudo vale a pena.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo caracterizar as práticas educativas do Grupo Cultural Afroreggae (GCAR) e identificar a sua proposta pedagógica em saúde sexual e reprodutiva. O GCAR é uma organização não-governamental localizada em Vigário Geral, na periferia do município do Rio de Janeiro. A partir da análise da produção documental da instituição, de observações do cotidiano da ONG, de entrevistas semi-estruturadas com os educadores e da observação direta das práticas educativas, foram reconhecidas duas fases na história das práticas de educação em saúde da organização. A primeira aproximou-se de uma proposta pedagógica com estímulo à participação popular. Houve valorização do desejo e das percepções de educadores e educandos no planejamento do programa de saúde da ONG, visando sua inserção em espaços públicos de representação. Na segunda e presente fase, identifica-se a manutenção do vínculo de referência na relação educador-educando e da autonomia na escolha e tratamento das temáticas, revelando a potencialidade para o desenvolvimento de ações mais integralizadoras para a prevenção do HIV/Aids. Todavia, verifica-se mudanças no desenho organizacional, caracterizadas pela ênfase nas alternativas de inclusão dos jovens no mundo da produção e o distanciamento da busca pela representatividade na formulação das políticas de saúde. Em seu lugar, é tecida uma rede de apoio entre serviços e projetos locais que se mantém periférica a esses espaços. A priorização da inserção profissional dos jovens, associada à desvalorização da participação popular, impõe limites à transformação social, principalmente em um contexto de invisibilidade das ações públicas. Tendo em vista a relação entre o aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids e as situações de exclusão social, conclui-se que as ações voltadas para a prevenção do HIV/Aids são mais efetivas quando incluídas em uma proposta de promoção da saúde sexual e reprodutiva que tenha como horizonte a transformação social. Tal perspectiva também deve contemplar o significado das experiências sexuais e as desigualdades de gênero nas relações entre educadores e jovens.

ABSTRACT

This work proposes to characterize educative practices of Grupo Cultural Afroreggae (GCAR) and to identify its pedagogical approach on sexual and reproductive health. GCAR is a non-governmental organization (NGO) located in an impoverished area in the city of Rio de Janeiro, Brazil. NGO daily life observation, documental research, in-depth interviews with educators and direct observation of their practices were performed. Two phases were recognized in the history of educative practices. During the first one, practices were related to a pedagogical approach towards popular participation, in which both educators and youngsters' perceptions were taken into account during health programs planning, as it sought to place young people into public representation sets. During the second and last phase there were elements from the previous moment, such as affective proximity between educators and young people and also educators' autonomy for choosing themes. Although these tend to be potential aspects towards a more STD/Aids prevention and health promotion comprehensive approach, changes on NGO programs, such as emphasis in developing youngsters professional skills, led to political demobilization concerning health situation. In spite of stimulating popular participation, local services and social projects developed a social network, detached from political health deliberations. In this case study, by directing attention to place youngsters into job market, while neglecting popular participation, this social network may limit social transformation, mainly in an adverse public politics context. Actions aiming STD/Aids prevention could be more effective if sexual and reproductive health promotion approaches were performed, within a social transformation perspective. Such perspective must also include, in its planning, sexual practices meanings and gender disparities present in the relation between educators and young people.

SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: AIDS E PREVENÇÃO: INDAGAÇÕES E DESAFIOS	
I.1. Contextos sociais distintos, epidemias desiguais	7
I.2. Jovens pobres: vulnerabilidade potencializada	11
I.3. Percursos das políticas públicas: o papel das ONG-Aids	16
I.4. O setor não-governamental: o tema aids em ONG não-aids	22
CAPÍTULO II: ABORDAGENS PEDAGÓGICAS: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
II.1. Abordagens pedagógicas e sua relação com as propostas preventivas em HIV/Aids	27
II.2. Por uma sistematização das abordagens	32
II.3. Elementos-chave dos fundamentos de um “modelo radical” na prevenção da aids	40
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	
III.1. O contexto	44
III.2. A organização não-governamental	45
III.3. Estratégias de investigação	48
III.4. Interação com o campo	51
III.5. Sobre os roteiros	52
III.6. Métodos de análise dos dados	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO	
IV.1. Vigário Geral: fronteiras visíveis e invisíveis	61
IV.2. Entre as respostas à chacina, o Afroreggae	67
IV.3. A temática saúde e suas mudanças no tempo	73
IV.4. Primeira fase	77

IV.5. Segunda Fase	85
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	112
Anexo 1 - Roteiro para os educadores	
Anexo 2 – Roteiro de observação das práticas	

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo caracterizar as práticas educativas do Grupo Cultural Afroreggae (GCAR) e identificar a sua proposta pedagógica em saúde sexual e reprodutiva. O GCAR é uma organização não-governamental cuja sede localiza-se em Vigário Geral, na periferia do município do Rio de Janeiro. Esta ONG possui como foco de ações a defesa da cidadania através da arte-cultura e da inserção no mercado de trabalho de jovens empobrecidos. Foi realizado um estudo de caso, a partir a análise de produção documental da instituição, de observações do cotidiano da ONG; de entrevistas semi-estruturadas com seus educadores e observação direta das práticas educativas.

Este trabalho foi desenvolvido partindo-se do olhar de uma sanitarista com formação médica e experiência em atividades de educação em saúde voltadas para a prevenção do HIV/Aids entre jovens. Tais vivências influenciaram a escolha por um programa de residência em Medicina Preventiva e Social, que permitiu tanto a continuidade da experiência com a prevenção do HIV/Aids, quanto a convivência com um grupo de educadores populares em saúde daquela universidade.

Durante essas atividades, a abordagem da temática da prevenção do HIV/Aids gerava discussões entre jovens e educadores sobre saúde sexual e reprodutiva, direitos civis e trabalhistas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desigualdades sociais. Nas oficinas educativas, duas demandas frequentemente surgiam dos jovens. A primeira consistia em equacionar o acesso a serviços de saúde e a segunda, enfrentar as condições sociais que aumentavam a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Como proposta de encaminhamento, os grupos sugeriam a interlocução com unidades de saúde e muitas vezes com associações comunitárias e projetos sociais locais. Esse desfecho convergia com reflexões teóricas que mostram que fatores sociais,

materiais e simbólicos influenciam a vulnerabilidade ao HIV/Aids. A motivação para o mestrado surgiu da experiência em educação em saúde com jovens empobrecidos e da leitura sobre o alcance de tais práticas.

No presente trabalho, tem-se o propósito de contribuir para a discussão sobre as repercussões da ação educativa voltada para o controle da epidemia de HIV/Aids e a melhoria da qualidade de vida de jovens empobrecidos. A intenção de tratar esta temática está ligada à progressão do HIV/Aids no mundo e os desafios envolvidos em seu enfrentamento. Nesse contexto, os jovens são considerados como um grupo de grande vulnerabilidade

Atualmente, estima-se em cerca de quarenta e dois milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo (WHO, 2003). Apesar de afetar um número menor de pessoas que outras doenças infecciosas, sua gravidade se expressa, entre outras formas, por apresentar em seu curso piora progressiva da qualidade do viver, diminuição da expectativa de vida e por ainda não se dispor de tecnologia para a cura medicamentosa ou vacina eficaz.

Algumas de suas características trouxeram novos desafios. Em primeiro lugar, seu modo de transmissão atualizou o estigma presente em outras doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis (Carrara, 1994). Em segundo, apesar de ocorrer em todos os segmentos populacionais, a aids apresenta distribuição desigual entre os grupos humanos e, de uma forma geral, sua ocorrência vem aumentando entre as pessoas em situação de pobreza e mulheres (Brito et al, 2001; Risi Jr. & Nogueira, 2002). Este advento tem fomentado a discussão sobre a necessidade de se levar em conta fatores sociais, político-econômicos e culturais em sua análise e enfrentamento, especialmente no tocante às estratégias de prevenção (Monteiro, 2003).

Ao pensarmos os segmentos de maior vulnerabilidade no Brasil, entendemos que a ocorrência expressiva de gravidez na adolescência e a distribuição etária dos casos de aids indicam práticas sexuais desprotegidas entre jovens (Olinto & Galvão, 1999; Ribeiro et al., 2000). Esta fase da vida tem em si fatores que contribuem para a vulnerabilidade ao HIV/Aids, porém ela é provavelmente agravada para aqueles em situação de pobreza. Com isso, vêm sendo propostas estratégias preventivas específicas para o grupo de jovens empobrecidos (Rios et al., 2002).

Durante a primeira década da epidemia, dominaram entre as políticas preventivas no país aquelas que objetivavam mudanças individuais de comportamento. No entanto, no meio acadêmico surgiram críticas apontando abordagens que incluem fatores históricos, culturais e socioeconômicos em seu planejamento como mais efetivas (Camargo Jr., 1999). As ações devem, desta forma, visar também à modificação do plano sócio-político, a fim de aumentar o acesso a programas e serviços de saúde e minimizar a desigualdade e a exclusão social.

Todavia, o percurso de identificar a desigualdade social como um fator de agravamento à vulnerabilidade não é exclusivo do HIV/Aids. Fatores simbólicos, sociais e políticos funcionam como condições de agravamento entre pessoas em situação de pobreza também para outras doenças. No nosso país, a desigualdade social relaciona-se à produção do processo endêmico-epidêmico de outras doenças transmissíveis (Sabroza et al., 1999). No enfrentamento desses problemas de saúde, é dada ênfase às estratégias preventivas.

Entende-se que a prevenção de doenças está relacionada ao uso de estratégias educativas que variam de acordo com a assunção de uma proposta pedagógica. Na literatura científica, são encontrados estudos que identificam diferentes propostas pedagógicas e, entre eles, aqueles que apontam para a contribuição de abordagens

participativas na modificação das condições políticas e sociais que levam à produção dos processos epidêmicos (Stotz, 1993; Vasconcelos, 1999; Mércan-Hamann, 1999; Paiva, 2000). Para esses autores, propostas pedagógicas que incentivam a participação apresentam maior possibilidade de transformação social.

O presente estudo objetiva contribuir para esta discussão por meio da caracterização de práticas educativas. A opção por estudar a abordagem pedagógica de uma ONG está relacionada ao fato de que, no Brasil, o setor não governamental possui um importante papel nas políticas preventivas da aids, com destaque para a execução de programas de intervenção (Galvão, 2000).

As organizações diferem em sua natureza e missão institucionais e assim, nem todas têm se voltado para a questão da aids como tema central. Especificamente entre as organizações que trabalham com jovens em situação de pobreza, as temáticas saúde e saúde sexual e reprodutiva aparecem por vezes atreladas à defesa dos direitos de cidadania a serem assegurados para este segmento (Castro et al, 2001).

Cabe esclarecer que este trabalho se insere no projeto de pesquisa “*Aids, Reprodução, Gênero e Etnia: um estudo qualitativo sobre intervenção social e juventude*”¹, desenvolvido pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde LEAS/FIOCRUZ. Este projeto visa analisar percepções e práticas, relativas à aids e saúde reprodutiva, de um grupo de jovens de classes populares que participaram de programas de intervenção social. Investiga-se em que medida a participação em programas de intervenção social promove mudanças na vida desses jovens, seja no tocante às condições materiais de existência, seja em suas representações e práticas sociais (Monteiro, 2002).

¹ Esta pesquisa integra o projeto *Sexualidade, Gênero e População Negra no Brasil e na Colômbia: Avaliações Qualitativas de Programas Sociais*”, coordenado por Simone Monteiro e apoiado pela Fundação Ford.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda as tendências atuais da epidemia de HIV/Aids no mundo e no Brasil. Além disso, descreve a situação de vulnerabilidade dos jovens e apresenta as principais estratégias de prevenção para o problema. Neste capítulo também é comentada a contribuição do setor não-governamental em seu enfrentamento.

No segundo capítulo são identificadas as abordagens pedagógicas em saúde presentes na literatura, relacionando-as com as propostas de prevenção em HIV/Aids. São descritos os modelos teóricos de prevenção e apresentado o referencial teórico que embasa a análise dos dados. Encerra o capítulo a identificação dos principais elementos que constituem uma proposta pedagógica ideal para a prevenção do HIV/Aids, com base na discussão dos achados da literatura.

O capítulo seguinte descreve a metodologia do estudo e comenta a construção de suas categorias de análise, sendo descritos o desenho do estudo, as estratégias de investigação utilizadas e os métodos para análise dos dados. Expõe-se o processo de construção dos elementos que caracterizam as práticas educativas, e sua convergência em *eixos delineadores* da proposta pedagógica. Esta seção também expõe aspectos éticos e comenta o processo de interação com o campo ocorrido nesse trabalho.

O quarto capítulo destina-se à exposição dos resultados e sua discussão. Além de apresentar o bairro de Vigário Geral, entorno da ONG em estudo, são expostas as condições históricas que contribuíram para a atuação da organização e o detalhamento do desenho organizacional da mesma. Discute-se a inserção da temática saúde entre suas atividades e os aspectos que permitiram sua distinção em duas fases. A análise das práticas em saúde sexual e reprodutiva obedeceu ao modo que uma temática mais ampla, *saúde*, é contemplada pelas ações educativas. Por fim, identifica-se a proposta pedagógica desenhada a partir da reflexão do arranjo de seus eixos de análise.

O último capítulo tece as considerações finais, partindo-se de uma reflexão acerca dos principais achados do estudo. Discute-se a importância da participação popular como integrante de abordagens pedagógicas no contexto estudado, localizando seus principais entraves e desafios. As recomendações consideram a possibilidade de as ações educativas para a prevenção do HIV/Aids estarem incluídas na perspectiva da promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens.

CAPÍTULO I

AIDS E PREVENÇÃO: INDAGAÇÕES E DESAFIOS

I.1. Contextos sociais distintos, epidemias desiguais

Compreender a tendência da epidemia de HIV/Aids fornece subsídios para delinear medidas adequadas para seu controle. Assim, acreditamos que entender a atual expressão epidemiológica contribua para a compreensão do contexto do problema e a avaliação de suas políticas de prevenção, que é objeto de discussão do presente trabalho.

Desde que foi descrita, no início da década de 1980, a aids seguiu importante progressão e hoje figura como um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 42 milhões de pessoas vivam com HIV/Aids em todo o mundo. Várias questões de ordem ética devem ser inseridas na análise deste contexto: além de os recursos tecnológicos atuais não garantirem a cura, a terapêutica medicamentosa é complexa e dispendiosa. Existem ainda desigualdades de acesso aos medicamentos, a depender de políticas públicas e da concentração de capital por parte dos países centrais. Como exemplo, a situação no continente africano traz hoje previsões sombrias: somente a África Sub-Saariana conta com 29.4 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids. Destes, 58% são mulheres e há países em que a prevalência da doença é superior a 30%, onde apenas uma pequena parcela da população tem acesso aos medicamentos (WHO, 2003).

No contexto brasileiro, foram contabilizados 310.310 casos desde a década de 1980 (PN DST/Aids, 2004). Cabe esclarecer que a notificação de um caso de aids somente ocorre quando são preenchidos critérios clínicos e/ou laboratoriais relacionados ao comprometimento funcional do sistema imunológico (PN DST/Aids, 2004). Na verdade, o estado de portador assintomático não é considerado como agravo de

notificação compulsória no território nacional, devendo-se ter em mente que o portador do HIV pode viver em média por dez anos sem apresentar os sintomas da doença.

Isso posto, passamos à contextualização das principais tendências na distribuição dos casos em nosso país. Em primeiro, a epidemia, antes restrita a grandes cidades, passou a estar presente também em municípios de menor porte². Em segundo, há hoje o predomínio do número de casos entre heterossexuais, com notado incremento da transmissão entre as mulheres. Em terceiro, apesar de encontrar-se em desaceleração, a aids apresenta maior velocidade de transmissão entre pessoas em situação de pobreza.

Podemos dizer que a epidemia de aids comporta-se de modo desigual no mundo, diferindo de acordo com localizações geográficas e segmentos populacionais. De modo análogo, no Brasil, ela é considerada como “*uma soma de microepidemias regionais*”(CN SDT/Aids, 2003), o que reflete a falácia de se pensar intervenções generalizantes na esfera da prevenção, pela própria heterogeneidade da epidemia para diferentes momentos históricos e regiões em que se insere.

Identificada entre homens que fazem sexo com homens, a aids era conhecida na década de oitenta pela equivocada alcunha de “*câncer gay*”. Profissionais do sexo e portadores de hemofilia foram depois também reconhecidos como “*grupos de risco*” para aids. O maior risco de exposição ao HIV/Aids atribuído essas populações levou ao agravamento do estigma acerca da doença, uma vez que ela traz também o signo de sexualmente transmissível. A idéia de *grupos de risco* distanciou por algum tempo outros setores sociais das medidas de prevenção (Carrara, 1994, Parker, 1994).

É interessante lembrar que as formas de transmissão do HIV (via sexual, exposição a sangue contaminado, transmissão vertical) determinaram a classificação epidemiológica dos indivíduos em determinadas *categorias de exposição*. Essa

² Szwarcwald et al. (1999) consideram grandes cidades como municípios com população maior que 500.000 habitantes e municípios de menor porte aqueles com menos de 50.000 habitantes.

classificação busca identificar o comportamento de risco que teria provavelmente originado a infecção pelo vírus HIV. Atualmente os casos são agrupados nas seguintes categorias: “*sexual*” (homo, bi ou heterossexual), “*sangüínea*” (UDI – usuários de drogas intravenosas, hemofílico e transfusão), “*perinatal*”, “*acidente de trabalho*” e “*ignorada*”.

Ao longo dos anos, foi observada no Brasil uma mudança no padrão de distribuição da aids pelas categorias de exposição. No período entre 1980 e 1990, a categoria de exposição *sexual* contava com 63,7% do total de casos, compostos por 32,0% atribuídos à exposição homossexual, 15,4% à bissexual e 16,4% à heterossexual. Na atualidade, continua a predominância da transmissão por via sexual, porém com 57,8% do total de casos atribuídos à exposição heterossexual.

Com relação à distribuição por sexo, ao longo da década de 1990 observou-se aumento do número de casos entre as mulheres em vários países do mundo (ao que se chamou de “*feminização*” da epidemia). Um dos indicadores que melhor expressa este fenômeno é o da *razão entre os sexos*. No Brasil, esta razão caiu de 6,5 casos entre homens para 1 caso entre mulheres (em média) no período 1980-1990, para 2,4:1 no período 1990-2001. Este indicador ainda vem apresentando diminuição, apontando para desigualdades de gênero que interferem na vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids (CN DST/Aids, 2002).

Os grupos em que a epidemia se iniciou (camadas médias) ainda são atingidos de maneira importante, mas hoje há clara tendência de aumento do número de casos entre as pessoas mais pobres. Apesar de apresentar desaceleração, a aids vem mantendo maior velocidade de disseminação entre as pessoas de camadas populares (Risi Jr. & Nogueira, 2002).

Alguns fatores influenciam na desaceleração, como a saturação dos segmentos populacionais sob maior risco, a implementação de medidas preventivas e programas de intervenção e controle da doença, como a terapia anti-retroviral (CN DST/Aids, 2002). No entanto, a desigualdade e a exclusão social associam-se à transmissão entre as pessoas em situação de pobreza (Szwarcwald, 2001) e a determinam, quando acontecem em paralelo à baixa incorporação dos direitos de cidadania no Brasil (Parker & Camargo Jr., 2000).

Para além dos “*números da aids*”, sabe-se que um modelo explicativo que reduza o risco de infecção ao fato de uma pessoa saber ou não as formas de transmissão da doença será, no mínimo, incompleto. E esta epidemia contribuiu, por seu momento histórico e sua magnitude, para o reconhecimento mais amplo da necessidade de um modo de analisar o processo saúde-doença através de conceitos mais integralizadores, que levem em conta os sujeitos deste processo.

Foi necessário repensar o modelo biomédico. Deste modo, lembramos que a epidemiologia, enquanto disciplina, nasceu justamente na época em que se constituiu o reducionismo biológico como modelo explicativo reinante na ciência biomédica (Ayres, 2002). Para uma melhor abordagem dos problemas de saúde, antes de ter a epidemiologia como determinante das práticas, deve-se compreendê-la como *uma das ferramentas* necessárias a compor nossa análise.

Um conceito oportunamente incorporado ao modo de se pensar a aids é o de *vulnerabilidade*, desenvolvido por MANN et al. (1993). Nele, diferentes planos devem ser levados em consideração (individual, programático, social). Segundo Ayres (1999), “*o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor à aids, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se*

contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.”(Ayres, 1999: p.65)

A discussão da concepção de vulnerabilidade explicita que a racionalidade da ação pública exige objetos de intervenção mais vinculados às formas socialmente determinadas de “*experimental o adoecimento*”. Assim, são necessárias estratégias abertas à dinamicidade e complexidade dessas experiências, com formas de avaliação menos apoiadas no evento nosológico e mais sensíveis à capacidade viva de reação de indivíduos e grupos às ameaças ao seu bem-viver.

Por se tratar de um conceito que inter-relaciona fatores sociais, culturais, políticos e econômicos ao nível da susceptibilidade de determinados indivíduos ou grupos a “riscos” sociais, indivíduos de baixa renda estariam mais vulneráveis à aids (Monteiro, 1999). Desta forma, podemos considerar que os jovens em situação de pobreza estão mais vulneráveis ao HIV/Aids, não apenas por determinantes do comportamento individual, mas por fatores que devem ser lidos a partir da análise dos determinantes sociais.

I.2. Jovens pobres: vulnerabilidade potencializada

O que chamamos de “*pauperização*” da aids advém da leitura do aumento de casos entre indivíduos de baixa escolaridade, o que se utiliza como *proxis* para classe social. Porém, devemos entender alguns limites do poder explicativo deste indicador, quando, por exemplo, tentamos interpretá-lo para indivíduos que se supõe em fase de escolarização. Se em 2000, 19,8% da população entre 10 e 19 anos não frequentavam

ou nunca freqüentaram a escola (IBGE, 2003), há necessidade de se reavaliar o indicador diante de questões brasileiras como falta de acesso, fracasso e evasão escolar.

Os jovens são considerados um grupo de maior vulnerabilidade para o HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Isto se reflete no aumento da fecundidade na juventude (Olinto & Galvão, 1999; Ribeiro et al., 2000; Gomes et al., 2002) e na distribuição etária dos casos de aids. Por exemplo, temos que 12,46% dos casos notificados desde 1980 encontram-se entre jovens e adolescentes, isto é, entre indivíduos de 13 a 24 anos. Os casos entre 25 a 29 anos respondem por 19,99% do total, o que indica práticas sexuais desprotegidas ainda nas faixas anteriores. A razão entre os sexos também vem apresentando diminuição entre os adolescentes, sendo praticamente de 1:1. Desde 2000 vem sendo notada a inversão na razão de sexos para a faixa entre 13 a 19 anos, demonstrando clara tendência de feminização neste grupo (Szwarcwald et al, 1998).

Esta é uma das formas de se enxergar a vulnerabilidade de pessoas em situação de pobreza, potencializada entre os jovens. A vulnerabilidade aumentada para o HIV/Aids demonstra em verdade um quadro que não deve ser lido apenas como um aspecto a mais da distribuição de um problema de saúde. Deve-se compreender que as epidemias são mais expressivas quando acontecem junto a problemas macrossociais, como os de ordem econômica e em face à violência (Stotz, 2003). Para Stark (1977), as relações sociais que levam à doença passaram a ser naturalizadas e consideradas imutáveis. Para ele, *“a morte encontra-se agora socialmente determinada e distribuída, com pouca referência à natureza ou à doença no sentido tradicional... uma consequência da política, não da biologia”*. Assim, não se deve pensar em enfrentamentos à epidemia de HIV/Aids sem se problematizar o contexto que leva à pobreza.

Aqui há de se tecer considerações sobre o uso dos conceitos de juventude e adolescência na literatura. Em geral, adolescência faz menção a uma classificação etária, com correspondentes de mudanças fisiológicas e comportamentais, enquanto juventude alude ao reconhecimento das diferenças entre os grupos, sejam de gênero, etnia/raça, classe social. Estes conceitos foram construídos em momentos históricos distintos, mas hoje coexistem na literatura.

Em estudo sobre a juventude e adolescência na Grã-Bretanha e América, Griffin (1993) refere que a noção de adolescência surge com o advento da II Revolução Industrial, como um resultado da demanda do capital por uma força de trabalho mais barata e mais jovem. Nesse processo, marcaram-se as diferenças de gênero e raça, tendo se estabelecido o ideal masculino, jovem e branco, desvalorizando-se a mão de obra negra e a feminina.

Pautada também na diferença de classe social, define-se como normal o padrão da camada média. Assim, traçaram-se estratégias de controle que visavam *proteger* e *civilizar* os jovens das camadas populares, em geral através de dogmas religiosos. No início do século XX, teorias anglo-saxônicas da psicologia vieram ratificar como desviantes as experiências e atitudes diferentes do padrão de normalidade da adolescência, que seguiam as mesmas diferenças de gênero, raça e classe social. Era preciso controlar os “arroubos” próprios desta faixa etária, principalmente no tocante aos “impulsos sexuais”.

Durante o último século, estabeleceu-se a adolescência tanto como um período de grandes mudanças fisiológicas, quanto de desenvolvimento da identidade; no entanto, ganhou dimensão um modelo explicativo pautado nas transformações biológicas, que naturalizou a adolescência como um período de “crise” em si mesmo. Griffin argumenta que este discurso obscureceu as relações de gênero, raça e classe

social até os anos 1970, quando as discussões das estruturas sociais e de gênero foram novamente trazidas à análise por teorias chamadas pela autora de “radicais”, sob a influência do feminismo marxista e dos estudos das populações negras norte-americanas.

Observa-se, todavia, a permanência do discurso de base biológica que caracteriza a adolescência/juventude como naturalmente problemática, com propostas terapêuticas que incluem programas de treinamento e educação. Esta idéia inclui a crença que práticas sexuais na adolescência são desviantes, principalmente em indivíduos considerados “carentes”: financeira e, por conseqüência, afetivamente, à luz dos discursos do final do século XX.

O aumento dos índices de desemprego durante os anos de 1980 levou às teses de desemprego/saúde mental, desemprego/criminalidade e lazer/ociosidade. Dessa forma, ao desemprego juvenil foram atribuídos os riscos de transtornos mentais, envolvimento com o mundo do crime e ociosidade, que levaria à delinqüência e à carência afetiva. Como modo de equacionar essa questão, a proposta pedagógica predominante passou a ser a de *desenvolver melhor* a personalidade pelo empoderamento individual.

As propostas pedagógicas de base individual devem ser avaliadas levando-se em consideração os aspectos gerais e específicos que caracterizam o período da juventude. Como exemplo, a valorização de estratégias educativas destacadas da compreensão do contexto em que se produzem as desigualdades sociais pode gerar um processo culpabilizador dos jovens em situação de pobreza. A partir da culpabilização, a discussão sobre participação popular fica relegada a uma posição marginal na formulação de políticas públicas.

Ao que pese os jovens brasileiros, eles têm vivido o crescimento da exclusão social, estando mais expostos aos efeitos da criminalidade violenta e sendo

especialmente vulneráveis aos recentes processos de fragmentação da sociedade. Adicionalmente a questões relacionadas à própria faixa etária, como a busca de identidade e a necessidade de pertencimento a um grupo, nas últimas duas décadas eles sofrem também os efeitos da política de ajuste neoliberal.

A juventude vivencia o aumento dos problemas urbanos e a precarização, flexibilização do trabalho e o desemprego (Reis, 2000; Corbisier, 2003). Esta situação passa a produzir tensões tanto nas relações de classe na esfera local, quanto no desenvolvimento econômico do país, em esfera global: quanto maior a exclusão social, maior a exposição ao risco social (Novaes, 1998).

Por outro lado, o jovem é considerado como em formação, em crescimento, em desenvolvimento. A juventude é vista de modo positivo pela lógica do mercado. Ela é um bem a ser adquirido pelos sujeitos que constituem um potente mercado consumidor. Assim, são também construídas atribuições “*positivas*” à juventude.

Quando, no entanto, trata-se de jovens pobres, as atribuições oscilam entre as positivas e a categoria de *jovens perigosos*. Ao longo do século XX e principalmente por parte do aparelho estatal, a construção dessa categoria ocorreu sob a reprodução e a atualização da conduta higienista em um modelo de assistência e proteção à juventude pobre marcado pela institucionalização (Coimbra & Nascimento, 2003).

Nas últimas décadas, vários programas de intervenção foram direcionados à juventude, em um momento histórico de grande desenvolvimento do setor não governamental, sendo muitas vezes parceiro do Estado na execução destes programas (Minayo, 1999). Entre jovens moradores de periferia, análises anteriores apresentam o trabalho com algumas temáticas (esporte, arte, educação e cultura) como contraponto à violência, oferecendo alternativas às situações de risco social (Castro, 2001; Sampson, 2003; Nation et al, 2003).

Por outro lado, Abramo (1997) afirma que a maior parte dos projetos sociais para estes jovens em situação de exclusão social não enfoca a sua co-participação, naturalizando seus comportamentos como “*problemáticos*”. Resta ao “*jovem problemático*” propostas de mudança individual, excluindo-o da participação.

Em alguns programas sociais direcionados aos jovens, há também a apropriação do tema saúde, seja abordando-a como um dos direitos de cidadania, seja aparentemente pelas oportunidades de financiamento a projetos (Galvão, 1997 e 2000). A abordagem da saúde, entre outras formas, ocorre sob o signo da promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, tendo como pano de fundo a redução da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis (aí inseridas a aids e a infecção pelo HIV). Nesse sentido, as estratégias preventivas ao HIV/Aids, inicialmente quase restritas ao campo das chamadas ONG/Aids, passaram a ser também incorporadas por outras ONG.

É interessante lembrar que houve no Brasil uma trajetória singular com relação às políticas públicas face à epidemia, em que o setor não governamental assumiu um papel marcante desde as lutas pelos direitos de pessoas vivendo com o HIV, até a formulação de diretrizes e, especialmente, à execução de programas de intervenção. Nos últimos anos, a análise dessas estratégias passou a ser considerada pelo Programa Nacional de DST/Aids como ponto importante para o (re)delineamento das políticas.

I.3. Percursos das políticas públicas: o papel das ONG-Aids

A história da aids no Brasil foi marcada por lutas políticas de setores que lidavam com a doença em seu cotidiano. Esses setores eram formados inicialmente por pessoas provenientes de camadas médias, em que se distribuía a maior parte dos casos. Conforme foi mencionado, houve a estigmatização de grupos inicialmente afetados pela

epidemia. Em resposta, houve participação expressiva do movimento em defesa dos direitos de homossexuais nessa trajetória.

Esta época coincidiu com um período de abertura política e reforma do setor saúde, que levou em 1988 à constituição do Sistema Único de Saúde. Foi introduzido no contexto político universalização do acesso à saúde. Estabelecem-se as diretrizes constitucionais de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Neste momento de consolidação do movimento social no Brasil, nascem as primeiras Organizações Não Governamentais de luta contra a aids (ONG-Aids), formadas por pessoas portadoras do HIV, seus familiares e profissionais de diversas áreas, que almejavam sobretudo a defesa dos direitos de cidadania dos portadores. Estes grupos tiveram papel fundamental no estabelecimento de políticas públicas frente à aids.

Data da década de 1980 a criação do primeiro programa de aids no país pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e a iniciativa de distribuição de folhetos informativos, partida de um grupo de ativismo gay paulista. Em 1985 o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o “Programa de Controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”. Nesse período, surgem as primeiras ONG/Aids e casas de apoio, além de terem sido iniciados os primeiros fóruns para a integração dessas associações (Galvão, 2002). O Programa Nacional de Aids foi criado no âmbito do Ministério da Saúde em 1987.

Ao largo da primeira década de epidemia toma corpo o vetor de pressão das ONG sobre a formulação de políticas públicas para a aids. No entanto, houve no período falta de articulação intersetorial, em que pesassem as participações de outros setores (oficiais) estratégicos para o enfrentamento da epidemia, além da veiculação de campanhas que acabaram por incentivar a exclusão dos portadores, como a que associava a aids à morte. Essa e outras estratégias mostraram-se ineficazes à prevenção,

agindo mesmo de modo a incrementar preconceitos e equívocos com relação à doença. Logo se faz notar que, para o HIV/Aids, o conhecimento científico pautado no modelo biomédico mostra-se incompleto para explicar o risco à infecção.

Em 1993 foi assinado junto ao Banco Mundial o primeiro acordo de empréstimo para o “Projeto de Controle da Aids e DST” (AIDS I), que vigorou de 1994 a 1998. Até então, a ação governamental no âmbito federal havia se restringido à realização de campanhas de massa pelos meios de comunicação. A partir do AIDS I, as ações centraram-se seja na informação e educação, seja na distribuição de preservativos masculinos. Para tanto, a parceria com as ONG foi uma exigência do Banco Mundial. Neste acordo, 41% dos recursos foram destinados à prevenção. Nessa época intensificava-se a integração entre as ONG, ocorrendo os primeiros Encontros de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e os fóruns nacionais entre as ONG. No plano do MS, é criado o “Setor de Articulação com ONG”, que hoje permanece enquanto a SDHC (Setor de Articulação com a Sociedade Civil de Direitos Humanos).

Em 1998 foi assinado o AIDS II, um segundo acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial. A partir desse período, o grande vetor de pressão por parte das ONG/Aids passou a ser a liberação de recursos financeiros para a compra de medicamentos e sua ampla distribuição na rede de serviços de saúde. Permeia essa disputa a disponibilização de novos medicamentos anti-retrovirais³ a partir de 1996 e o impacto de seu uso sobre o curso da aids.

Enquanto isso, a parceria da Comissão Nacional de DST/Aids com as ONG estreitou-se, principalmente através do financiamento de projetos de prevenção, que se dá por concorrências públicas.

³ Referem-se à terapia combinada HAART (sigla do inglês para *Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa*), cujo uso está associado à diminuição da ocorrência de doenças oportunistas e da mortalidade em pessoas com aids (Morgado et al., 2000; Pezzotti et al., 2003).

De acordo com nosso objetivo de analisar projetos sociais de ONG na área de saúde sexual e reprodutiva, é pertinente retomar as críticas pontuadas na discussão da concepção de vulnerabilidade no item anterior, que consideram o modelo biologizante incompleto para explicar o risco de infecção pelo HIV. Para Camargo Jr. (1999): “*o vírus transmite-se através de práticas vinculadas em última análise à própria experiência humana, irreduzível aos modelos da Biologia. Esse impasse foi percebido desde cedo pelos formuladores de políticas de saúde, que procuraram incorporar conhecimentos das Ciências Sociais para dar suporte ao planejamento das ações*”(Camargo Jr, 1999: p. 239). Cabe comentar que o reconhecimento da incompletude do modelo biológico acontece anteriormente a 1996 e portanto em um momento em que não se dispunha de alternativas eficientes no enfrentamento da doença.

Demais análises, como a de Monteiro (2002) expõem que nos anos iniciais da epidemia as políticas de prevenção eram voltadas ao contexto individual: focava-se o controle das ações pelo indivíduo e ainda, partia-se do princípio que havia relação direta entre o conhecimento das formas de transmissão e a opção por práticas seguras. Enquanto isso, a influência de fatores sociais e simbólicos era alijada da racionalidade da prevenção. Assim, entende-se que houve a princípio o estabelecimento de programas de prevenção que privilegiavam ações médico-pedagógicas dirigidas basicamente à esfera individual, em detrimento da cultura e da coletividade. Nesta direção, Paiva (1994) apontava como um desafio dos programas de prevenção o fato de superar a dimensão individual do fenômeno epidêmico e sua associação a comportamentos desviantes, tornando a aids uma doença de um “outro diferente”.

As críticas ao conceito de grupo de risco foram incorporadas gradualmente à idéia de *comportamento* ou *práticas* de risco, norteadas pela redução dos riscos pela

disseminação de informações, controle dos bancos de sangue e orientações sobre práticas de sexo mais seguro, testagem e aconselhamento e redução de danos. Ainda que seja avançado em relação à idéia de grupos de risco, o conceito de *comportamento de risco* se abstém de problematizar a macro-estrutura socioeconômica e política, reforçando a idéia de que aquele que não segue as regras dos comportamentos seguros é culpado por sua doença. Santos (1995) mostra que o comportamento era então entendido como uma entidade mórbida em si mesma, necessitando de intervenções específicas para sua mudança.

A apropriação das análises sobre políticas públicas levou a mudanças nos padrões das pesquisas sobre o tema. Dessa forma, durante a década de noventa, é dada ênfase nas dimensões política, social, cultural e econômica implicadas na transmissão do HIV. As concepções educativo-preventivas de cunho individual foram cedendo espaço para modelos multidimensionais, com base na mobilização comunitária e no “*empowerment* coletivo” (PARKER, 1996 *apud* MONTEIRO, 2002).

Não obstante, a expectativa sobre mudanças individuais ainda permanece. A noção de *empowerment* (ou “empoderamento”) na esfera individual ainda tem sido vista como a que pode fornecer condições dos indivíduos se protegerem da epidemia, e é particularmente reforçada com relação a feminização da aids.

Segundo Gama (1997), o *empowerment* significa o processo de fortalecimento de grupos sociais. Com relação às mulheres, por exemplo, baseia-se no fato de que as relações entre os gêneros são na verdade relações de poder e fornece condições objetivas e subjetivas para que as mulheres alcancem maior liberdade, seja aumentando seu capital econômico, seja através da ampliação das práticas de sexo seguro.

A primeira hipótese parte do conceito de que, em se diminuindo a dependência econômica das mulheres em relação aos homens, mudar-se-iam as crenças culturais e os

estereótipos de gênero que fazem crer a inferioridade de um gênero em relação ao outro. A segunda estabelece que o empoderamento se daria através de práticas de sexo seguro, com também o desenvolvimento de novas tecnologias de contracepção que assegurem às mulheres proteção ao HIV, sob o controle de aplicação feminino.

Cabe fazer algumas ressalvas à idéia de *empowerment*, que ainda é veiculada na literatura internacional de prevenção (Wong et al.,1998; Wolffers, 2000). A leitura desavisada da proposta de *empowerment* pode ocultar discussões sobre a vulnerabilidade social e econômica dos grupos populacionais. Lembremos em especial a conjuntura macroeconômica neoliberal que determinou grandes desigualdades na concentração do capital econômico e a falta de acesso aos medicamentos por boa parte da população mundial. Se retomarmos o conceito de integralidade, podemos perceber o quão perverso é falar da responsabilidade de escolhas individuais, enquanto passos fundamentais para a redução do impacto na transmissão são colocados em segundo plano, como a ampliação ao acesso à terapia anti-retroviral.

Para além da discussão do acesso a medicamentos, há outros entraves à apropriação do conceito de *empowerment* entre as estratégias de educação em saúde. Ao entendermos que aí está inserida a proposta de fazer com que as pessoas tenham possibilidades de realizar escolhas de menor risco em suas vidas, voltamos para a discussão do uso do conceito de risco em saúde.

Deve-se buscar compreender a partir de qual perspectiva é construído o conceito de “*melhor escolha*”. Não deve perder de vista a postura das políticas de saúde que vêm sendo utilizadas. Historicamente, as classes populares são abordadas naturalizando-se questões como pobreza e desigualdades sociais, sem se compreender o contexto em que se situam os valores e as representações em saúde.

I.4. O setor não governamental: o tema aids em ONG não-aids

No documento “*Diretrizes Para o Trabalho com Crianças e Adolescentes nas Áreas de Educação Sexual e de Prevenção das DST, da Aids e do Uso Indevido de Drogas*” (CN DST/Aids, 1998) foi definida como prioridade número um: “*implantar e ampliar, onde já se desenvolvem, ações de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas dirigido para adolescentes, nos sistemas formal e informal de ensino*”. Entre as estratégias sugeridas, é também previsto o estabelecimento de parcerias com organizações do governo e ONG para atuação na formação e na educação continuada de educadores.

Inicialmente, deveríamos refletir sobre o conceito de organização não-governamental. Para Fernandes (1994), o conceito de ONG é sintetizado na idéia do “privado com funções públicas”: instituições propriamente privadas, mas sem fins lucrativos. Os lucros eventuais devem ser reinvestidos nas atividades-fim, não cabendo a distribuição do lucro entre os membros da organização. Por outro lado, apesar de serem não-governamentais, seus fins têm a característica do serviço público. O valor atribuído a uma ONG deriva das respostas obtidas aos serviços que têm para oferecer: percebeu-se, ao longo dos anos, que serviços bem-feitos poderiam ter uma repercussão maior do que os meios que lhes são aplicados e neste sentido a parceria com outras organizações, governamentais ou não, potencializam sua competências. O projeto representa para a ONG o principal instrumento de processo de inovação institucional, uma vez que o financiamento é feito através dele.

Para Montenegro (1994), no Brasil não há total separação entre o Estado e as ONG. Muitas delas assumem objetivos de implantação de políticas públicas em parceria com o Estado ou são por ele financiadas. Além disso, a alcunha de “sem fins lucrativos” não significa que não cobrem por seus serviços, invistam em equipamentos ou paguem

seus funcionários. O termo ONG, em si, não consegue caracterizar tais organizações. A autora segue a classificação de Landim (1992), que traz ONG progressistas (ONGP) como as que desenvolvem trabalhos predominantemente de assessoria, organização dos movimentos populares, educação e comunicação, ou mais de um destes tipos de serviço.

Desde sua concepção, seriam tanto organizações militantes, quanto profissionais. Assim, aproximam-se das instituições já constituídas (partidos políticos, Igrejas, universidades, sindicatos, movimentos sociais, agências de financiamento), também se mantendo autônomas diante delas: uma relação de constante aproximação e afastamento. E, embora sua identidade organizacional esteja neste relacionamento, sua autonomia também faz parte desta mesma identidade.

Este conceito avança no sentido de compreender as ONG como um palco de articulação entre movimentos e práticas estatais e não estatais. Nesse sentido, poderia agir como um espaço privilegiado para a participação popular. Isso implica em ocupar espaços de representação estatal para co-formular e fiscalizar as políticas públicas.

Retomamos então à participação fundamental que as ONG, surgidas no início da epidemia de aids, tiveram como vetor de pressão sobre o delineamento das políticas públicas para o enfrentamento da doença no país. Vale lembrar que este movimento surgiu com duas missões: a de luta contra a epidemia e a de resistência contra os preconceitos incorporados ao discurso técnico (Oliveira, 2001).

Assim, no Brasil, um olhar à participação das ONG pode considerá-las historicamente como representantes da participação popular no processo de lutas políticas no curso da epidemia. Sua inserção em fóruns de discussão e representação política traz-lhes um papel de intermediárias entre as esferas de decisão macropolítica e as solicitações dos grupos representados.

Nesse sentido, as ONG/Aids poderiam servir de instrumento ao fortalecimento de laços de solidariedade social, com base nas relações que estabelecem com esferas governamentais, com pesquisadores do tema e outras ONG. Câmara da Silva (1998) mostra que uma das características destas organizações é minimizar as fronteiras entre o público e o privado, e serem organizadas e mantidas pelas pessoas diretamente atingidas pela epidemia, gerando novas formas de atuação política e apresentando a vida privada na criação coletiva.

Na esfera política, as ONG/Aids “*criam matrizes de solidariedade que surgem apesar do Estado, além do Estado e com o Estado*”(Câmara da Silva, 1998). Oferecem respostas aos preconceitos e às discriminações quando contribuem para reforçar a autoestima das pessoas e se esforçam por manter e/ou criar o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas que estão vivendo com HIV e Aids.

Revelando a necessidade de se melhor compreender estas organizações, Galvão (2000) argumenta que “*tal designação não dá conta da diversidade da atuação não-governamental frente à epidemia de HIV/Aids...*”(Galvão, 2000: p.38), pois uma das características das entidades brasileiras com atividades em HIV/Aids seria a superposição, como projetos de intervenção e assessoria, pesquisa e aconselhamento, além de trabalhos, em uma mesma entidade, com os mais diferentes públicos e setores, como crianças, adolescentes, empresas, mulheres, gays e escolas. E conclui: “*Enfim, longe de estarmos chegando a um consenso, assistimos, talvez, ao ápice de um processo em que complexas forças estão presentes*”(Galvão, 2000: p. 43).

A autora aponta que, com o desenrolar da epidemia, outras organizações que antes não possuíam como escopo a “luta contra a aids” passaram a fazer parte das concorrências públicas para o financiamento de projetos de prevenção. Aí está incluída uma gama de organizações de diferentes identidades institucionais, que incorporaram a

prevenção da aids em sua missão, como forma de conseguir subsídios para seus projetos.

Um outro ponto que se insere nesta reflexão é o papel do financiamento estatal sobre a autonomia das ONG e a relação entre elas e os níveis governamentais, presente no trabalho de Vilella (1999). O financiamento a partir de projetos com formato preestabelecido, que privilegiam a intervenção sobre o indivíduo, acaba por canalizar a maior parte dos esforços para a realização de intervenções com perspectiva individual. Isso reduz a autonomia das organizações e limita a emergência de idéias sobre outras dimensões que deveriam estar presentes numa proposta de prevenção do HIV/Aids para o Brasil, com um visível empobrecimento do potencial dessa parceria e da capacidade política das organizações.

Entende-se que no momento em que o Estado passa a ser um grande financiador dos projetos das ONG, passou a também estipular resultados e metas a serem alcançados. Isso implica em determinar um desenho à estratégia de intervenção, que pode ser visto como um possível entrave à participação popular, uma vez que, submetendo o desenho das estratégias de ação, a participação na formulação dessas estratégias diminui.

Além disso, a autora também comenta que houve uma ampliação do objeto de prevenção do HIV/Aids, antes trabalhado somente por ONG/Aids, para outras ONG que não tiveram sua trajetória iniciada pela epidemia. Assim, outras organizações acabaram por contemplar a prevenção, sendo o modo de financiamento um possível determinante deste processo.

Apesar de a literatura analisada apresentar a incorporação da temática da prevenção do HIV/Aids atribuindo-lhe a influência do modelo de financiamento, são escassos os estudos que descrevem ou analisam como se dão as intervenções em ONG

que têm como foco de suas ações outras temáticas. No presente trabalho, optou-se por focar as práticas educativas para a juventude em situação de pobreza, utilizando-se um estudo de caso em uma ONG que assume centralmente a questão da promoção da cidadania através do combate à ociosidade ou a criação de alternativas à inserção dos jovens no mundo da produção.

Tomando por base a ampliação descrita do foco de temáticas por outras ONG, escolheu-se não restringir o estudo às práticas educativas específicas em HIV/Aids, mas procurou-se observá-las a partir do contexto em que elas acontecem. Elas são entendidas como componentes de uma abordagem mais geral de educação em saúde.

No capítulo a seguir comentam-se tendências da educação em saúde e dos modelos de prevenção em HIV/Aids. Verifica-se que, enquanto na literatura sobre prevenção há predominância de abordagens pautadas na mudança de comportamentos individuais, na literatura sobre projetos sociais voltados para a juventude, tem-se a incorporação de concepções naturalizadas sobre os jovens em situação de pobreza.

CAPÍTULO II

ABORDAGENS PEDAGÓGICAS: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo inter-relaciona as abordagens conceituais em educação e saúde e as propostas pedagógicas⁴ voltadas para a prevenção do HIV/Aids. Aponta ainda os principais aspectos que embasaram a caracterização e análise das práticas educativas presentes neste estudo.

II.1. Abordagens pedagógicas em saúde e sua relação com as propostas preventivas em HIV/Aids

As ações educativas para a prevenção do HIV/Aids é considerada fundamental entre as estratégias de enfrentamento da epidemia e muitos dos projetos para a juventude apresentam esta vertente educativa entre suas ações. Em parte, isso poderia ser explicado pelo estímulo às práticas educativas por parte dos organismos de financiamento internacional (The World Bank, 2002). Cabe, no entanto, analisar quais as concepções de educação são predominantes nos programas de prevenção.

Início com uma leitura sobre alguns pontos da publicação do Banco Mundial “*Educação e HIV/Aids: uma Janela para a Esperança*” (THE WORLD BANK, 2002). Nesta publicação, ressalta-se a importância da educação para o desenvolvimento econômico dos países e indica-se que toda a população deva ter ao menos a educação básica.

⁴ Para efeito de localização da terminologia utilizada neste trabalho, utiliza-se *educação* para fazer referência ao *ato ou ação* educativa. Ela é a prática social na qual ocorre a relação ensino-aprendizagem, formal ou informal.

Entende-se o termo *estratégia educativa* como a razão técnica ou instrumental que faz a melhor adequação entre os meios e os fins escolhidos, isto é, como um instrumental didático. A didática é uma expressão pedagógica da razão instrumental.

Pedagogia e *pedagógico* estão relacionados a um conjunto de saberes (normas, regras, disposições, caminhos e/ou métodos) relacionados à educação (Ghiraldelli Jr., 2004). Nesse sentido, *proposta*, *ênfase* e *abordagem* pedagógica referem-se a um modelo composto por estratégias e ações educativas.

Especificamente em relação à aids, o Banco Mundial afirma que a importância da educação em saúde se justifica por exemplo por ser *“provado que confere proteção contra a infecção pelo HIV. A educação básica tem um impacto preventivo importante. Ela pode capacitar crianças e adultos jovens a tomar decisões mais saudáveis sobre suas próprias vidas, trazendo comportamentos que aumentam a expectativa de vida e dando às pessoas a oportunidade de independência econômica e esperança”*(The World Bank, 2002: pg. 3)

O documento mostra que a educação em saúde para a prevenção da aids no âmbito da educação formal tem baixo custo, além de oferecer uma pronta infraestrutura de prevenção da aids a um grande número de pessoas ainda não infectadas como crianças e jovens – que em muitos países constituem o grupo etário de maior risco.

O discurso ainda permanece com referências às classificações de comportamentos (diferenciando comportamentos “saudáveis” dos “de risco”), privilegiando mudanças individuais. A publicação atribui como motivo número um da disseminação da aids a falta de informações a respeito da doença e, a seguir, a falta de poder das mulheres e meninas em muitas sociedades, resultado de falta de educação, independência econômica e de direitos legais. No capítulo específico sobre a vulnerabilidade de meninas em idade escolar, volta a atribuir a maior vulnerabilidade à falta de educação, informação e a diferença de poder entre os gêneros.

Frente ao exposto pela agência internacional citada, cabe localizar o papel do Estado, que favoreceu as parcerias entre entidades privadas nacionais e internacionais no lidar com a epidemia. O discurso de incentivo à educação/informação para a prevenção da aids pode parecer contraditório diante da qualidade da educação formal, da complexidade de apresentações da epidemia e ao contingente de socialmente excluídos no país. Giffin (2002) aponta que o incentivo à formação de redes de

solidariedade entre pessoas de baixa renda também se torna perverso, já que a concentração de capital não permite que sejam gerados empregos e salários suficientes para dar conta da sobrevivência de todos ou para equacionar a pobreza.

Assim, ao nos reportarmos à proposta de preparar adolescentes para maior possibilidade de autodeterminação frente à transmissão da aids, devemos refletir sobre as *reais* possibilidades de escolha das pessoas, bem como conhecer o universo de práticas sexuais dos vários grupos. Se pensarmos na necessidade da mudança de abordagens educativas no sentido do reconhecimento de sujeitos do processo ensino-aprendizagem, lembramos que a educação em saúde não se restringe, ou melhor, não deve se restringir ao universo escolar.

Tanto quanto a escola, os serviços de saúde e outras organizações constituem-se em um palco privilegiado de práticas educativas. Devemos lembrar que em geral estes mesmos profissionais de ensino, ou de ensino em saúde, são formados por uma pedagogia tecnicista, centrada no ideal de produtividade e objetividade a partir de uma estrutura racional de educação. Nessa estrutura são valorizadas a racionalização, a operacionalidade e a eficiência, ao passo em que há desvalorização do que se considera “interferência” da subjetividade.

Gonçalves (1999) problematiza as práticas da educação sexual, quando expõe que o educador requer um tempo de reflexão e interlocução entre a leitura ou o “treinamento” nesse campo e a prática. *“Cada um à sua maneira tenta ensinar o mecanismo da sexualidade humana oferecendo um conjunto de explicações de tipo causal para suas complicadas nuances. Assim, dependendo da orientação ideológica, filosófica ou religiosa, temas considerados “problema” aparecem com matrizes explicativas diferentes e são tomados por quem lê publicações especializadas ou assiste*

aos cursos como se fossem as orientações corretas para se conduzir diante dos ditos problemas”(Gonçalves, 1999: p. 126).

Essa autora também aponta para a importância da reflexão acerca da sexualidade do próprio educador em saúde e para o equívoco pedagógico causado pela crença de que há professores mal-informados, pais negligentes e alunos demandantes de informações sobre o sexo. Essa crença viabilizaria a manutenção de relações saber/poder nas quais há sujeitos que informam e sujeitos que se sujeitam a informações.

Valla (2000), trata a *crise de interpretação* que acontece entre profissionais de saúde e população. Segundo ele, os profissionais têm dificuldade de compreender o que os membros das classes subalternas estão dizendo.

Este fato estaria muito mais relacionado com a postura do que com questões técnicas ou lingüísticas. Os profissionais têm então dificuldade de aceitar que pessoas “*pobres, humildes, moradoras de periferia*” sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e assim contribuir para a avaliação que os próprios profissionais fazem da mesma sociedade. O autor também expõe que há uma diversidade de grupos nessas classes, e que conhecer esses grupos implica compreender as raízes culturais, os locais de moradia e a relação que eles mantêm com grupos que acumulam capital.

Com efeito, muitas vezes as classes populares são nomeadas como ignorantes, rudes, passivas ou carentes pelos profissionais da saúde, o que os distancia ainda mais das possibilidades de entender com quem estão lidando e, em última análise, para quem estão prestando um serviço. Nesta mesma direção, Stotz (2001) aponta que a construção do saber médico, sistematizado, difere do saber popular, construído a partir da vivência da enfermidade. Assim, há um “*fosso cultural*” entre profissionais de saúde e a população, que “*reside no fato de a doença preceder o doente*” (Stotz, 2001: p.28)

Ao investigar as práticas educativas de educadores do Afroreggae em Vigário Geral, o presente trabalho objetiva analisar como esses profissionais produzem mediação. A discussão sobre práticas mais apropriadas e propostas mais sustentáveis de prevenção do HIV/Aids foi tratada por Parker (2000). Ele expõe que muitas vezes as ONG falham ao apontar as reais necessidades das comunidades afetadas, em especial as empobrecidas e marginalizadas.

Isto pode vir a ratificar as afirmações de Valla (1998), quando questiona o papel de intermediação dos profissionais para com as classes populares, na medida em que indaga se as reivindicações contidas em muitas manifestações populares seriam expressões reais do desejo das classes populares. Desse modo, entende-se que as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva enquadram-se entre as práticas em saúde, sofrem a interferência da crise apontada por Valla e operam sob distintas ênfases pedagógicas.

A partir do exposto, compreende-se que é importante caracterizar essas práticas educativas, a fim de que se possa identificar qual ênfase ou proposta pedagógica elas compõem. Para tanto, é importante assinalar a contribuição de sistematização de abordagens pedagógicas, pois elas servirão de base para a caracterização das práticas educativas em estudo.

Cito o trabalho de Stotz (1993), tomando por base a proposta de Tones (1987). Ele aponta o modelo médico como base filosófica da educação e saúde nos serviços. Para ele, a própria natureza do objeto dos educadores leva à necessidade de se misturar diferentes abordagens, pois “*os educadores precisam acentuar nos indivíduos a sua condição de sujeitos*”(Stotz, 1993: p. 19). Apesar de localizar sua discussão nos serviços de saúde, a organização em diferentes enfoques realizada pelo autor serviu para alicerçar as categorias de análise.

II.2. Por uma Sistematização das Abordagens

Na medida em que a sistematização proposta por Stotz (1993) contempla a dimensão política da prática do educador em saúde, assumiu-se como norteador o trabalho do autor acerca da categorização das principais abordagens da Educação em Saúde. Posteriormente, objetiva-se estabelecer um diálogo entre tais abordagens e as propostas pedagógicas encontradas na literatura específica de prevenção ao HIV/Aids.

Stotz aponta para quatro enfoques: 1) educativo; 2) preventivo; 3) desenvolvimento pessoal e 4) radical. O quadro comparativo construído pelo autor está extraído na íntegra para melhor explicitar as diferenças entre esses enfoques.

Quadro 1 – Abordagens em Educação e Saúde segundo Stotz (1993)

Características educativas	Abordagens			
	Educativa	Preventiva	Radical	Desenvolvimento pessoal
Objetivo	Compreensão da situação	Comportamento saudável	Consciência social da saúde	Personalidade desenvolvida
Sujeito de ação	Educador	Educador	Educador em aliança com cidadãos	Educador
Âmbito da ação	Indivíduos nos serviços/sociedade	Indivíduos nos serviços	Grupos sociais/sociedade	Indivíduos no serviço/sociedade
Princípio orientador	Eleição informada sobre riscos	Persuasão sobre riscos	Persuasão política	Potenciação do valor do indivíduo
Estratégia	Compartilhar e explorar crenças e valores	Prevenir doenças pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis	Desenvolver a luta política pela saúde	Desenvolver destrezas para a vida
Pressuposto de eficácia	Acesso igualitário às informações	Mudança de comportamento individual	Participação dos cidadãos na luta política pela saúde	Crença na capacidade de controlar a vida

Extraído de “*Enfoques sobre Educação em Saúde*”, 1993. In.: Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. Victor V. Valla, Eduardo N. Stotz (orgs). Rio de Janeiro, ed. Relumê-Dumará. p. 17.

No enfoque educativo, entende-se que ter acesso a informações sobre as doenças seja suficiente para preveni-las ou resolvê-las. Trabalha-se com ênfase no *“lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade”*(Stotz, 1993: p. 16). O educador tem por missão informar, a partir do compartilhamento e exploração de crenças e valores dos cidadãos.

No enfoque preventivo, considerado pelo autor como o mais comum em serviços de saúde, objetiva-se uma mudança do comportamento de risco para comportamento o saudável. Compreende-se que a mudança individual seja eficaz para a resolução dos problemas de saúde.

Na abordagem de desenvolvimento pessoal, o objetivo recai sobre o desenvolvimento da personalidade pela potencialização do valor do indivíduo em prol de habilidades que o permitam ter maior controle sobre sua vida. Nesse enfoque, *“é fundamental facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, da gestão do tempo, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos”*(Stotz, 1993: p. 16).

Tanto a segunda quanto a terceira abordagens partem do pressuposto de que o indivíduo é livre, com possibilidade de optar seja por comportamentos sem risco, seja por um maior controle de sua vida. Porém, tomadas isoladamente, não logram ponderar que para populações em situação de pobreza, não há a opção de escolha racional.

A quarta abordagem, chamada de radical, objetiva a consciência social da saúde; nela, o sujeito de ação é o educador em aliança com os cidadãos e a estratégia em questão é o desenvolvimento de uma luta política pela saúde. Nesta visão, almeja-se a participação dos cidadãos na luta política pelo controle da sociedade, na perspectiva da participação popular. No presente estudo, assumiu-se participação popular como *“participação política das entidades representativas das sociedade civil em órgãos,*

agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social" (Valla, 1993, p. 63).

A análise da literatura sobre ações educativas para a prevenção do HIV/Aids revela a predominância das propostas preventivistas e de desenvolvimento pessoal em estudos internacionais (Meters & Carael, 1997; Smith et al., 1996; Moberg & Piper, 1998; Nyamathi et al, 1994; Sikkema et al., 1995; Kagimu et al., 1998; Gil, 1999; Mercer et al., 1996; Wong et al., 1998; Chng et al., 1998; Stevens & Hall, 1998). Críticas a estas abordagens vêm sendo apontadas e sugerem maior participação da sociedade civil junto às formulações de políticas públicas.

Porém, do ponto de vista das ações educativas, ainda pesam as estratégias que classificam as práticas sexuais em seguras (com o uso de preservativo) e inseguras (sem o uso de preservativo). Na maioria das vezes, não há problematização do contexto cultural em que ocorrem estas práticas. Desta forma, parece haver um hiato entre as propostas pedagógicas que não levam em conta o contexto das práticas sexuais e a formulação das políticas de prevenção ao HIV/Aids, que defendem a participação popular.

Por exemplo, a opção do preservativo é considerada fundamental para a prevenção do HIV/Aids, porém sua abordagem em atividades educativa deve ser analisada. A este respeito, Vilella (2000) discute o que chama de falácia das oficinas de aids. Segundo ela, um método participativo em si não define o uso de preservativos entre mulheres: *“a gente [educadores em saúde na prevenção do HIV/Aids] oportunisticamente, pega o que seria uma potente metodologia no sentido da emancipação humana e quer engambelar as pessoas atribuindo a elas um interesse que é nosso... se a gente perverte a lógica da metodologia e atribui ao outro um interesse e*

um desejo que são nossos, é claro que a gente ia dar com os burros n'água” (Vilella, 2000: p. 116-117).

Ainda sobre os estudos internacionais, são sugeridas propostas de “*desenvolvimento comunitário*” que naturalizam a política neoliberal de minimização do Estado. Para Valla (1993), o desenvolvimento comunitário é um tipo sofisticado de mutirão em que a população toma suas decisões com pequena participação do Estado. Para ele, “*é uma das formas que os grupos dominantes têm para convidar a população trabalhadora a aderir aos planos de desenvolvimento sem aumentar sua participação na riqueza produzida*”(Valla, 1993: p. 63). Ou seja, quando o assunto é *comunitário*, as propostas de desenvolvimento local apontam novamente para a necessidade de se “educar” a comunidade, sem necessariamente o incentivo à participação popular.

No caso da educação para a prevenção do HIV/Aids, as estratégias consideradas eficazes apontam para o desenvolvimento de tecnologias educacionais adequadas ao contexto local, muitas das vezes com o uso de dinâmicas de grupo ou recursos lúdicos. Essas estratégias constituem grandes recursos para a participação, mas, em contextos de propostas pedagógicas não participativas, têm a finalidade de *ensinar* a população a fazer escolhas de práticas sexuais mais seguras. Isso obedece à lógica de naturalização de “ignorância” das classes populares, que, se não transposta, oculta as barreiras às práticas de prevenção.

Alguns autores contribuíram para a sistematização dos modelos de prevenção do HIV/Aids. Castiel (1996) discute a concepção de vulnerabilidade à aids conforme exposto por Mann (1992) e explica a ênfase dada, no âmbito da prevenção, às medidas direcionadas à informação e educação em saúde. Levando-se em conta a dificuldade em operacionalizar as mudanças necessárias para alterar a vulnerabilidade programática

e/ou a vulnerabilidade social, torna-se mais fácil trabalhar no plano da mudança comportamental, com foco no indivíduo.

O autor comenta a falácia das campanhas iniciais amedrontadoras e também a ineficácia de um modelo preventivo calcado apenas na informação e na educação para a aids. Na mesma direção, os modelos comportamentais de prevenção atingem dimensões parciais do fenômeno do comportamento humano, uma vez que tais modelos acabam por culpabilizar determinados grupos culturais cujos comportamentos sexuais são considerados desviantes, como usuários de drogas endovenosas e homens que fazem sexo com homens.

Enquanto isso, do ponto de vista médico-epidemiológico (científico), o entendimento público é passível de ser “instruído” por um saber científico. Assim, um ser "instruído" pode e deve optar por escolhas sem risco: aquele que adoeceu, então, seria o indivíduo que não administrou bem seus riscos. O indivíduo é encarado como um ser racional, comportando-se de modo pragmático.

Brito (1998) e Sanches (1999) expõem os limites dos principais modelos de prevenção baseados na mudança de comportamento. Segundo Brito,

“São ... teorias que buscam respostas no campo prático e adotam diferentes estratégias para atingir seus objetivos, como... a educação por pares, a capacitação e formação de multiplicadores que atuam nas redes sociais, a formação de agentes de saúde... no entanto, observa-se ainda uma carência de estudos que avaliem de fato o impacto dessas estratégias na mudança de comportamento dos atores sociais envolvidos....também no campo metodológico, pois são poucos os estudos que estabelecem cruzamento entre informações epidemiológicas e os contextos culturais”(Brito, 1998: documento eletrônico) . Para o impasse, o autor sugere que,

aplicados a contextos específicos, os conceitos de vulnerabilidade e risco possibilitam aproximar os campos de saberes da epidemiologia e das ciências sociais.

Sanches (1999) descreve e analisa alguns modelos de mudança de comportamento relacionados à saúde e indica sua relevância frente às pesquisas de prevenção da aids. O Health Belief Model (HBM) foi desenvolvido para explicar comportamentos relacionados à saúde e em particular às práticas preventivas. Nele, supõe-se que os indivíduos mais propensos a mudar seu comportamento são aqueles que conseguem perceber quatro pontos com relação a seu comportamento de risco: sua susceptibilidade, a severidade, a efetividade da adoção das medidas preventivas e as barreiras a sua adoção. A crítica a este modelo advém da incapacidade de levar em conta a influência social sobre o comportamento, colocando comportamento de risco somente em um plano individual.

Um outro modelo, a Social Cognitive Theory (SCT) baseia-se em dois princípios: o primeiro toma que os seres humanos precisam viver em um sistema complexo e muitos de seus comportamentos são aprendidos a partir da interação social; o segundo assume que o comportamento humano é definido por um complexo processo cognitivo que intervém entre estímulo e resposta, reconstruindo o estímulo diante de suas experiências.

Ainda nesse modelo situa-se o conceito de *self-efficacy*, que seria a “*convicção de que uma pessoa possa executar com sucesso um comportamento requerido para produzir uma resposta desejada*”; assim, o maior determinante no comportamento humano seria a expectativa da eficácia. Porém, a possibilidade de negociação de práticas sexuais mais seguras não é igual para todos os indivíduos, haja vista as diferenças entre gêneros para a adoção do uso do preservativo.

O *Modelo de Redução de Riscos em Aids* (ARRM), que soma elementos dos anteriores, assume que a mudança de comportamento ocorre em três etapas: 1ª) reconhecer e rotular como problemático o comportamento de risco com relação ao HIV; 2ª) comprometer-se em mudar este comportamento; 3ª) desenvolver e operacionalizar estratégias de redução do risco. Apesar de apresentar inicialmente uma categorização dos modelos de mudança do comportamento, a autora sugere que eles não sejam tomados como excludentes: *“um modelo deve ser visto como complementar ao outro e não como contraditório”*. E com relação às estratégias de prevenção da aids, seu principal valor estaria na possibilidade de apontar variáveis a serem trabalhadas.

Ayres e colaboradores (2003), buscando sintetizar os conceitos de risco e vulnerabilidade que deram origem aos modelos descritos, relacionaram às práticas em saúde na trajetória da epidemia do HIV/Aids. Os autores identificaram momentos conceituais sucessivos na cronologia da epidemia: 1º) grupo de risco; 2º) comportamento de risco e 3º) vulnerabilidade.

O primeiro operava na lógica de isolar os contatos dos suscetíveis e almejava barreiras à transmissão. No campo das respostas à aids, ele foi substituído pelo segundo, que não mais dividia a população no binômio “atingidos/perigosos” versus “não atingidos/a proteger”, mas passou a entender toda a população como suscetível à exposição ao HIV.

Como não se dispunha de meios que agissem diretamente sobre o vírus, foram propostas mudanças nas vidas das pessoas de modo a diminuir as chances de se exporem ao vírus. O terceiro conceito surge da percepção que a exposição ao HIV não é homogênea em toda a população, necessitando para seu enfrentamento mudanças em práticas que vão além da vontade individual.

Ficou clara a necessidade de modificar a inserção dos indivíduos para sujeitos sociais, com a modificação das relações sociais que levam à desigualdade dos riscos. Os autores expõem como principais desafios à abordagem da vulnerabilidade a possibilidade de vitimização e o clientelismo, que denominaram *tutela*. Para superá-los, propõem um processo educativo que seja construído com os sujeitos educandos, participativo e que vise a transformação social.

A partir do exposto, depreendemos que na literatura brasileira permanecem as críticas de que modelos que primam pela intervenção comportamental são incompletos, pois eles partem do pressuposto que os encontros sexuais são planejados e que o indivíduo aja de modo racional e intencional, sem levar em conta o contexto pessoal e sociocultural em que ele está inserido (Fernandes, 1994; Mércan-Hamann, 1999, Monteiro, 1995 e 1999).

Nesse sentido, também se apresenta na literatura internacional o limite de se considerar apenas a informação como ênfase da intervenção (Aggleton, 1996; Kornblit et al., 1997; Reyes & Mattalia, 1997; Juarez & Diez, 1998; Ven & Aggleton, 1999). O planejamento das ações preventivas deve considerar a realidade e a voz do “público-alvo”, além de valorizar os estudos de avaliação. No entanto, no que pese a maior parte da literatura consultada, as intervenções de base comportamentalista ainda são a proposta hegemônica.

Ao considerarmos as abordagens apontadas por Stotz (1993), as estratégias de mudança comportamental da prevenção da aids estariam contempladas nos modelos de desenvolvimento pessoal e preventivista. Enquanto isso, estratégias meramente informativas, amplamente criticadas na literatura de prevenção da aids, poderiam ser localizadas na abordagem educativa.

As recomendações encontradas na literatura sobre prevenção do HIV/Aids que apontam para a necessidade de um planejamento mais democrático (Aggleton, 1996), aquelas em que se leve em conta os fatores sociais e culturais locais e que não trabalhem na esfera da culpabilização (Castiel, 1996) convergem para a participação popular na prevenção. Essas recomendações relacionam-se aos elementos da abordagem radical na sistematização de Stotz.

Quadro 2 - Correlações entre as abordagens de Stotz (1993) e os modelos de prevenção do HIV/Aids

Abordagem de Stotz (1993)	Modelo de prevenção HIV/Aids
Desenvolvimento pessoal / preventivista	Mudança de comportamento
Educativa	Ênfase na informação sobre HIV/Aids
Radical	Recomendações no sentido da participação popular

II.3.. Elementos-chave dos fundamentos de um “*modelo radical*” na prevenção da aids

Há elementos indicados na literatura seja como ausentes, seja como desejáveis, nas estratégias educativas de prevenção da aids. A princípio, eles poderiam formar dois planos para o delineamento de uma estratégia educacional preventiva mais adequada ou bem-sucedida.

O primeiro plano é composto por elementos que espelham a possibilidade de os educadores *levarem em conta* o que o público-alvo deseja, suas experiências pregressas e a percepção sobre o risco/vulnerabilidade para, desse ponto de partida, desenhar e levar a cabo uma estratégia, ou seja, a ação educativa.

O segundo plano seria o de não perder de vista que fatores da estrutura social também determinam a vulnerabilidade ao HIV, o que faria com que a “culpa” da infecção não recaísse sobre os ombros da individualidade. Esses planos, que formam os

fundamentos educacionais do que seria esta prática educativa “ideal” na prevenção do HIV/Aids estão contemplados na abordagem radical citada por Stotz (1993).

Um elemento que compõe o segundo plano e merece destaque é definido por um pressuposto de Freire (2002). A partir de uma pedagogia libertária, esse autor propõe a conscientização, com um processo ensino-aprendizagem essencialmente promotor da participação popular. Uma vez que a participação popular está atrelada à representatividade nos espaços públicos (Jacobi, 2000), assume-se no contexto estudado que o referencial de promoção da participação popular seja o mais adequado, tendo por base a trajetória dos movimentos de luta contra a aids no Brasil,

É necessário observar que os fundamentos pedagógicos estarão espelhados na prática educativa. Esta prática será caracterizada a partir da análise documental, observação participante e entrevistas com educadores da ONG em questão.

Neste trabalho, os fundamentos diferiram quanto a sua localização em relação a dois eixos de análise. O primeiro avalia em que medida se leva em conta o que o público-alvo deseja, suas experiências pregressas e a percepção sobre o risco para, desse ponto de partida, desenhar e levar a cabo uma estratégia, ou seja, a ação educativa. O segundo, visando distinguir o modelo radical, observa quais as formas de fomentar uma solução conjunta, política dos problemas de saúde na perspectiva da participação popular.

Acredita-se que estas questões podem ser discutidas através dos achados presentes no processo de planejamento das estratégias educativas; na relação do educador com a gestão da ONG; na autoridade do educador para *falar sobre* DST/Aids. Com relação ao planejamento das ações educativas, temos que para Freire (2002), o diálogo da educação libertária inicia-se não quando da ação pedagógica entre educadores e educandos em si, mas, referindo-se ao conteúdo programático, “quando

aquele [o educador] se pergunta em torno do que vai dialogar com estes [os educandos]” (Freire, 2002: p. 83).

O conteúdo não seria uma “doação” ou imposição de informações, mas uma “*devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada*” (Freire, 2002: p. 84). O autor advoga que a abordagem não atue de modo a levar uma “*mensagem salvadora*”, mas que a prática faça conhecer não apenas a objetividade em que os educandos estão, como a consciência desses educandos sobre essa objetividade, suas percepções de sua inserção e sua relação com o mundo. Para o autor, não se pode esperar resultados positivos de um programa que não leve em conta a visão de mundo do público para o qual foi destinado.

O modo como é realizado o planejamento da ação educativa traduz o fundamento educativo por trás da estratégia em si. Da mesma forma, a autoridade para abordar questões relacionadas ao HIV/Aids revela um fundamento pedagógico. Assim, busca-se localizar na ONG quem são as pessoas “autorizadas” a realizar as atividades de prevenção.

Porém, há de fazer uma ressalva quanto a esse ponto, na medida em que um jovem que consiga “amplificar” uma mensagem repetidora de normas de comportamento ditos saudáveis também poderia ter voz num modelo já criticado anteriormente.

A relação de maior ou menor autonomia na gestão de sua prática também espelhará o fundamento pedagógico da estratégia. Com relação aos serviços de saúde, Campos (2000) defende o papel pedagógico do modelo de gestão, propondo que o profissional de saúde tenha acesso a espaços coletivos de reflexão crítica de sua prática: “*o que se está assumindo é que durante o processo de gestão, e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos,*

mas também efeitos pedagógicos e subjetivos”(Campos, 2000: p. 161), lançando mais adiante Paulo Freire como um de seus referenciais teóricos.

No próximo capítulo prossegue-se com a descrição da metodologia utilizada neste trabalho, bem como a escolha dos elementos que vão dialogar com as abordagens citadas na literatura e a constituição de suas categorias de análise.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as estratégias metodológicas do presente trabalho. Em seguida, comenta-se a construção de suas categorias de análise.

III.1. O contexto

Cabe esclarecer que este trabalho se insere no projeto de pesquisa “*Aids, Reprodução, Gênero e Etnia: um estudo qualitativo sobre intervenção social e juventude*”⁵, desenvolvido pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde LEAS/FIOCRUZ. Este projeto visa analisar percepções e práticas, relativas à aids e saúde reprodutiva, de um grupo de jovens de classes populares que participaram de programas de intervenção social. Investiga-se em que medida a participação em programas de intervenção social promove mudanças na vida desses jovens, seja no tocante às condições materiais de existência, seja em suas representações e práticas sociais (Monteiro, 2002).

Este projeto utiliza metodologia qualitativa, partindo de entrevistas aprofundadas com jovens que participaram de quatro programas sociais do município do Rio de Janeiro. São estudados aspectos da vida cotidiana, tais como: estrutura familiar, escolaridade, atividade profissional, identidade racial/étnica, sociabilidade, lazer, práticas sexuais e saúde reprodutiva. Os dados das entrevistas desse grupo serão comparados com as entrevistas de jovens com características semelhantes em relação ao sexo, idade, inserção social e local de moradia de ambos os sexos, mas sem experiência em programas de intervenção social.

⁵ Este é um sub-projeto de “*Sexualidade, Gênero e População Negra no Brasil e na Colômbia: Avaliações Qualitativas de Programas Sociais*”, coordenado por Simone Monteiro e apoiado pela Fundação Ford.

Além disso, os dados das entrevistas serão complementados com observações diretas das atividades dos programas de intervenção social que foram freqüentados pelos jovens entrevistados. Convém lembrar que a observação das ações será realizada em um momento posterior ao experimentado pelos jovens, pois os mesmos já estão desligados dos referidos programas. Por meio desta estratégia metodológica, tem-se o propósito de caracterizar/descrever a visão de mundo que predomina nos discursos e práticas de tais programas e, posteriormente, analisar se esta se diferencia ou se aproxima da visão de mundo dos jovens entrevistados.

Dentre os quatro programas eleitos, escolheu-se o Grupo Cultural Afroreggae (GCAR), por ser considerado uma experiência bem-sucedida e de longo termo entre programas para a juventude deste município, apresentando foco de ações substantivo, com sistematização de atividades e programação no plano da cultura e educação por cidadania (Castro et al., 2001). É pertinente também salientar que durante o desenvolvimento de um estudo de Monteiro (1999) sobre aids, gênero e juventude em Vigário Geral, onde está localizado o GCAR, a autora observou que havia diferenças entre as percepções de aspectos da vida cotidiana de jovens integrantes de organizações comunitárias e daqueles que não se inseriam nessas organizações. Assim, o olhar para os programas sociais visa também retomar essa discussão, que não pôde ser aprofundada à época, por não se constituir no escopo daquele trabalho.

III.2. A organização não-governamental

Conforme mencionado, elegeu-se o Grupo Cultural Afroreggae por tratar-se de um dos programas sociais analisados pelo projeto de pesquisa do qual esta dissertação faz parte, tendo em vista que ele foi apontado em estudo anterior como bem-sucedido. Fundado há dez anos, possui foco institucional bem definido, com sistematização de suas atividades em programações estáveis (Castro et al., 2001).

Houve a oportunidade de estudar uma ONG de uma comunidade onde anteriormente foi desenvolvido estudo etnográfico sobre as práticas de proteção entre jovens (Monteiro, 1999), com possibilidade de se dialogar com seus achados. É importante destacar que o perfil da ONG favorece ao estudo das práticas educativas em saúde e saúde sexual e reprodutiva em um contexto de interface com o tema cidadania. Pelo fato desta ONG trabalhar centralmente mecanismos de inclusão social, seu estudo pôde favorecer o olhar da saúde a partir do contexto local, com a ampliação do entendimento de fatores não-biomédicos ou individuais inerentes à vulnerabilidades ao HIV/Aids.

O Grupo Cultural Afroreggae foi fundado em 1993 e suas atividades são realizadas em comunidades de baixa renda do Rio de Janeiro, dentre elas: Cantagalo, Cidade de Deus e Vigário Geral. Seus recursos provêm de diversas instituições, além da arrecadação da renda de duas bandas homônimas à ONG.

Sua área de atuação é a arte-cultura, tendo entre seus objetivos: enfrentar a questão da violência na cidade, através de atividades culturais com jovens em situação de vulnerabilidade social. Proporcionar aos jovens uma alternativa frente ao crime organizado, trabalhar sua auto-estima e protagonismo, qualificá-los para o mercado de trabalho, resgate à cidadania e difundir, promover e fortalecer a cultura negra entre os jovens. O público a quem se destina o projeto é em sua maior parte constituída por crianças e jovens empobrecidos.

Entre seus projetos e programas, a questão da saúde é tratada pelo *Programa de Saúde*, criado em virtude da constatação de más condições sócio-sanitárias, com alta incidência de aids e DST entre os jovens de camadas populares. Nele, estão incluídos três projetos: *Kizumba*, *Barraca da Saúde* e *Trupe de Saúde*.

O primeiro é um boletim do Programa sobre as DST, voltado à cultura afro-brasileira. O segundo, um *stand* montado em determinadas localidades do município do Rio de Janeiro para difundir informação e orientações a respeito da transmissão das DST. O terceiro, um grupo formado por jovens de Vigário Geral que, através de técnicas circenses e do teatro de rua, busca levar informações básicas sobre saúde, educação e direitos das comunidades. Através dessas técnicas são abordados vários temas, como violência, drogas, DST, aids, gravidez, aborto etc. Até a realização deste trabalho, não havia sido feita avaliação externa dos trabalhos do GCAR.

Durante a análise preliminar dos documentos e nos primeiros contatos com jovens que participaram do GCAR, notou-se haver diferenças nas abordagens do Programa de Saúde, mais especificamente da Trupe da Saúde, desde 2001. Desta forma, provavelmente teríamos dois momentos com práticas distintas. Assim, ao se eleger as práticas a serem observadas e os educadores-chave para serem entrevistados, decidiu-se fazer distinções entre estas duas fases.

Para tanto, foi contactado também um ex-integrante da equipe do GCAR, que foi um dos idealizadores e coordenador do Programa de Saúde durante a primeira fase. Com ele foi realizada uma entrevista em profundidade, bem como se ampliou a pesquisa de documentos sobre as práticas educativas iniciais do Programa de Saúde do GCAR.

Para a caracterização da segunda etapa, foi contactada a atual equipe de Vigário Geral. Foram realizadas dez observações diretas de atividades, entre elas oficinas de capoeira e dança, ensaios de banda, aconselhamentos individuais e coletivos aos jovens

e familiares e ensaios da Trupe da Saúde. Para as entrevistas em profundidade, foram eleitos dois membros da equipe, um deles também coordenador pedagógico.

Além disso, houve momentos de conversa informal com a coordenação do GCAR em Vigário, em que vários tópicos do roteiro de entrevista foram abordados, porém sem ter se utilizado a gravação em fita e posterior transcrição. Em seu lugar, foram feitas anotações de campo em diário, em que foram registradas falas dos educadores em sua relação com os jovens.

Quanto aos aspectos éticos deste estudo, vale esclarecer que à equipe de Vigário Geral foram entregues uma cópia do projeto da dissertação, cópias das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/Fiocruz e Resolução 196/96 do CNS, que regem a pesquisa com seres humanos no país e termos de consentimento livre e esclarecido. Neste trabalho, os nomes dos informantes e entrevistados são fictícios, visando preservar seu anonimato. Foi obtido parecer favorável à realização do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sob o número 146/03.

III.3 – Estratégias de Investigação

Conforme exposto anteriormente, importa às estratégias de prevenção do HIV/Aids o entendimento do contexto em que se estabelecem as inter-relações entre os fatores que influenciam na vulnerabilidade ao HIV/Aids. Entende-se que as práticas pedagógicas em prevenção participam para diminuir a magnitude da epidemia, porém na medida em que não apenas ofereçam orientação quanto às medidas específicas de controle, uma vez que a literatura aconselha estratégias que também auxiliem a modificar a estrutura social de base à vulnerabilidade.

Ainda assim, durante a pesquisa bibliográfica, especificamente dos estudos de educação em saúde para a prevenção do HIV/Aids, pôde-se notar que não são comuns os trabalhos que caracterizam as práticas educativas e identificam os fundamentos pedagógicos sugeridos na literatura como possivelmente mais eficientes à prevenção.

Este é um estudo qualitativo, que visa contribuir para a compreensão das práticas de educadores da sede de Vigário Geral do Grupo Cultural Afroreggae, através da identificação de elementos que compõem sua proposta pedagógica. Para tanto, optou-se por um estudo de caso, utilizando três diferentes estratégias de investigação: 1) análise de documentos sobre a instituição; 2) observação participante do cotidiano e das práticas pedagógicas e 3) entrevistas com educadores-chave.

Esta escolha partiu do pressuposto que as práticas educativas não são apenas aquelas previstas ou nomeadas como tais em determinados programas e atividades da instituição. Isto quer dizer que escolher apenas momentos “oficiais” para a caracterização das práticas não seria o bastante, porque que elas se dão também de modo fluido no cotidiano de uma instituição, espelhadas, por exemplo, em elementos presentes na relação tanto entre educadores e educandos, quanto entre educadores e a organização, no modo de se planejar as atividades educativas, bem como nas suas concepções sobre sua própria prática e sobre saúde sexual e reprodutiva.

O desenho deste estudo baseou-se também em metodologias usadas para permitir um contato direto da pesquisadora com a situação pesquisada, possibilitando reconstruir processos e relações que configuraram a experiência pedagógica cotidiana e oferecendo a identificação das estruturas de poder e os modos de organização do trabalho pedagógico (André, 2002). Além disso, fornece conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, entendendo-se que os resultados obtidos podem permitir a

(re)formulação de hipóteses para o encaminhamento de novas pesquisas (Triviños, 1987).

O estudo de caso visa uma compreensão abrangente, aprofundada do grupo em estudo e nele habitualmente estão contidas várias técnicas de observação, que são analisadas conjuntamente, tendo-se para isso que considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos observados (Becker, 1999). A observação é chamada participante por supor sempre algum grau de interação entre o observador (pesquisador) e a situação estudada. As entrevistas tiveram a finalidade de aprofundar as questões e esclarecer os problemas observados. Os documentos da instituição foram usados para contextualizar o fenômeno e completar as informações coletadas através de outras fontes (André, 2002, Becker, 1997).

Assim, foram seguidos estes passos, anteriormente e durante a coleta dos dados:

- a) Aproximação com o campo através da leitura e análise dos textos institucionais disponibilizados na internet livros e notícias na mídia impressa e eletrônica que contribuíram para o entendimento das atividades da ONG.
- b) Construção dos instrumentos de coleta de dados utilizados: um roteiro de entrevista com educadores e outro roteiro de observação direta das práticas educativas, ambos descritos no item cinco deste capítulo. Programação da utilização dos registros do diário de campo que visaram registrar as impressões sobre o entorno da ONG e o cotidiano da organização, além de transcrições de falas entre seus participantes.
- c) Contato com a equipe da sede de Vigário Geral do GCAR. Foi utilizado um roteiro de visita à instituição em que se buscava verificar

os dados descritos em estudos anteriores. Neste primeiro contato também foi fornecida uma cópia do projeto e foi solicitado o consentimento do GCAR em participar da pesquisa.

- d) Realização de visitas à instituição de julho a novembro de 2003, com o objetivo de se realizar o trabalho de campo.

III.4. Interação com o campo

A autora foi apresentada ao GCAR e a Vigário Geral através de Simone Monteiro, que já havia realizado estudos ali anteriormente. Nas primeiras visitas, registrava o cotidiano da instituição enquanto ficava aguardando que ela realizasse entrevistas com jovens.

Na maior parte do tempo permanecia na sala da equipe social, sentada em um local que permitia visualizar todos os educadores em seu trabalho. Inicialmente, estabelecia maior proximidade com os educadores, professores e outros funcionários. Era abordada principalmente por moças que relataram estar familiarizadas com a presença de pesquisadores e jornalistas na instituição (a quem chamam de “*visitas*”).

Durante a observação, foram travadas conversas também com os rapazes. Eles se aproximaram posteriormente, quando o grupo já me conhecia. Apesar de a autora ter se apresentado como pesquisadora, integrantes da equipe a identificavam como médica a alguns jovens. Era comum perguntarem sobre problemas de saúde, porém não sobre saúde sexual e reprodutiva. Com o tempo e depois de conhecer alguns integrantes da unidade de saúde, foram realizados três atendimentos propriamente ditos, tendo encaminhado um jovem para o hospital de urgência de referência.

A aproximação com os jovens foi progressiva, porém durante as últimas observações eles já se mostravam à vontade. Alguns chegavam a fazer referência que podiam falar palavrão, porque a autora já não era mais visita.

Apesar da relativa familiaridade com os conflitos urbanos em favelas, uma vez que a autora já havia trabalhado anteriormente como educadora e médica clínica em favelas de Campinas (SP) e da Zona Sul do Rio de Janeiro, um fator que restringiu a frequência das idas à Vigário foi a falta de segurança. A época em que se deu o trabalho de campo foi concomitante com assassinatos de alguns moradores de Vigário e Parada de Lucas e a intensificação dos conflitos entre as facções rivais do tráfico de drogas. As incursões policiais eram frequentes, causando inquietação entre os moradores e entre os membros do GCAR.

III.5. Sobre os roteiros

Os roteiros das entrevistas e da observação participante encontram-se na íntegra na sessão de anexos. Eles orientaram a coleta de dados, não tendo sido seguida a ordem de perguntas ou observações necessariamente. Especificamente com relação à entrevista, situação em que pode ocorrer violência simbólica por conta das diferenças entre entrevistado e entrevistador (BOURDIEU, 1998), optou-se por seguir os roteiros o mais livremente possível, recorrendo-se ao roteiro somente no caso de algum tópico não ter sido contemplado, além de terem sido realizadas posteriormente ao início da observação do cotidiano da ONG.

Considera-se a entrevista uma técnica que reclama uma atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito e a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado, incluindo tons, ritmos e expressões gestuais que acompanham ou mesmo substituem a fala (Duarte, 2002).

Assim, não apenas os conteúdos das transcrições subsidiaram a análise, mas complementaram os registros dos diários de campo e as observações das práticas.

O procedimento de entrevista serviu também à comparação de elementos das práticas educativas presentes nas percepções dos educadores e sua operacionalização nas atividades educativas e no cotidiano da organização. Exemplificando, enquanto todos os educadores fizeram menção à obra de Paulo Freire como norteadora de suas práticas, nem todos os elementos que constituem a prática da educação popular estavam presentes quando se elegeram as categorias que orientaram a análise.

O roteiro de entrevista apresenta seis blocos de perguntas: um primeiro em que se identifica a biografia do educador, com dados pessoais e questões que fazem o breve delineamento da trajetória profissional e de vida até sua inserção na ONG. Um segundo bloco, sobre as práticas pedagógicas, relaciona quais as atividades realizadas pelo educador e pela ONG de um modo geral, detalhando-se os critérios de inclusão em cada atividade, bem como a descrição de cada uma e os objetivos. Em um terceiro bloco, buscam-se informações a respeito da gestão da ONG, através de detalhes sobre o planejamento e o monitoramento das atividades, em última análise verificando-se em que medida o modelo de gestão inclui efetivamente os educadores e os jovens em seus processos decisórios.

Um quarto bloco propõe a coleta de dados sobre os fundamentos pedagógicos do projeto social e do educador, bem como pormenorizar temáticas e assim verificar em que medida estão contemplados os temas em saúde sexual e reprodutiva e em que contexto eles são incorporados à prática do educador. O quinto bloco serve ao detalhamento das concepções do educador sobre os temas abordados no roteiro para os jovens e o sexto, à explicitação das relações entre a ONG e outros serviços.

De modo análogo, o roteiro de observação participante complementa os dados da entrevista, focando as atividades educativas da organização. Baseia-se nas reflexões de Villela (1996) sobre os desafios das oficinas de sexo mais seguro e em discussões de Labatte (1994) e de Smecke & Oliveira (2000) sobre as estratégias em educação em saúde.

Busca identificar as temáticas abordadas, as estratégias pedagógicas utilizadas, o grau de regularidade, vínculo profissional e afetivo do educador com um mesmo grupo de educandos. Rastreia elementos representativos de uma atividade participativa, como o grau de inclusão na construção da atividade, em que medida as demandas trazidas pelos jovens são discutidas, se esta discussão se dá coletiva ou individualmente pela equipe de educadores.

Ao final, tenta-se aproximar o conjunto dos elementos observados a determinadas abordagens presentes na literatura – a exemplo do que foi descrito no capítulo anterior. Estas etapas objetivam uma análise preliminar, na tentativa de sintetizar as observações diretas em um primeiro momento. Não obstante, a categorização inicial em tipos de abordagem foi reconstruída durante a análise pós-campo (Becker, 1999b), visando melhor organização do diálogo entre os achados e a literatura.

III.6. Métodos de análise dos dados

Para Becker (1999), as técnicas de análise utilizadas em um estudo de caso não precisam esperar pelo término da coleta dos dados, mas podem se realizar durante a mesma. Assim, análises anteriores direcionam outras operações de coleta.

Cabe ao pesquisador eleger quais os problemas de maior utilidade a serem abordados e não de modo incomum, *“os pesquisadores descobrem que o problema que eles se dispuseram a estudar não é tão importante quanto outro problema, ou só pode ser estudado no contexto de um outro problema que não haviam previsto estudar”*(Becker, 1999: p. 63). Esta é uma informação-chave para este estudo e claramente a situação citada por Becker ocorreu neste trabalho.

A princípio, a leitura dos documentos forneceu indícios, à interpretação da autora, de que haveria práticas educativas de prevenção em saúde sexual e reprodutiva muito mais estruturadas do que na realidade se encontrou com a entrada no campo. Em seu lugar, achou-se no momento da observação certa fluidez na organização e no planejamento dessas atividades. O lapso entre as informações dos documentos e a prática atual deve-se à existência de duas fases distintas do Programa de Saúde em Vigário Geral, às quais se relacionam abordagens educativas também distintas.

Entendeu-se que as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva do GCAR se inserem no contexto da abordagem em educação em saúde e têm interface com o contexto local que rege as práticas sexuais daquela população jovem. Desta forma, a compreensão da operacionalização das práticas educativas dependia muito mais de enxergar a organização como um todo e de se fazer a leitura do problema a partir do entendimento desses dois campos de influência. Assim, optou-se por construir categorias que permitissem caracterizar e comparar as duas fases do Programa.

Ainda durante a realização do trabalho de campo e depois de sua finalização, tomou-se o método de análise do conteúdo como orientador do tratamento dos dados e adotou-se a construção de modelos típica dos estudos de caso (Becker, 1999). Neles, concentra-se a atenção nas propriedades genéricas do estudo, que o tornará um exemplo de um determinado tipo de estrutura.

Para Triviños (1999), a análise de conteúdo sistematiza a descrição do conteúdo das mensagens. Esta sistematização visa a obter indicadores que subsidiam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção das mensagens. A análise de conteúdo, por sua característica de sistematização, facilitou o diálogo com o referencial teórico sobre abordagens em educação em saúde, o que norteou a coleta dos dados.

Desta forma, seguiram-se as etapas, não necessariamente consecutivas, de: pré-análise, com organização do material; descrição analítica, em que foi realizado estudo aprofundado do material, orientado pelos referenciais iniciais; interpretação referencial do material empírico, em uma reflexão que faz relações entre os achados e a construção teórica dos elementos das abordagens descritas no plano teórico.

Para orientar a caracterização das práticas educativas foi considerado oportuno eleger componentes mais recorrentes observação participante e nas entrevistas, que se relacionassem com as diferentes abordagens de educação em saúde descritas na literatura. A materialização desses componentes, na prática, se deu de forma difusa, na convergência de alguns elementos tanto das práticas educativas quanto do desenho organizacional de um programa, como um todo.

É interessante lembrar que um dos limites deste estudo é o fato de ele não determinar se os elementos da “base” da organização (dos profissionais da execução) foram causadores do desenho organizacional ou vice-versa. No entanto, do ponto de vista da análise de suas práticas educativas, pode-se perceber a influência de determinados elementos sobre o desenho de uma abordagem específica em educação e saúde.

Além disso, por conta da situação descrita da necessidade de compreensão do contexto para a análise, optou-se pela descrição do entorno da ONG (o bairro de

Vigário Geral) e de um breve histórico a respeito do GCAR. Essa descrição irá influenciar, em última instância, a caracterização das práticas.

Para melhor comparação entre as duas fases, foram considerados três eixos na caracterização das práticas: 1) o *perfil do educador*; 2) a *situação da temática saúde* e 3) *elementos constitutivos da prática educativa propriamente dita*. Ao final, tenta-se, em um olhar-síntese dos eixos, estabelecer relações com os modelos teóricos apresentados nos capítulos anteriores.

Cada eixo agrupa um conjunto de itens. Deste modo, o **primeiro eixo**, o *perfil do educador*, é traçado a partir de sua inserção na ONG, da motivação para a prática e de sua formação acadêmica. A “*inserção do educador*” remete à informação obtida a partir da trajetória de vida, fazendo-se distinção entre aquele que entrou na ONG na época de sua fundação e do delineamento da missão institucional (autoral), o que o tornou, para este caso, co-autor desta missão.

O segundo componente deste elemento é a origem do educador da militância política, o que imprime especificidade distinta daquela do prestador de serviços da ONG. Porém, com relação à militância política, fala-se aqui também de um modelo híbrido entre a militância do movimento social e aquele das ONG/Aids.

Câmara da Silva (1999) construiu uma tipologia que caracterizou esses modelos. Com base nesta tipologia, podemos compreender que o elemento autoral desta militância orienta sua prática no Programa de Saúde, tanto pela militância do movimento social, quanto pela assessoria técnico-política, objetivando com sua prática a mudança social no sentido da inclusão e com a participação popular.

A “*motivação para a prática*” localiza se a iniciativa das práticas educativas partem do educador e/ou dos educandos ou configura uma diretriz política da ONG. Estes dados são oriundos dos roteiros de entrevista e ajudam reconhecer o grau de

participação, tanto dos educandos, quanto dos educadores na deliberação sobre o desenho do programa.

A “*formação do educador*” pretende indicar em que medida papéis de efetivação das práticas estão associados à maior escolarização. Em outras palavras, se aqueles que desempenham a mediação de questões sobre saúde têm maior ou menor aproximação com o saber médico-científico. Isso não determina necessariamente menor abertura à apropriação do saber popular pela instituição, mas pode acarretar interferências nesta mediação, em geral com predominância do saber médico-científico sobre o popular (Valla, 1998; Vasconcelos, 1999).

O **segundo eixo**, a *situação da temática saúde*, busca sintetizar a localização da temática saúde sexual e reprodutiva, sendo essa temática entendida como um desdobramento de um tema mais amplo (saúde). Verifica-se o desenho da instituição como um todo e qual perspectiva que rege o trabalho em saúde dos educadores.

Subsidiarão este eixo informações dos documentos da instituição, bem como os roteiros de entrevista, que indicaram quais as principais temáticas da ONG e quais aquelas que os educadores mais abordam. Situa a temática diante de cada fase do Programa de Saúde, com base na interpretação das mudanças sofridas ao longo do tempo.

O **terceiro eixo** detalha e compara elementos das práticas educativas que configuram o *modus operandi* em senso estrito que, em conjunto com os eixos anteriores, irão compor o último item e síntese do quadro a seguir, ou seja, a aproximação com as abordagens segundo Stotz (1993).

Para tanto, elegeram-se: 1) o modo de planejamento e avaliação, que espelham a perspectiva pedagógica (Campos, 2000, Seffner, 2003); 2) os temas abordados mais recorrentes que, mormente com relação à saúde sexual e reprodutiva, indicam em que medida leva-se em conta os direitos sexuais e reprodutivos e não somente a

contracepção (Giffin, 2002); 3) a relação educador-educando em dois de seus componentes (a afetividade e o vínculo profissional), a periodicidade das práticas e o tipo de linguagem utilizada.

A necessidade da adoção de linguagem próxima daquela dos educandos é referendada seja em estudos sobre propostas pedagógicas mais eficientes (Freire, 2000, Benevides, 2001, Gonçalves, 2002), seja naqueles que problematizam abordagens especificamente preventivas (Mérgan-Hamman, 1999, Seffner, 2003). O *objetivo da articulação com outros serviços e ONG* reflete a análise sobre a rede de apoio formada entre a ONG em questão e outros serviços, a fim compreender até que ponto a participação popular é entendida como uma das atribuições da prática educativa.

No quadro abaixo é apresentada a síntese dos eixos de análise e seus núcleos de conteúdo.

Quadro 3 - Eixos de caracterização das práticas e itens constitutivos

Eixos de caracterização das práticas	Itens Constitutivos
<i>1) O perfil do educador</i>	Inserção do educador Motivação para a prática Formação
<i>2) A situação da temática saúde</i>	Síntese da localização da temática saúde
<i>3) Elementos constitutivos da prática educativa</i>	Planejamento e avaliação Temas recorrentes Relação educador-educando Periodicidade das práticas Linguagem Objetivo da articulação com outros serviços e ONG

No próximo capítulo são expostos os resultados e sua discussão. Apresenta o bairro de Vigário Geral, entorno da ONG em estudo. São comentadas condições históricas que contribuíram para sua atuação no local e a seguir detalha-se seu desenho organizacional. Discute-se a inserção da temática saúde entre suas atividades e os aspectos que permitiram sua distinção em duas fases. A análise das práticas em saúde

sexual e reprodutiva obedeceu, dessa forma, ao modo pelo qual uma temática mais ampla, *saúde*, é contemplada pelas ações educativas. Por fim, identifica-se a proposta pedagógica desenhada a partir da análise da composição de seus eixos de análise.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

IV.1. Vigário Geral: fronteiras visíveis e invisíveis

A principal unidade do Grupo Cultural Afroreggae situa-se no bairro popular Parque Proletário de Vigário Geral, comumente chamado Vigário Geral, na periferia da cidade do Rio de Janeiro. Faz divisa com o município de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, com o bairro de Parada de Lucas, comunidade contígua a Vigário, e com o bairro de Jardim América, do outro lado da linha férrea.

A área em que hoje se situa Vigário correspondia até os anos de 1930 a uma fazenda com pequenos povoados. Seu nome é uma homenagem ao pároco encarregado de rezar as missas por lá, de forma que os moradores passaram a chamar a região de “terras do Vigário Geral”. Assim como outras favelas do município, a história de sua ocupação foi marcada por políticas públicas remocionistas, dentre elas o Plano de Habitação Popular do governo de Carlos Lacerda (1960-64).

O bairro integra a XI Região Administrativa (Penha) e localiza-se na Região da Leopoldina, composta pelos bairros de Bonsucesso, Brás de Pina, Cordovil, Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Jardim América, Manguinhos, Maria da Graça, Olaria, Parada de Lucas, Ramos, Tomás Coelho e Vigário Geral. O exame de alguns indicadores revela desigualdades da situação sócio-econômica da região em relação à cidade e também entre os bairros. As principais diferenças encontram-se entre os bairros de Manguinhos, Parada de Lucas e Vigário Geral para com os demais.

Segundo a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (2003), a Região da Leopoldina apresenta média de mortalidade infantil alta em relação à cidade (23 óbitos/1000 nascidos vivos) e Vigário é um dos bairros que apresentam as taxas mais

altas da região (31 por mil), seguindo apenas Manguinhos e Parada de Lucas. O inverso ocorre com a longevidade: vive-se em média menor número de anos nos três bairros, se compararmos com os bairros ao redor.

Toda a região possui renda média igual à metade da renda média do município (três salários mínimos, frente a seis salários). Porém, quando se toma novamente os três bairros citados, eles passam a deter as menores rendas médias da região, em torno de dois salários mínimos.

A taxa de alfabetização da região como um todo é um pouco mais baixa que a média da cidade (91%, frente a 96%), porém, nota-se intensa discrepância quando se observam as taxas de escolarizados com nível superior: 10,6% da população residente, o que a coloca como a quarta mais baixa do município, com grandes diferenças entre os bairros. Enquanto Bonsucesso e Maria da Graça situam-se em torno de 18%, próximos à média da cidade, outros apresentam valores muito baixos: Manguinhos (cerca de 3,2%), Parada de Lucas (4,2%) e Vigário Geral (4,6%) (Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro, 2003).

A população de Vigário Geral está estimada na casa de 13000 habitantes, contando com uma escola de ensino fundamental (CIEP Mestre Cartola), que serve tanto ao bairro, quanto a Parada de Lucas. Há dois centros de educação infantil. As escolas que oferecem ensino médio ficam fora do bairro. Há uma unidade básica de saúde localizada na entrada da favela pelo Jardim América, gerida pela ONG Movimento Organizado de Gestão Comunitária (Mogec).

Cabe considerar o significado de viver em Vigário Geral. A história da favela é marcada pelo dia 29 de agosto de 1993, quando vinte e um moradores foram mortos por policiais de uma tropa conhecida como Cavalos Corredores (Junior, 2003, Sales, 2003). Em visita à casa em que ocorreu a chacina, hoje sede de uma ONG, pode-se ver em um

quadro na entrada o nome e a ocupação de cada uma das vítimas, sendo oito membros de uma mesma família. A chacina, que por um lado representa um fato traumático para os moradores (vários deles se emocionaram ao comentá-la), por outro trouxe grande visibilidade ao bairro já conhecido pela violência: “*Capa de revista, folha de jornal, o terror do Rio, Vigário Geral*” era o refrão cantado por galeras do bairro em bailes *funk* no início dos anos 1990.

A exemplo da maioria das favelas do município, Vigário vivencia a violência urbana de modo intenso, seja por conflitos entre facções rivais do narcotráfico, seja por sua relação ambígua com a polícia, em um paralelo da baixa cobertura de serviços estatais e desigualdade social. Assim, anteriormente à chacina, seus moradores já se deparavam com a fronteira tácita com a contígua Parada de Lucas, onde atua uma facção rival à presente em Vigário Geral, o que leva frequentemente ao conflito armado, com troca de tiros.

“*Lucas*” é considerada “*o inimigo*” e nota-se que os moradores evitam mesmo proferir seu nome, preferindo os termos “*de lá*”, “*do outro lado*”. Um fato exemplifica bem como a rivalidade é sentida na vida dos moradores. Em uma das visitas, participei de uma atividade numa ONG local, cuja missão gera em torno de geração de renda sustentável e educação ambiental. O encontro foi coordenado por outra pesquisadora, que tentava caracterizar a coleta de lixo em Vigário.

O pedido aos dois grupos de moradores presentes foi desenhar um mapa da favela e, nele, apontar as formas de coleta oferecidas. Precariedades da coleta de lixo à parte, é interessante relatar que nenhum dos grupos desenhou Parada de Lucas no mapa. Ao contrário, interromperam as ruas no local onde seria a fronteira.

Solicitado pela coordenadora a explicar o mapa, um dos apresentadores respondeu: “... e prá cá é Lucas, mas isso eu não conheço, nem quero saber”. Os

conflitos do tráfico dificultam as relações entre os moradores das duas áreas, pois quem se relaciona com Lucas é em geral visto pelos membros do tráfico como também um “*inimigo*”.

Neste caso, um dos efeitos da presença do narcotráfico é o de funcionar como barreira à articulação política entre as duas comunidades. Em uma análise sobre o tráfico de drogas, Leeds (1998) inclui sua ação como uma ameaça ao processo de criação de estruturas democráticas ao nível local, capazes de fortalecer e mobilizar politicamente as comunidades de baixa renda, sendo um dos entraves à participação popular. Entendendo que o desenrolar da atividade extrapolou o debate sobre a coleta de lixo, pontuando possíveis soluções para outros problemas do bairro, evidenciou-se a impossibilidade de se juntar esforços aos de moradores de Parada de Lucas.

À primeira vista, a relação da comunidade com a polícia parece ambígua. Desde a chacina, foi instalado um posto policial na favela, identificado pelos moradores na mesma atividade tanto positiva, quanto negativamente. As percepções positivas, em geral, disseram respeito à maior segurança por conta da presença da polícia, enquanto que as percepções negativas, mais recorrentes, se referiram à forma com que os policiais se relacionam com os moradores, em geral com desconfiança e solicitando informações a respeito do narcotráfico, o que lhes é vedado, pois a “*traição*” (que significa delação na linguagem do tráfico) é punida com a morte.

Durante a estada em Vigário, a autora presenciou por mais de uma vez a entrada da força policial na favela, em diferentes momentos do dia. Nessas situações, os moradores ficavam apreensivos e tentam se refugiar em bares ou casas de conhecidos.

Em uma das visitas, ao sair da sede do GCAR, a autora chocou-se inadvertidamente, com um policial com a arma na altura do peito e dedo no gatilho; imediatamente as armas foram para ela apontadas, e rapidamente ele e os colegas que

lhes acompanhavam seguiram para a direção de Lucas. A reação foi de seguir o mais rápido possível para fora da favela, na torcida de que chegasse logo o ônibus.

A diferença, para muitos moradores, é que não há esta possibilidade de sair da favela. Assim, a presença da polícia, ora oferecendo a alguns uma pretensa segurança, confere, por sua postura e pelo antecedente da chacina, apreensão e medo aos moradores.

Em documentos consultados e na literatura (Novaes, 1997; Ventura, 1994) há a recorrência do tema *fronteiras*, identificadas por barreiras físicas e simbólicas entre o asfalto e a favela: o muro da linha férrea; o rio transformado em valão a céu aberto; a favela de Parada de Lucas. As referências às fronteiras foram também frequentes no discurso de educadores entrevistados e de moradores.

No entanto, no deslocamento para lá, foi observada uma outra fronteira, habitualmente não mencionada: o transporte coletivo. O transporte público dentro da comunidade é servido por kombis e uma linha de ônibus que faz ponto dentro da favela. Para se deslocarem até outros bairros, os moradores contam com linhas de ônibus intra e intermunicipais na saída para o Jardim América, além do transporte ferroviário.

Levando-se em conta que vários moradores mencionaram evitar usar a linha férrea principalmente devido à falta de segurança (com frequência são assaltados nos trens), chama a atenção o gasto invariável com transporte. Em geral, para chegar a Zona Sul e alguns pontos do Centro deve-se tomar dois ônibus, o que significa um montante considerável ao mês.

Assim, argüindo moradores, foi observado que, ao usarem o setor de serviços fora do bairro, eles se deslocam em geral para o Jardim América ou para o município de Duque de Caxias, onde encontram preços mais convidativos para roupas e alimentos, aí incluído o pão francês. O mesmo acontece caso tenham de recorrer a serviços de saúde

de referência, cabendo lembrar que a unidade básica local segue o modelo de outras do município, oferecendo baixa resolutividade. Uma sábia conclusão é exposta por uma moradora: “*a passagem pesa no orçamento*” (Marcia, moradora).

A questão do transporte pode ser considerada como um dos fatores de isolamento para quem mora em Vigário Geral e em outras favelas do Rio de Janeiro. É comum o fato de os moradores não circularem por outras áreas da cidade em que há opções de se frequentar círculos culturais, como as zonas Centro e Sul da cidade.

Durante as observações do cotidiano do GCAR, houve vários momentos de discussão do coordenador com os jovens que giravam em torno do estigma social do fato de “*ser favelado*”. Fora do bairro, no momento em que se é reconhecido como morador de uma favela, vários foram os relatos de ligação dos moradores e dos jovens de Vigário Geral ao narcotráfico e à criminalidade.

Cabe considerar que esta observação se repetiu em entrevistas com educadores de outros programas sociais que não o GCAR, analisados pelo projeto de pesquisa em que esta dissertação se insere. Um exemplo vem da narrativa da coordenadora de um projeto social que atende jovens de outras favelas da Zona Norte do Rio de Janeiro. Segundo ela, em uma visita a um ponto turístico do município, verificou-se que para os jovens o maior impacto dessa visita não foi a experiência da visita em si, mas a de passear pela Zona Sul. Dentre os 36 estudantes do ensino médio que fizeram a visita, 24 jamais haviam estado nessa parte da cidade.

IV.2. Entre as respostas à chacina, o Afroreggae.

*“Shiva na favela
tocando nas vielas
mostrando a sua força
como aqui se espera*

*a explosão do rio
chegou pra ficar
essa é a nova cara
tudo vai mudar, vai mudar,
vai mudar ...*

*capa de revista
folha de jornal
somos afro reggae de vigário geral”*

Extraído da letra de Capa de Revista, Banda Afro Reggae.

Além de marcar a relação dos moradores de Vigário Geral com a polícia, a chacina de 1993 trouxe visibilidade ao bairro, mobilizando investimentos na área do desenvolvimento social (Novaes, 1997). Vários projetos sociais passaram a eleger o lugar como foco de suas ações, como a ONG *Médicos sem Fronteiras*, que instalou uma unidade de saúde na entrada da favela.

Esta unidade foi absorvida pela rede básica do município em 1998, porém contando com a gerência de uma ONG local. Atualmente, há uma variedade de projetos em Vigário, com distintas missões institucionais e distintas relações com o setor governamental, porém quase todas contam com ações para geração de renda.

Entre os projetos sociais voltados para a juventude, o Grupo Cultural Afro Reggae (GCAR) é um dos mais antigos, fundado em 20 de julho de 1993 (Junior, 2003). O GCAR surgiu anteriormente com a proposta do *Afro Reggae Notícias*, jornal alternativo que incorporou discussões do movimento negro. Seus fundadores seguiram com a proposta de “*oferecer alternativas à ociosidade*” para moradores de favelas:

“No Afro Reggae, discutíamos e tentávamos descobrir quais seriam os caminhos para tirar os jovens da criminalidade e da ociosidade. Acredito que todos tínhamos muitas vontades, mas não havia maior direcionamento... Aí me veio a idéia das oficinas culturais. Poderiam ser aulas de dança ou de percussão, inspiradas no trabalho do Olodum. Seriam os Núcleos Comunitários de Cultura” (Junior, 2003: p. 35).

É interessante ressaltar que o GCAR contou com a parceria e/ou assessoria de profissionais com “*formação acadêmica*” engajados no movimento social desde seu início. Porém, um elemento comum aos fundadores é o fato de terem vivenciado situações de discriminação e outros tipos de violência, apesar de nenhum deles ter sido morador de favelas. A inserção em Vigário se deu através de um convite para uma caminhada organizada em resposta à chacina, a Caminhada da Paz. A partir daí, o grupo passou a freqüentar regularmente a comunidade, assim como vários projetos sociais para lá convergiram. A experiência traumática para aquela população teve como uma das respostas a inserção do GCAR (Monteiro, 2002b; Reis, 2004).

Junior (2003), um dos autores da música, refere-se à chacina fazendo alusão a *Shiva*, que segundo ele, é um deus que destrói para depois reconstruir. As primeiras oficinas do GCAR ocorreram a partir de 1994:

”o projeto surgia com um objetivo bem claro: desviar jovens do caminho do narcotráfico e do subemprego. Com o início das oficinas de reciclagem de lixo, de percussão e de dança afro, começamos a trabalhar diretamente com crianças e pré-adolescentes da comunidade. O perfil de quem procurava as oficinas era exatamente o público que queríamos atingir, ou seja, jovens em situação de risco, meninos que se aproximavam perigosamente do mundo do tráfico” (Junior, 2003: p. 60).

A análise de documentos referentes à origem do GCAR revela a construção de um contraponto ao mito de periculosidade e violência de jovens negros moradores de favelas. Uma “*nova cara*” na letra da música traz a imagem do jovem alegre, ocupado, trabalhador, funcionando como antítese àquela do desocupado, facilmente cooptado pelo narcotráfico, ligado à violência: tomou-se emprestado e transformou-se o coro da galera do *funk* para indicar que Vigário Geral estaria sim nas capas de revista e nas folhas do jornal, mas agora pelo trabalho do GCAR.

O cerne desta desmistificação é a alternativa de trabalho na arte-cultura, com o recorte de valorização étnica. Porém, há aqui uma questão singular: o GCAR deu ênfase na visibilidade ao projeto. Assim, a influência da militância política direciona duas frentes de ação: a primeira *para dentro* da favela, desdobrando-se em um corolário de ações para o que chamam de “*público alvo*”; a segunda, *para fora* da favela, com também uma série de estratégias que visam promover a interlocução com outras ONG e, principalmente, com o setor de Arte e Cultura.

O desenho organizacional do GCAR foi interpretado como uma composição dessas duas frentes. No entanto, a predominância de cada uma variou no tempo. Não se interpretou essa variação como flutuações na missão institucional, mas como adequação às principais articulações que se apresentam ao GCAR, interferindo com seu modelo de financiamento e, em última análise, com a sustentabilidade de suas ações. Ao longo de sua história houve diferentes composições da rede social estabelecida pela equipe com diversos interlocutores, o que teve papel decisivo em seu financiamento inicial (pela Fundação Ford, em 1994), possibilitando alavancar novas parcerias, isto é, espriar sua rede de relações.

Projetos e programas

As informações que se seguem foram embasadas em visita à sede do GCAR em Vigário, consultas à *homepage*, folder institucional e o trabalho de Castro et al. (2001). Desde sua fundação, constituíram-se como principais fontes de recursos financeiros: Fundação Ford, Instituto Brasileiro de Inovação em Saúde Social, MW Barroso, Setor de Análises e Assessoria a Projetos da FASE, Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal do Trabalho, Comunidade Solidária e a empresa Disconildo .

Atualmente, as apresentações da Banda Afro Reggae, que é um desdobramento do projeto social GCAR, revertem 30% de sua arrecadação para a ONG. Além dos financiadores, outras parcerias foram estabelecidas com ABONG, IBASE, ONG “Se Essa Rua Fosse Minha”, Cirque du Soleil, Oxfan/Quebec, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, UERJ e Casa de S’Antanna (Cidade de Deus).

Os Núcleos Comunitários de Cultura localizam-se atualmente nas comunidades do Cantagalo (Zona Sul), Vigário Geral e Parada de Lucas (Região da Leopoldina) e Cidade de Deus (Zona Oeste). Os projetos estão organizados em Programas:

AfroReggae Produções Artísticas (ARPA), uma produtora de eventos derivada do GCAR, que atualmente é sua principal mantenedora e garantia de sustentabilidade; Programa de Comunicação, com dois programas de rádio e a assessoria de imprensa; Programa de Comunicação; Programa de Saúde.

Os Programas levados a cabo em Vigário são o *Programa Social* e o *Programa de Saúde*. Seu público constitui-se de crianças a partir de quatro anos e jovens em situação de vulnerabilidade social, desde que moradoras das comunidades citadas.

Este núcleo conta com nove profissionais envolvidos no GCAR, além dos monitores dos grupos de capoeira, dança, samba e teatro. Estima-se que sejam atendidas diretamente pelo projeto cerca de 400 pessoas.

Foram citados como objetivos:

“enfrentar a questão da violência na cidade do Rio de Janeiro através de atividades culturais com jovens em situação de vulnerabilidade social, proporcionando aos jovens uma alternativa frente ao crime organizado”; “trabalhar a auto-estima e o protagonismo juvenil, resgatar a cidadania dos jovens”; “difundir, promover e fortalecer a cultura negra entre os jovens, tirar os jovens da ociosidade”

(Homepage do Afroreggae, link “GCAR”)

Entre seus focos de atuação, a equipe do local situou: arte-cultura, cidadania, comunicação, esporte (somente a capoeira) e a formação para o mercado de trabalho.

Desde 2001, houve uma reestruturação do GCAR e os jovens foram divididos em subgrupos artísticos, a saber: *AfroReggae, Makala, Afro Lata, Trupe da Saúde, Afro Samba, Kitoto, Afro Mangue, Tribo Negra, Grupo de Dança e Banda de Meninas*, de acordo com sua participação nas diferentes atividades oferecidas. Os jovens passaram a ter como referência um componente da Equipe Social, além dos monitores ou professores das atividades específicas. Ao componente da equipe social de referência

cabe um acompanhamento sócio-pedagógico dos jovens, tendo sido criados espaços regulares para a discussão de temas variados, selecionados conforme a necessidade de cada subgrupo.

A Equipe Social de Vigário é formada apenas por mulheres: duas assistentes sociais, uma pedagoga e uma psicóloga, sendo que a mais antiga delas está no projeto há três anos. De outro modo, tanto a coordenação quanto as funções de monitores e professores são, em sua grande parte, exercidas por homens. Da mesma forma, a grande maioria dos jovens que freqüentam o GCAR é do sexo masculino. Uma das características do projeto é o aproveitamento de jovens em seu quadro funcional: o atual coordenador, por exemplo, é um de seus ex-integrantes. Regularmente, toda a equipe se reúne com a coordenação executiva.

Além do seguimento sócio-pedagógico dos subgrupos, as atividades do Programa Social constituem-se em visitas domiciliares, acompanhamento familiar e pedagógico, reuniões pedagógicas, acompanhamento psicológico, encaminhamentos sociais e articulação com outros serviços e parcerias, atividades de lazer.

Atualmente, as temáticas trabalhadas pelo GCAR refletem aquela missão institucional descrita anteriormente, com ênfase na *profissionalização*, ou melhor, nas estratégias que oferecem ao jovem maior possibilidade de inserção no mundo do trabalho. Há um *tema central*, oferecer alternativas que não o narcotráfico, que se apresenta como fio condutor das ações e, portanto, de sua lógica de organização em programas e projetos, bem como *temas periféricos*, que se inseriram de modo finalístico, girando em torno e buscando colaborar com o central. Assim, para se estabelecer a imagem mencionada do jovem trabalhador, é utilizado um conjunto de estratégias, das quais a escolha dos temas periféricos faz parte. Da mesma forma o conjunto de ações dos programas social e de saúde servem à finalidade de suporte do

projeto de inserção no mercado. Não basta apenas “tirar o jovem da ociosidade”, mas, possibilitar que ele tenha “oportunidades de emprego”.

Em folder específico do Programa Social, localiza-se o *protagonismo juvenil* como a principal estratégia para este movimento:

“A atuação do Programa Social passa pelo investimento no indivíduo, buscando conhecer cada jovem ... investe-se num atendimento personalizado, que atuará no sentido da percepção de sua identidade, no fortalecimento da sua auto-estima, e na transmissão de conhecimentos – seja no campo da cultura, da arte, da educação, da saúde, da cidadania enfim – que contribuam para o desenvolvimento de mecanismos de expressão e protagonismo nos grupos em que e com os quais trabalha”.

Como foco deste estudo, a temática da *saúde* e as práticas educativas em *saúde sexual e reprodutiva* não fogem à regra, mas sofreram, no tempo, mudanças na forma de interlocução com o tema central.

IV.3. A temática saúde e suas mudanças no tempo

Durante os primeiros contatos com os jovens, foram referidas modificações nas práticas educativas do GCAR, atribuídas inicialmente à mudança na constituição da equipe. Assim, para que se entender as possíveis relações das práticas educativas com as repercussões dos projetos sociais nas condições de vida dos jovens, foi iniciar a caracterização não pelas práticas atuais, mas por aquelas que aconteceram durante o tempo em que eles permaneceram no projeto. Na seqüência, procedeu-se à descrição e análise das práticas atuais e a comparação entre ambas.

A caracterização das práticas educativas em saúde e, mais especificamente em saúde sexual e reprodutiva, objetiva identificar os fundamentos educativos e

compreender em que medida as práticas preventivas se articulam com as propostas pedagógicas expressas anteriormente. Em Vigário Geral, a temática saúde não se mostrou homogênea cronologicamente. Faz-se a distinção em duas fases. A primeira, em que a temática saúde surge de práticas de prevenção às DST/Aids. A segunda, após a reestruturação de 2001, quando se estabelece a divisão em subgrupos, deslocando-se o discurso sobre saúde sexual e reprodutiva para um tema periférico. Porém, há continuidade de alguns elementos de uma fase à outra. Para melhor compreensão, a comparação entre as fases está sistematizada no quadro abaixo, que será discutido nos tópicos a seguir.

Quadro 4

ELEMENTOS DA ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E AIDS NO GCAR/VIGÁRIO GERAL

Elementos	1ª Fase	2ª Fase
Situação da temática Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Central, dentro de um projeto com alguns jovens atendidos.• Trabalhar saúde como forma de transformação social.	<ul style="list-style-type: none">• Periférica em todos os subgrupos.• Trabalhar saúde como forma de resgate da cidadania, na perspectiva da assistência.
Inserção do educador	Autoral; militância	Prestador de serviços
Motivação para a prática	Centrada no educador	Diretriz da organização
Formação do educador	Curso superior	Curso superior
Planejamento e avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Diálogo com educandos na definição das atividades• Planejamento e avaliação compartilhados com educandos como premissa.	<ul style="list-style-type: none">• Autonomia do educador para menor ou maior grau de compartilhamento com educandos
Principais temas abordados	<ul style="list-style-type: none">• Saúde sexual e reprodutiva• Direitos civis• Etnicidade	<ul style="list-style-type: none">• Variável, dependendo do educador• Higiene Pessoal, Contracepção, Direitos Civis
Relação educador-educando	Afetividade, vínculo	Afetividade, vínculo

(Continuação)

Elementos	1ª Fase	2ª Fase
Periodicidade das práticas	Regulares, contínuas	Regulares, contínuas
Linguagem	Lúdica, em expressão artística	Lúdica, em oficinas temáticas com dinâmicas de grupo
Objetivo da articulação com outros serviços e ONG	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar rede de apoio• Articulação política com o movimento social	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar rede de apoio
Aproximação com as abordagens descritas por Stotz (1993)	Aproxima-se da “ <i>Abordagem Radical</i> ”	Aproxima-se do “ <i>Desenvolvimento Pessoal</i> ”

IV.4. PRIMEIRA FASE

“Você sabia, ele é do Ceará. Ele vai pousar no campo da aviação. Hoje é Domingo, pede cachimbo, cachimbo é de ouro, bate no touro, o touro é valente, bate na gente, a gente é fraco, cai no buraco, o buraco é fundo, pum, acabou”.

Música feita pela Trupe da Saúde para estudar Geografia.

Perfil do educador

Para a caracterização desta fase foram utilizados: entrevista em profundidade com o ex-coordenador do Programa de Saúde; publicação institucional da época sobre as práticas educativas do GCAR (Zanetti, 2001); documentos disponíveis na internet sobre o trabalho da Trupe da Saúde; relatos de jovens que participaram do projeto à época.

As práticas educativas na temática saúde tiveram início no GCAR em Vigário a partir de 1996, com a inserção de Jorge, que iniciou como um dos colaboradores do Afro Reggae Notícias, passando posteriormente a coordenador do Programa de Saúde, até 2001. Jorge tem formação em odontologia e ligações com o movimento social a partir de sua participação em projetos de ONG ligadas ao movimento negro e ONG/Aids. À época, ele desenvolvia trabalhos de prevenção ao HIV/Aids em terreiros de candomblé. A motivação para trabalhar no bairro surgiu da constatação da tendência de pauperização da epidemia, associada à dificuldade de mobilidade social das camadas populares.

“Eu sempre via que todas as epidemias desembocam nas populações de baixa renda. Todas as epidemias têm o mesmo percurso... Aí eu saquei desde o primeiro momento ... a aids vai desembocar na população de baixa renda, porque não tem informação, não tem acesso a informações, não tem acesso aos serviços de saúde, não tem acesso aos serviços de educação de boa qualidade ... E sexualidade é uma coisa que ninguém consegue estar mexendo muito...”

Seu discurso identifica-se com o da literatura crítica à hegemonia do modelo biomédico, apontando para a necessidade da compreensão de fatores sociais, culturais e simbólicos na análise da determinação das epidemias.

“Porque eu acho que, assim, você trabalhar a saúde, você tem que ter uma percepção do social, da economia, da geografia, da antropologia, de vários aspectos. Trabalhar a saúde não pode ser trabalhar a saúde só quanto a ausência de doença mas é muito mais que isso, entendeu. Da religiosidade, porque eu acho que os aspectos culturais, eles influenciam na saúde, na percepção que as pessoa têm de doença, na percepção que as pessoas têm de saúde, na percepção que as pessoas, que elas têm do seu próprio corpo”.

Situação da temática

Os temas trabalhados inicialmente eram relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva, especificamente na área de prevenção do HIV/Aids. O projeto da Barraca da Saúde foi pioneiro e anterior à atuação do Programa da Saúde em Vigário Geral, localizando-se no bairro da Lapa, zona central da cidade. A Barraca era um stand montado nas ruas do bairro,

que não se destinava apenas à distribuição de preservativos, mas também a apresentações em esquetes sobre a aids, em que os jovens atuavam.

Os jovens que participavam da Barraca eram aqueles considerados como de maior vulnerabilidade para as DST: aqueles rotulados como “*problemáticos*”:

“... a Trupe foi para aqueles jovens que não foram para os outros grupos. Que iam tocar, de bandas, jovens que estavam lá meio que parados, entendeu. Alguns problemáticos, que ninguém queria nos seus grupos”.

De outro modo, Jorge entendia esta atitude considerada improdutiva por outros educadores como passível de ser interpretada de uma maneira transformadora:

“E eu resolvi absorver [os problemáticos], porque eu acreditava... Porque, assim, eu acredito muito que esses jovens que são denominados problemáticos, eles são muito inteligentes. Eles são um problema por causa da inteligência deles. E porque você tem que tentar, e é uma coisa que eu fico sempre pensando em tudo que eu trabalho. É potencializar o saber desses jovens, ele já tem um saber”.

A estratégia utilizada por Jorge para enfrentar o “problema” destes jovens foi oferecer-lhes participação em fóruns de discussão das políticas públicas sobre os temas que eles resolveram trabalhar no GCAR. O interesse pela prevenção do HIV/Aids, por exemplo, veio da oportunidade de os jovens freqüentarem espaços de discussão de numa ONG/Aids em que Jorge trabalhava. A origem da Trupe da Saúde surge da proposta de educandos e educador oferecerem estratégias de prevenção para outras pessoas de Vigário Geral:

“Então, a Trupe da Saúde foi criada para quê? Para, através de uma técnica circense, de teatro de rua, da música e a dança sensibilizar outros jovens”.

Assim, em relação à situação da temática *Saúde*, na primeira fase ela foi trabalhada a partir do mote da Saúde Sexual e Reprodutiva, especificamente se utilizando a prevenção ao HIV/Aids. Esta abordagem se localizou dentro de um projeto restrito a um número determinado de jovens do GCAR, com um duplo objetivo: o primeiro, a prevenção das DST/Aids para jovens e espectadores da Trupe; o segundo, a transformação social através da problematização dos temas escolhidos com a busca de articulação política com outras ONG e o setor governamental através de parcerias que apoiaram a maior parte das atividades da Trupe.

Elementos da prática educativa

Um elemento que caracteriza a prática descrita pela Trupe da Saúde é a relação educador-educando marcada pela autoridade compartilhada, a afetividade e vinculação das práticas do profissional com um determinado grupo. A exemplo do que ocorre nos serviços de saúde com uma determinada clientela, sendo adscrita a um certo profissional, aqui o educador passa a ser o profissional de referência para aquele grupo de jovens, o que permite o acompanhar a evolução do grupo. As atividades eram sistemáticas, regulares e contínuas, com periodicidade de pelo menos duas vezes na semana. Influenciado por leituras de autores da Educação Popular e Educação Popular em Saúde (como Paulo Freire e Victor Valla). Cabe destacar que o educador tinha uma trajetória anterior na militância do movimento negro e de ONG/Aids o que talvez tenha contribuído para que se estabelecesse a premissa de gestão participativa do projeto, com planejamento compartilhado, contratado

em deliberações coletivas com educandos, havendo ainda valorização da educação formal. O papel de coordenador foi posteriormente dividido com alguns jovens. Assumiu-se como estratégia pedagógica a linguagem lúdica, em expressões artísticas: circenses, música, dança.

“Eles [os jovens] comandavam a Trupe depois. Aí era isso, nós víamos tudo isso, era caderno, isso, aí nós tínhamos também se estudar, por exemplo, Geografia. Porque nós estávamos numa coisa, assim, quando eu falava dos negros que vieram da África. Eles achavam, eu levei um susto, eles falavam ‘África é um país’. Eu falei ‘não’. Aí o que nós fizemos? Eu comprei mapas, que aí a gente aproveita para falar sobre saúde, educação, tudo. Porque saúde, para mim, é isso. Você está inserido em todos os contextos. Aí eu peguei um mapa de Vigário Geral, um mapa do Rio de Janeiro, um mapa do Brasil e um mapa Mundo ... Aí eles começaram a ver, eu falei ‘tá vendo África? África são vários países’. Aí começamos a brincar de viajar. Aí nós fizemos até uma música ... Isso ajudou muito na aula de Geografia deles, na escola”.

Os temas trabalhados nas atividades em Vigário e os dos esquetes eram escolhidos pelos jovens, entre eles estão DST/Aids, Zumbi dos Palmares, direitos da criança e do adolescente, prevenção do câncer de mama, humanização do parto.

Com relação às práticas educativas em sexualidade, elas ocorriam tanto na Trupe, quanto em outros grupos (oficinas de música, divididos posteriormente em subgrupos). Jorge acredita que a sexualidade juvenil é mal interpretada por educadores em saúde e esta crise de interpretação advém de os educadores advirem das camadas médias. Para ele, há especificidades nas vivências e práticas sexuais, a depender de fatores como classe social e práticas culturais, exemplificada na diferença da idade de primeira relação sexual, que na percepção de Jorge é mais precoce entre as camadas populares:

“Os educadores têm que aprender, entendeu, que existem outros mundos que não é só o mundinho deles de educador, que foi ali, da Zona Sul, que só realmente soube que as pessoas transavam a partir dos 12, 13 ou 14 anos.”.

Em um desdobramento, posiciona-se sobre o discurso pedagógico hegemônico que defende a contracepção na adolescência, em detrimento da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Com relação à experiência da maternidade na juventude, Jorge apresenta outros possíveis fatores que interferem nas práticas educativas, como valores simbólicos e as desigualdades de gênero em Vigário:

“pode ser até que queira engravidar, ..., porque engravidar é o quê? É você ser reconhecido. Primeiro, você vai ganhar mais afeto da sua família e da comunidade (pausa) porque elas [as meninas] passam despercebidas e invisíveis. Quando engravida, passa a ser visível, ... Então, tudo isso a gente tem que entender quando vai trabalhar a questão da gravidez na adolescência. Não é só dizer que não pode engravidar, mas é entender que processos sociais, afetivos, estão envolvendo a gravidez na adolescência nesse país... Eu falo gente eu não sou estudioso de gravidez na adolescência, mas isso eu consigo perceber, não é possível que eles [estudiosos no tema] não saibam. Entendeu, porque eles são doutores, eu não sou, eles têm que perceber essa história”.

O relato é congruente com a análise dos significados da experiência da maternidade entre as jovens que Monteiro (2002) verificou. Com a saída da casa dos pais a jovem ganha um outro *status*, o de adulta. Isso permite a independência do grupo familiar, sendo agregadas a ela novas funções sociais.

A literatura mostra diferenças entre as experiências da maternidade entre jovens. Pantoja (2003), de outro lado, descreve significados próximos aos encontrados. Argüindo moças em situação de pobreza, o estudo mostrou que o fato de ser mãe não implicou no abandono de seus projetos de vida, mas em sua reformulação. Da mesma forma, Costa (2002), ao analisar a gravidez em menores de quinze anos, demonstra que essa experiência pode significar “*tornar-se mulher*”. Em uma sociedade em que as relações de gênero se dão de modo assimétrico, a passagem ao mundo feminino é conduzida pela vivência da maternidade.

Com relação às práticas sexuais dos jovens, a estratégia educativa adotada e o vínculo de confiança estabelecido na relação educador-educando parecem favorecer uma melhor compreensão da construção de suas disposições das práticas, o que Santos (*apud* Monteiro 2003) referenda como fundamental ao se considerar as estratégias de prevenção.

“Outra coisa também que eu fazia com os outros grupos, que não era a Trupe, mas eram as bandas, é ter um espaço de conversa em que nós conversávamos abertamente, num diálogo franco sobre sexualidade...E isso era muito incrível,... tudo que era conversado, com cada grupo, a gente falava que era um segredo nosso e que ninguém podia revelar. E ali saía muita coisa que nem Deus imagina (RISOS)”.

A partir das falas de Jorge, pode-se localizar as estratégias educativas dessa fase como prováveis facilitadoras da prevenção ao HIV/Aids e outras DST. Isso acontece através de mecanismos presentes nas práticas que agem de pelo menos duas formas: a primeira, auxiliando no entendimento da vulnerabilidade (explicitação das práticas viabilizada pelo vínculo de confiança estreitado pelo caráter democrático da atividade); a

segunda, adotando uma postura de perceber os educandos (neste caso, provenientes de classes populares) como capazes de analisar a situação que vivem e de propor soluções para os problemas a serem enfrentados, configurando a situação inversa a que Valla (2000) relata sobre a crise de interpretação.

Delineamento de uma proposta pedagógica

A caracterização da prática educativa durante a primeira fase do Programa de Saúde do GCAR em Vigário Geral dialoga com a Educação Popular em Saúde (EPS), aproximando-se mais da abordagem radical de Stotz (1993). Os achados convergem com um estudo anterior desta fase por Zanetti (2001), que localiza a metodologia adotada pelo GCAR como uma prática de Educação Popular.

Em primeiro lugar, o modo de gestão compartilhada espelha o elemento presente na EPS em que o processo de ensino-aprendizagem leva em conta os desejos dos educandos e educadores, suas experiências pregressas e a percepção sobre o risco para, desse ponto de partida, desenhar e levar a cabo uma estratégia, ou seja, a intervenção educativa.

Houve interface entre este elemento da EPS e a experiência e o saber popular também com relação às práticas específicas em saúde sexual e reprodutiva, em desacordo com o discurso de algumas propostas da literatura que aconselham a contracepção, em lugar de se tentar compreender melhor os processos de experiência da maternidade e paternidade dos jovens. Não se reconheceram nesta fase percepções da sexualidade juvenil como desviante (Griffin,1997).

Em segundo lugar, a problematização visa a transformação social, na medida em que as discussões coletivas buscaram soluções políticas e novas articulações com outras ONG e o setor governamental. Os jovens eram incluídos também nesse processo, porém, ao se alargar a rede de apoio social, não se objetivava apenas *novas formas de financiamento*, mas a participação de educadores e educandos em fóruns de discussão das políticas de saúde, a exemplo de sua atuação junto ao movimento das ONG/Aids.

IV.5. SEGUNDA FASE

O Programa de Saúde em Vigário Geral Hoje

Na caracterização das práticas da 2ª fase foram utilizadas: entrevistas em profundidade com duas educadoras do GCAR; relatos dos demais educadores; anotações do diário de campo das observações do cotidiano; observação direta de aconselhamentos em grupo e individuais, ensaios de dança e bandas e ensaios da Trupe da Saúde.

O desenho do Programa de Saúde do GCAR a partir de 2001 segue a lógica da fase anterior, qual seja, de trabalhar tanto os subgrupos de jovens, quanto o público externo à ONG. Porém, os temas em saúde dentro dos subgrupos diferem de acordo com a faixa etária: há um grupo para crianças e os jovens são divididos por classificação etária próxima. Como ações externas, há dois projetos: Barraca da Saúde e Trupe da Saúde. Institucionalmente, o Programa conta com a parceria da ABIA para a Barraca e do PROSAD/SMS. Este último fornece os insumos distribuídos nas atividades, como panfletos e preservativos.

Devido às obras em sua sede, o GCAR ocupa provisoriamente o prédio da Associação de Moradores, na entrada pelo Jardim América. As obras e a diminuição do espaço foi determinante para o fechamento de novas matrículas no projeto: no final do trabalho de campo (novembro de 2003) trabalhava apenas com os jovens anteriormente inscritos, apresentando grande demanda reprimida.

Perfil do educador

O acompanhamento dos subgrupos é feito pela Equipe Social, formada por quatro mulheres, todas de fora da comunidade. A abordagem das temáticas em saúde faz parte de sua atuação no Programa Social, o que quer dizer que o papel de educadoras não se restringe a um tema específico. Os subgrupos estão divididos por quatro profissionais com formação em Psicologia, Serviço Social e Pedagogia; aquelas que participaram das entrevistadas em profundidade foram a coordenadora pedagógica, há três anos no GCAR e uma integrante da equipe social há menos de um ano no projeto.

Segundo as educadoras, a principal motivação para se inserirem no GCAR foi a identificação com o trabalho em bairros de classes populares e a participação pregressa em projetos sociais, que identificam como facilitador em seu processo de seleção ao cargo. Porém, a equipe atual não apresenta a mesma ligação intensa com o movimento social quanto o da fase anterior: sua participação é esporádica ou incipiente. Aqui, aliás, a principal fonte de renda dessas profissionais é o trabalho no projeto e a relação com a ONG tende àquela de empregador-empregado, espelhada na cobrança pelo cumprimento e registro dos atendimentos realizados. Possuem intenso ritmo de trabalho, com carga horária variando em função das atividades, muitas das vezes tomando os finais de semana.

Quando de seu ingresso na equipe, já havia uma diretriz institucional, que culminou com o desenho em subgrupos. Assim, o perfil não é autoral, ou seja, a equipe não participou da fundação da ONG.

Situação da temática e elementos da prática educativa

Os temas relacionados à saúde encontram lugar regularmente previsto nas oficinas temáticas dos subgrupos, que começaram recentemente (segundo semestre de 2003). Cada educadora tem autonomia para escolher o tema que julga adequado para o seu subgrupo, porém sempre de acordo com a prioridade institucional de melhorar a qualidade de vida, ao que se chama o *“lado social do jovens”*. *“Melhorar o lado social dos jovens”* significa facilitar sua inserção no mundo do trabalho, através da valorização da educação formal. No GCAR, a escola e o diploma são valorizados. Uma vez que se constatou que o mercado em Arte e Cultura não absorve todos os jovens envolvidos, buscaram-se outras possibilidades de ocupação.

Segundo Ana:

“A gente tá tentando fazer contato com o balcão de empregos, principalmente com os meninos mais velhos... a gente sempre fala que eles tão aqui, mas que nem todos têm talento [para música, dança...], então eles têm de estudar, porque eles têm de se preparar pro mercado de trabalho, então a gente tá a todo tempo falando isso pra eles, e muitos têm talento e vão seguir a vida aí na rua [carreira artística], outros não, vão ter de estudar e se

quiserem trabalhar nessa área vão ser iluminador, operador de som, enfim, de qualquer maneira têm de estudar”.

Há de se fazer uma ressalva: não é obrigatório que um participante do GCAR esteja cursando o ensino formal; no entanto, uma vez que ingressem no projeto, iniciam-se processos de aconselhamento de pais e/ou responsáveis e suporte à matrícula escolar, que é intermediada e em muitas das vezes realizada pela equipe social.

A forma de planejamento das atividades nos subgrupos varia de acordo com o perfil de abordagem adotada por cada educador, que tem autonomia para imprimir maior ou menor grau de compartilhamento com os educandos. Há a formação de vínculo profissional e de confiança na relação educador-educando, de forma que os jovens recorrem à equipe social e à educadora de referência mesmo fora dos espaços previstos para as discussões sobre saúde. Demandas relacionadas à vivência da sexualidade, tais como dúvidas sobre práticas sexuais, vivência do prazer, diferenças, desigualdades e principalmente violência de gêneros são recorrentes, como também a intermediação ao uso da unidade básica de saúde e de problemas escolares. As entrevistadas perceberam que os jovens encaminhados por elas costumam ter melhor acolhimento nestes serviços.

Com relação ao acesso à unidade básica de saúde, por exemplo, isso é atribuído por Rita a uma parceria não formal, em que

“um [serviço] ajuda o outro, ... muitas vezes a gente presta atendimento pras pessoas da comunidade [usuários] também. Eles agora até já encaminham pra gente”.

A educadora refere-se ao atendimento em serviço social e psicológico à população do bairro, que acaba sendo dividido com o GCAR. Lembremos que a unidade de saúde não dispõe desses profissionais para atender à sua demanda reprimida.

Ainda que recentes, as oficinas temáticas se propõem a ser espaços coletivos regulares e sistemáticos, com periodicidade semanal, usarem de linguagem lúdica por meio de dinâmicas de grupo idealizadas pelas educadoras. Não são exclusivas dos temas sobre saúde, porém há diretriz organizacional que elegeu aqueles preferenciais, segundo texto institucional presente no sítio da internet e em folder, agrupados em temas concernentes aos cuidados com higiene pessoal, métodos contraceptivos e prevenção de DST e HIV/Aids.

Nas entrevistas e na observação do cotidiano da instituição foram encontradas menções às desigualdades de gênero em Vigário Geral e alusão a discriminação de gênero sofrida pelas próprias educadoras. Elas referiram ser mais difícil efetuar suas tarefas pelo fato de serem mulheres, levando mais tempo para serem respeitadas pelos jovens. Monteiro (2003) já havia relatado essas diferenças entre os jovens, em que a mulher assume um papel de organizadora do lar e cuidadora dos filhos, no espaço privado (doméstico), enquanto ao homem cabe ocupar o espaço público, sendo-lhe atribuída maior força física e o papel de provedor financeiro.

A percepção das desigualdades de gênero entre os jovens é exemplificada por Ana:

“Aqui é normal bater em mulher. Namorado, namorada. A gente trabalha para que isso não aconteça, mas é normal, cultura da favela... machista. ... no que aqui [Vigário] você paquera, passa a mão e dá um puxão de cabelo, lá [fora da favela] é assédio sexual. Aí eu converso com eles”.

De fato, Xande (coordenador) parece ser a maior figura de autoridade entre os jovens, que são na sua maioria do sexo masculino, segundo informações colhidas com Ana (coordenadora pedagógica). Porém, há um fator de confusão: as educadoras são de fora da favela, todas têm formação em curso superior e sua linguagem difere daquela usada pelo coordenador com os meninos, apesar da referência à apropriação do jargão como estratégia

pedagógica ter sido recorrente nas entrevistas. No entanto, Xande conquistou progressão na carreira a partir de sua inserção como um jovem do projeto.

Desta forma, não se pode atribuir apenas uma relação de determinação das diferenças de gênero percebidas pelas educadoras sobre as dificuldades encontradas em seu trabalho. Deve-se lembrar, por exemplo, que as atividades de prevenção em saúde sexual e reprodutiva previstas são levadas a cabo pela equipe social, que possui formação universitária. Por outro lado, pelo menos formalmente junto à ONG, o coordenador, por sua vez, possui maior liderança possivelmente por ter a mesma origem social dos jovens, apresenta autoridade para abordar as questões sobre discriminação étnico-racial e de classes (vários foram os momentos de discussão em grupos nesse sentido). Enquanto isso, as integrantes da equipe social, que tiveram contato com o mundo do saber científico, têm autoridade para trabalhar assuntos concernentes à saúde e à sexualidade.

Com relação às práticas sexuais, apareceram percepções das diferenças entre as visões de mundo das educadoras e aquelas dos jovens, o que foi atribuído à diferença de classe social entre as primeiras e os segundos. No discurso das educadoras, as meninas da favela têm o início da vida sexual mais precoce, sem orientação sobre métodos de contracepção. Referem ainda significados diferentes sobre a experiência da maternidade entre elas (educadoras) e as jovens. Para as educadoras, a experiência precoce da maternidade significaria postergar a escolarização, com distanciamento do mundo do trabalho. Segundo Monteiro (2003), este significado relaciona-se às representações das camadas médias sobre o papel feminino, que mais facilmente posicionam a mulher ocupando a esfera pública; o mesmo não é válido para as classes populares.

Trupe da Saúde: a caminho da profissionalização

Deve-se fazer uma ressalva na comparação entre a primeira e a segunda fases, dedicando-se um olhar especial à trajetória da Trupe da Saúde. A Trupe hoje apresenta uma ênfase distinta da primeira fase do Programa de Saúde, com a permanência de alguns jovens do grupo fundador, sendo que o mais recente ingressou nela há três anos.

Com relação a estes jovens, o principal objetivo do projeto parece ser o de profissionalização de uma trupe teatral, que não se restringe aos temas de saúde sexual e reprodutiva ou de saúde em geral, mas prioriza o aprimoramento em técnicas teatrais. Os ensaios são semanais, obedecendo a uma seqüência em geral de treinamento da expressão corporal, coordenada por um dos integrantes, passagem dos esquetes com marcação cênica e leitura de novos textos, trazidos tanto pelo educador, quanto pelos educandos. As observações mostraram uma postura tecnicista por parte dos jovens, que se preocupavam com detalhes técnicos com relação à expressão corporal, a marcação e passagem de esquetes e dos textos. Há esquetes variados, com recorrência de temas em saúde sexual e reprodutiva e que levam à reflexão de preconceitos, principalmente com relação aos papéis dos gêneros e orientação sexual.

Na Trupe, durante os ensaios, a relação com o instrutor enfatiza o aprimoramento técnico nas artes cênicas e em torno das competências técnicas gira a maior parte das discussões. Em um dos ensaios houve uma briga entre uma das integrantes e o professor por discordâncias sobre a técnica vocal e de expressão corporal empregadas pela jovem; a postura da jovem foi de confrontá-lo, mas finalizada com abraços, sem rancores pessoais. Há vínculo com o educador, mas as atividades parecem não visar a prevenção de doenças para a própria trupe, uma vez que este objetivo deve ser alcançado nas oficinas temáticas,

com cada educadora, num papel da equipe técnica do Programa Social. Em conversas informais com os jovens da Trupe, sua percepção a respeito das mudanças parece positiva, já que referem que a fase anterior foi necessária para seu amadurecimento pessoal, mas agora há o interesse no aperfeiçoamento profissional. Aliás, cabe enfatizar a qualidade cênica da Trupe, que impressiona pela integração da equipe nos ensaios, o condicionamento físico e o domínio das marcações de palco e de voz.

De modo geral, é dada importância ao processo de avaliação/monitoramento. As educadoras entrevistadas referiram que uma avaliação é feita após cada reunião com os jovens, para que se façam mudanças que todo o grupo julgue necessárias. Questiona-se sobre a satisfação relacionada à atividade. Do mesmo modo, há regularidade nos encontros e reuniões ampliadas de toda a equipe de Vigário Geral com a coordenação do GCAR.

O pagamento da equipe social é vinculado à apresentação dos relatórios mensais e os profissionais se preocupam com a quantificação de resultados, na confecção do que chamam de “estatísticas”: quantos jovens são atendidos, as atividades realizadas etc. Segundo Rita, isso se deve à necessidade de comprovação do trabalho frente aos financiadores do GCAR.

Delineamento de uma proposta pedagógica

A caracterização da prática educativa durante a segunda fase do Programa de Saúde do GCAR neste núcleo mantém elementos da fase anterior, tais como o vínculo de confiança entre educadores e educandos e a regularidade das atividades, com o uso da expressão lúdica como aproximadora da linguagem dos jovens. No entanto, esta fase apresenta maior identificação com os elementos da abordagem de desenvolvimento pessoal

de Stotz (1993), uma vez que é dada ênfase no desenvolvimento de determinadas habilidades dos indivíduos, visando maior controle de sua vida. O desenvolvimento de habilidades constitui um grande avanço na perspectiva de soluções individuais, porém, quando realizado isoladamente, não dá conta de problematizar as condições sociais que aumentam a vulnerabilidade.

Com relação às práticas específicas de prevenção ao HIV/Aids, ora há proximidade com a abordagem de desenvolvimento pessoal, principalmente quando se objetiva empoderar os jovens nos aconselhamentos individuais, ora identifica-se a abordagem preventivista, pela ênfase dada ao uso de preservativos durante aconselhamento em grupo. Deve-se marcar que no âmbito das práticas essas abordagens são complementares, mas o Programa deve ser compreendido em sua totalidade. Novamente há de reconhecer que essas atividades já constituem um profícuo começo para a prevenção do HIV/Aids. Alguns elementos, como a relação educador-educando e o uso de linguagem lúdica e oficinas podem favorecer para a compreensão das práticas sexuais entre os jovens. Porém, foram notados mecanismos disciplinarizadores de comportamentos juvenis alcunhados como desviantes e o pouco incentivo à participação popular, apontando novamente para as condições determinantes da crise de interpretação entre educadores e educandos, com culpabilização daqueles que não se convertem ao ideário de profissionalização ou ao controle da concepção.

A diferença entre as fases se faz também pelo modo de gestão: na segunda fase, os educadores possuem um norte organizacional que define previamente as prioridades, aí incluindo temas específicos em saúde. Apesar da relativa autonomia para o planejamento das ações previstas nas oficinas temáticas, a participação no processo criativo das

atividades não parece estar assegurada por uma diretriz pedagógica da ONG. Assim, o grau de participação dos educandos dependerá do perfil de cada educador, podendo assumir também posturas controladoras dos comportamentos inadequados ou indesejados, como o de não gostar de estudar ou de “*dar em cima dos meninos*”.

É importante notar que as atividades formais de educação em saúde sexual e reprodutiva parecem obedecer a um recorte de gênero e de formação acadêmica, ainda que não se possa precisar sua determinação. Durante as observações, notou-se que a autoridade de assuntos sobre saúde e sexualidade recai sobre as educadoras com formação universitária, que mostram ambivalência com relação às percepções sobre o trabalho nos temas de sexualidade: ao mesmo tempo em que referem facilidades ou predileção individuais na abordagem do tema, percebem também discriminação de gênero em suas relações de trabalho e nas suas relações com os jovens. Ambas as entrevistadas relacionaram que as moças recorrem muito mais a elas do que os rapazes, quando se trata de assuntos relacionados à vivência da sexualidade.

A trajetória da Trupe da Saúde, por outro lado, pode ser vista como um novo momento de um mesmo processo grupal, pois os seus integrantes permaneceram com o tempo. No entanto, é interessante ressaltar que, durante sua primeira fase, seus membros circulavam entre meios de deliberação das políticas públicas, passando a, na segunda fase, concentrar esforços na inserção no mundo da produção. Este deslocamento é emblemático de um dilema quando se pensa a participação popular e a transformação social, da qual a discussão da prevenção em HIV/Aids faz parte. Jovens das classes populares, face ao desemprego, buscam com maior premência sua inserção no mundo da produção, estabelecendo-a como prioridade. Isso acontece em detrimento da participação nos foros de

discussão política, que na esfera da saúde são pelo menos formalmente constituídos nos conselhos de saúde. A exemplo da “*ditadura da urgência*” expressada por Valla (1998), o desemprego se apresentou aqui como um entrave à participação popular, fazendo com que a ênfase do grupo obedecesse à premência de jovens, agora mais velhos, se inserirem no mercado de trabalho.

Os meios de articulação com outros serviços, governamentais ou não, aparentam valer-se muito mais de parcerias ou de pontes do que da luta pela representação popular e a articulação com fóruns definidores de políticas públicas de saúde. As pontes são exemplificadas na relação entre o CGAR e os serviços de saúde, que, dado o reconhecimento pelo trabalho da ONG e sua absorção de uma parte da demanda da unidade (atendimento psicológico e serviço social), passaram a reconhecer também os usuários como diferenciados.

É bom lembrar que esta situação não é exclusiva de Vigário, devendo-se levar em conta as implicações da rede de relações entre os setores governamentais e não-governamentais no uso e no acesso aos serviços de saúde, em que parcerias podem justificar o privilegiamento de uma parcela da população, sem o debate dessa discriminação ter passado pelos mecanismos de controle público. Em estudo em uma favela de Belo Horizonte (MG), Vasconcelos (1999) aponta para a cultura do clientelismo que ressurgiu nas últimas décadas na periferia urbana brasileira. Para o autor, a forma com a qual o Estado interveio nas organizações populares produziu lideranças comunitárias que perpetuam a prática do clientelismo: “*para a tecnoburocracia estatal é mais cômodo e ágil negociar com lideranças personalistas do que com entidades participativas, nas quais o poder é difuso e as decisões são dependentes de longas discussões nas bases do*

movimento”(Vasconcelos, 1999: 60). Em contextos como os de Vigário Geral, em que a presença estatal a favor da seguridade é mínima, seria surpresa que moradores e mesmo educadores inseridos na favela acreditassem na representatividade dos mecanismos de controle público.

Em suma, na segunda fase o modelo de desenvolvimento pessoal operacionaliza-se através da estratégia de empoderamento a partir do protagonismo juvenil nos moldes das grandes agências internacionais, sem estabelecer espaços formais de problematização das questões políticas inerentes à situação de desemprego. Ao mesmo tempo, as articulações com outros serviços dão-se no intuito de ampliar a rede de apoio social aos jovens e suas famílias, sem entretanto galgar palcos de formulações de políticas públicas para a juventude, mesmo na área da saúde, em que a representação está legalmente constituída. Desta forma, pode-se considerar que a segunda proposta debate uma solução periférica, a de capacitação e profissionalização individuais, enquanto que a situação geradora, central ao problema, a determinação da exclusão social, não ganha espaço nas discussões.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo buscou-se demonstrar que o entendimento do contexto em que se estabelecem as inter-relações entre os fatores que influenciam a vulnerabilidade ao HIV/Aids é fundamental para a formulação de políticas de enfrentamento da epidemia e, conseqüentemente para a definição de estratégias de prevenção. Tal ênfase ganha destaque na ausência de cura medicamentosa ou vacina eficaz.

Para serem efetivas, as práticas educativas não devem apenas oferecer orientação quanto às medidas específicas de controle, mas auxiliar na modificação da estrutura social de base à vulnerabilidade. Nesse sentido, assumem importância propostas pedagógicas que incentivem a transformação social, especialmente em contextos de grave exclusão. Este é o caso de jovens de camadas populares dos centros urbanos, que possuem vulnerabilidade aumentada para o HIV/Aids.

Ao longo da última década, surgiram críticas às propostas pedagógicas que depositam somente sobre o indivíduo a responsabilidade da prevenção. Fatores de ordem cultural, política e social representam muitas vezes barreiras às medidas preventivas, com efeitos sobre a expressão da epidemia. Em seu lugar, vêm sendo sugeridas abordagens educativas que visam a transformação social. Dentre outras características, este fundamento é marcado pelo incentivo à participação popular como forma de garantir representatividade em espaços públicos de deliberação sobre o financiamento e a formulação das políticas públicas.

Neste trabalho, foi salientado que as estratégias educativas de prevenção ao HIV/Aids em curso no Brasil devem ser compreendidas como integrantes de propostas pedagógicas distintas em educação em saúde. No entanto, estas propostas apresentam um

quadro heterogêneo de fundamentos educacionais, que nem sempre se relacionam com o incentivo à participação popular.

Em relação às propostas educativas, foi também destacada a *crise de interpretação* entre os profissionais e as camadas populares, conforme descrito na literatura (Valla, 2000). Esta crise está relacionada ao fato de a população empobrecida ser considerada como incapaz de solucionar seus próprios problemas, havendo dominação dos saberes técnico-científicos sobre os populares. No contexto estudado, os profissionais de organizações não-governamentais operam como mediadores entre os saberes técnico-científicos de base biomédica e os saberes populares em suas práticas educativas.

No caso em particular, um componente colaborador dessa crise de interpretação é a permanência da naturalização da figura dos “*jovens empobrecidos e ociosos*” como “*jovens problemáticos*”. Identifica-se também o predomínio da visão de que a vivência da paternidade/maternidade nessa faixa é considerada desviante, por proporcionar uma aproximação com a ociosidade/desemprego e, portanto, passível de ser controlada.

Nota-se ainda que na revisão bibliográfica sobre os modelos de prevenção prevalece a discussão em um plano teórico, havendo escassez de estudos que analisam a operacionalização destes modelos. Tendo em vista os argumentos assinalados, o presente trabalho teve por objetivo analisar as práticas educativas de educadores da sede de Vigário Geral do Grupo Cultural Afroreggae.

Por meio deste estudo de caso, foram verificadas duas fases de seu *Programa de Saúde*. Em cada uma delas, foi identificado o fundamento pedagógico de base às práticas educativas. Para tanto, fez-se necessária a caracterização dessas práticas através da escolha de elementos-chave das ênfases descritas na literatura. Tais elementos foram agrupados em

eixos analíticos que compuseram o delineamento das práticas, a fim de que fossem comparados às abordagens presentes na produção científica.

Na primeira fase ocorreu aproximação com uma proposta pedagógica cuja análise de elementos revelou o estímulo à participação popular e à transformação social. Há uma tendência a inserir no desenho das estratégias o desejo e as percepções tanto de educadores, quanto dos educandos, em uma construção conjunta da ação educativa. Nessa fase, os educandos discutiam e buscavam soluções individuais e comunitárias para seus problemas, formulando propostas que eram levadas a fóruns públicos de discussão. A articulação entre o projeto social e outros serviços ou ONG objetivava fortalecer a rede de apoio que daria sustentabilidade ao programa e também galgar os espaços de deliberação nas políticas.

A segunda fase se relacionou à abordagem do desenvolvimento pessoal, com a preocupação em oferecer alternativas à inclusão dos jovens no mundo da produção. Porém, ocorreu um distanciamento da representatividade nos espaços públicos de formulação das políticas de saúde e as discussões sobre o papel da articulação do *Programa* com outros serviços foram esvaziadas. Não obstante, neste período permaneceram elementos da fase anterior, como o vínculo de confiança e referência entre o profissional e o jovem. No entanto, notou-se diminuir o poder de decisão do educador e dos educandos sobre o desenho e a gestão do programa, enquanto observou-se o reforço da valorização da educação formal.

Assim, a premência da inserção no mercado passa a dominar a cena e as estratégias giram em torno desta questão. A saúde transforma-se então em mais um direito de cidadania, porém, a ocupação de seus espaços públicos de representação perde importância. Em seu lugar, há uma rede de apoio tecida entre serviços e projetos locais, que se mantém periférica a esses espaços.

A análise das ações da organização em foco é iluminada pela leitura de Gramsci (2001), em suas notas para a investigação do princípio educativo. Não se deve, em uma proposta pedagógica de transformação, prescindir da reivindicação dos deveres por parte do Estado. Gramsci tece críticas que convergem com a crise de interpretação apontada na literatura, quando defende que ao professor cabe explicitar e, por isso, ser consciente dos contrastes entre o tipo de sociedade e de cultura que ele representa e aquele representado pelos alunos.

A tendência à profissionalização faz parte de uma intenção integralizadora e democrática, mas ela também pode funcionar de modo paradoxal. O foco na inserção no mercado de trabalho pode perpetuar e cristalizar as diferenças sociais, se ela não compuser uma proposta em que esteja presente a participação.

Os programas sociais de uma ONG não têm por missão substituir as ações do Estado. Em Vigário Geral, porém, onde as ações estatais são incipientes, as organizações comunitárias tornam-se representantes da oferta do bem estar social. Na localidade em questão, a demanda reprimida pelo GCAR define a oferta da possibilidade de se inserir no programa apenas para uma parcela dos jovens. Por outro lado, do ponto de vista da missão da organização, o fato de conseguir oferecer programas para esta parcela, mantendo-os através de suas estratégias de vínculo e referência, deve ser considerado como uma conquista e uma experiência a ser seguida.

Todavia, há observações importantes a serem estudadas sobre as ações da ONG na localidade. Naturalizar a desigualdade de acesso aos programas do GCAR pode produzir diferenciações internas na favela, com a formação de uma *elite* de jovens de projetos, que, por sua inserção, têm oportunidades que os outros não têm. Compreendendo-se que os projetos sociais podem servir de base à formulação de políticas públicas, cabe à ONG

discutir como tornar equânime sua experiência. Para tanto, deve-se incentivar não apenas uma formação instrumental (para o mercado de trabalho), mas um aparelho formador que possibilite ao jovem “*ser capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige*” (Gramsci, 2001: p. 49).

A valorização do ensino formal e da profissionalização pode ser explicada como a busca pelo capital cultural institucionalizado na forma do diploma (Bourdieu, 1998). Esta é uma busca legítima, sendo a princípio interpretada como facilitadora de mobilidade social para os jovens. E o será, dentro de limites apresentados pelo mesmo autor.

Bourdieu (1979) comenta que as chances de dominar os instrumentos de produção e reprodução estão unidas à aptidão e predisposição para dominar estes instrumentos. A competência econômica não é uma aptidão universal e uniformemente distribuída, pois a faculdade de se perceber as chances são disposições que só são adquiridas senão dentro de certas condições sociais. De acordo seu estudo, a ausência da participação popular é efeito da exclusão: as chances de participar de uma instituição, exercendo poder sobre a mesma, estão ligadas ao poder exercido sobre essa instituição.

Tal argumento converge com a descrição dos entraves à participação popular, num contexto de ausência de seguridade social. Provavelmente este fato contribui para explicar o direcionamento do *Programa de Saúde* no sentido do desenvolvimento pessoal, que tem atualmente sua proposta pedagógica baseada em um tipo de protagonismo juvenil “parcializado”. Com isso, afastam-se educadores e jovens do poder decisório da gestão do programa. Seria conveniente, para se assumir o protagonismo juvenil, incluir profissionais e jovens na reformulação das metas da própria ONG.

Foi observado o fato de o financiamento inicial de projetos de prevenção ao HIV/Aids ter funcionado como deflagrador da ampliação da rede de relações entre

diferentes ONG e o GCAR. Parece haver influência do financiamento aos projetos também na mudança da proposta pedagógica entre as duas fases do *Programa de Saúde*. No entanto, não foi possível confirmar essa hipótese neste trabalho.

Entende-se o setor não-governamental como detentor de um papel na fiscalização e determinação das prioridades das ações do Estado e entre elas, das ações em saúde. Para isso, a articulação entre outros serviços, ONG e o GCAR poderia avançar na aproximação com o Estado, como era proposto na primeira fase do *Programa de Saúde*.

Nesse sentido, cabe ressaltar aspectos potenciais observados na dinâmica desse *Programa*: a maleabilidade de composição de estratégias educativas e o fato de não haver obrigatoriedade de tomar como ponto de partida uma doença. Esses elementos do processo de trabalho, aliados aos elementos da relação educador-educando, estabelecem novas possibilidades de se trabalhar a prevenção do HIV/Aids dentro do contexto da saúde.

Na perspectiva de um planejamento participativo das ações educativas, a forma pela qual o programa está organizado permite a incorporação de fatores sociais, culturais e políticos na composição de estratégias educativas. Cada educador tem a chance de formular estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva e não apenas de prevenção de um conjunto específico de agravos. Embora esse aspecto não se constitua em uma diretriz programática, ele já aponta uma provável vantagem deste projeto social em operacionalizar as atividades educativas descritas como desejáveis na literatura.

Chamam a atenção duas circunstâncias que podem dificultar esta realização. A primeira se expressa através das situações de violência às quais os jovens estão submetidos, desde a discriminação por seu local de moradia, até a exposição às agressões policiais naquela localidade. Além disso, os problemas relacionados à disputa entre grupos rivais do

crime organizado dificultam a integração entre os moradores e, com isso, a participação social.

Em adição, as desigualdades de gênero, tanto entre os jovens, quanto na equipe, somadas às diferenças de visões de mundo e significados relacionados à saúde sexual e reprodutiva entre educadores e educandos podem ser consideradas como uma segunda circunstância que traz barreiras a abordagens pedagógicas mais integralizadoras. Explicitar e valorizar essas diferenças pode, por outro lado, facilitar a mediação entre os jovens e os educadores da ONG.

Por fim, os achados deste trabalho indicaram a importância da participação popular para a mudança social. A participação é um aspecto desejável também na missão de propostas pedagógicas que visam a prevenção do HIV/Aids. Aparentemente, estas propostas são mais eficientes quando articuladas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, como a primeira fase do *Programa de Saúde* exemplifica. Tendo em vista o caso, ainda que pareça ter havido a possibilidade de que a participação dos jovens nesta fase tenha surtido impacto sobre sua saúde sexual, não foi o objetivo deste estudo averiguar esta hipótese.

A fim de avaliar a repercussão de projetos sociais na vida dos jovens de camadas populares urbanas, vale lembrar que estudos em andamento, citados no início do trabalho, têm o objetivo de analisar a visão dos jovens que participaram do Grupo Cultural AfroReggae e de outros projetos de intervenção social desenvolvidos no Rio de Janeiro. Tais análises poderão lançar novas luzes sobre as reflexões aqui desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGLETON, P. HIV Prevention – Basic principles. In: AGGLETON, P. *Success in HIV prevention: some strategies and approaches*. United Kingdom: AVERT, 1997. p 11-15.

AGGLETON, P., VEN, P.V., 1999. What constitutes evidence in HIV/Aids education? *Health Education Research*, 14 (4): 461-471.

ANDRÉ, M. E. D. A., 2002. *Etnografia da Prática Escolar*. Campinas, Editora Papirus.

AYRES, J.C.M., FRANÇA JR., I, CALAZANS, G.J., FILHO, H.C.S., 1999. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: *Sexualidades Pelo Avesso: Direitos, Identidade e Poder* (R.M.Barbosa & R.G. Parker, org.), pp.: 49-72, São Paulo: Editora 34.

AYRES, J.R.C.M., 2002. *Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Editora Hucitec.

AYRES, J.C.M., FRANÇA JR., I, CALAZANS, G.J., FILHO, H.C.S., 2003. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. (D. Czeresnia & C.M. Freitas, orgs.), pp.: 117-140, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BECKER, H. S., 1999. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Ed Hucitec.

BECKER, H.W., 1999b. Na observação participante. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais* (H.S. Becker, org.). São Paulo: Ed Hucitec.

BENEVIDES, I.A., 2001. Viagem pelo caminho do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa Saúde da Família. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos* (E.M.Vasconcelos, org.). São Paulo: Ed Hucitec.

BOURDIEU, P., 1998. Comprendre. In: *La Misère du Monde*(P Bourdieu, org.), pp. 1339-1445. Paris: Éditions du Seuil.

BRITO, A.M.C., CASTILHO, E.A., SZWARCOWALD, C.L., 2001. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Abr 2001, vol.34, no.2, p.207-217.

BRITO, I., 1998. Desafios da prevenção do HIV/Aids no contexto transcultural. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/udtv/bolepi/desafios.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2003.

CÂMARA DA SILVA, C.L., 1998. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de

- solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup.2): 129-139.
- CAMARGO JR., 1999. Políticas públicas de prevenção em HIV/Aids. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas Frente à Aids no Brasil* (R. Parker, J. Galvão & M.S. Bessa, org.), pp. 227-262, São Paulo / Rio de Janeiro: Editora 34 / Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
- CAMPOS, G.W.S., 2000. *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Ed Hucitec.
- CARRARA, S., 1994. A AIDS e a história das doenças venéreas no Brasil. In: *A Aids no Brasil* (R.Parker, C. Bastos, J. Galvão, J. S. Pedrosa, org.), pp.: 273-306, Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relumê-Dumará.
- CASTIEL, L.D.; Força e Vontade: Aspectos Teórico-Methodológicos do Risco em Epidemiologia e Prevenção do HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol.30 n.1, p., 1996.
- CASTRO, M.G., ABRAMOVAY, M., RUA, M.G., ANDRADE, E.R., 2001. *Cultivando Vida, Desarmando Violências: experiências em educação, cultura, lazer, esporte e cidadania com jovens em situação de pobreza*. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogg, BID.
- GRUPO CULTURAL AFROREGGAE, 2003. <<http://www.afroreggae.org.br>>
- CHNG, C.L., SY, F.S., CHOI, S.T., BAU, I., ASTUDILLO, R., 1998. Asian and Pacific Islander American HIV community-based organizations: a nationwide survey. *Aids Education and Prevention*, 10(supplement A): 48-60.
- CN DST/AIDS, 2002. <<http://www.aids.gov.br>>
- COIMBRA, C.M.B., NASCIMENTO, M.L., 2003. Jovens pobres: o mito da periculosidade. In: *Jovens em Tempo Real* (P.C.P. Fraga & J.A.S. Iulianelli, orgs.), pp. 19-37. Rio de Janeiro: DP&A editora.
- COSTA, T.J.N.M., 2002. *Gravidez na Adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10 a 14 anos em Juiz de Fora, MG*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- DUARTE, R., 2002. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115: 139-154.
- FERNANDES, J.C.L., 1994. Práticas educativas para a prevenção do HIV/Aids: aspectos conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2): 171-180.
- FERNANDES, R.C., 2002. *Privado Porém Público: O Terceiro Setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Relumê-Dumará.

- FREIRE, P., 2002. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra.
- FREIRE, P., 2000. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Ed Paz e Terra.
- GALVÃO, J., 1997. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids. In: *Políticas, Instituições e Aids* (R. Parker, org.) pp.: 69-108. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor / ABIA.
- GALVÃO, J., 2000. *AIDS no Brasil: a Agenda de Construção de uma Epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Editora 34.
- GALVÃO, J., 2002. *1980-2001: Uma cronologia da Epidemia de HIV/Aids no Brasil e no Mundo*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
- GAMA, A S., 1997. *Gênero e Aids: um estudo dos aspectos sócio-culturais e geracionais da sexualidade feminina em camadas de baixa renda*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ.
- GIFFIN, K., 2002. Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (sup): 103-112.
- GIL, V.E., 1998. Empowerment rhetoric, sexual negotiation and Latina's aids risk: research implications for prevention health education. *International Quarterly of Community Health Education*, 18(1): 9-27.
- GOMES, R., FONSECA, E.M.G.O., VEIGA, A.J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Jun 2002, vol.10, no.3, p.408-414.
- GONÇALVES, E., 1999. Preconceitos, fobias e outras sombras que pairam sobre a educação sexual. In: *O Prazer e o Pensar: Orientação Sexual para Educadores e Profissionais de Saúde* (M.Ribeiro, org.), pp.: 197-204, São Paulo: Editora Gente / Cores.
- GONÇALVES, M.A.S., 2002. *Sentir, Pensar, Agir: corporeidade e educação*. São Paulo: Ed Papirus.
- GRAMSCI, A, 2001. O princípio educativo. In: *Cadernos do Cárcere, vol 2* (M.A.Coutinho, org.). Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.
- GRIFFIN, C., 1993. *Representations of Youth: the study of youth and adolescence in Britain and America*. Oxford: Polity Press.
- IBGE, 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <<http://www.ibge.br>>
- JUÁREZ, O., DIEZ, E., 1998. *Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una*

revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. Centre d'Estudis per a la Prevenció de la SIDA. Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

JUNIOR, J., 2003. *Da Favela para o Mundo*. Rio de Janeiro: Ed Aeroplano.

KAGIMU, M., MARUM, E., WABWIRE-MANGEM, F., NAKYANJO, N., WALAKIRA, Y., HOGLE, J., 1998. Evaluation of the effectiveness of aids health education interventions in the muslim community in Uganda. *Aids Education and Prevention*: 10 (3): 215-228.

KORNBLIT, A.L., DIZ, A.M.M., PAEZ, D., UBILLOS, S., 1996. Prevención del sida em jóvenes estudiantes. *Acta Psiquiátrica Psicológica America Latina*: 42 (2), 113-120.

LABBATE, S., 1994. Educação e Saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*:

MANN, J., TARANTOLA, D.J.M., NETTER, T.W., 1993. *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relumé-Dumará.

MERCER, M.A., GATES, N., HOLLEY, M., MALUNGA, L., ARNOLD, R., 1996. Rapid KABP survey for evaluation of NGO HIV/Aids prevention projects. *Aids Education and Prevention*, 8(2), 143-154.

MERCHÁN-HAMANN, E., 1999. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Sup.2): 85-92.

MERTENS, T.E., CARAEL, M., 1997. Evaluation of HIV/STD prevention, care and support: an update on WHO's approaches. *Aids Education and Prevention*, 9(2): 133-145.

MOBERG, P., PIPER, D., 1998. The healthy for life project: sexual risk behavior outcomes. *Aids Education and Prevention*, 10 (2): 128-148.

MONTEIRO, S., 2002a. *Qual Prevenção? Aids, Sexualidade e Gênero em uma Favela Carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MONTEIRO, S.S., 2002b. *Sexualidade, Gênero e População Negra no Brasil e na Colômbia: avaliações qualitativas de programas sociais*. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (mimeo).

MONTEIRO, S., 2003. Prevenção ao HIV/Aids: lições e dilemas. In: *O Clássico e o*

Novo: Tendências, Objetos e Abordagens em Ciências Sociais e Saúde (p Goldenberg, R.M.G. Marsiglia e M.H.A. Gomes, orgs.), pp.251-269. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MONTENEGRO, T., 1994. *O Que é ONG*. São Paulo: Editora Brasiliense.

MORGADO, M.G; BARCELLOS, C; PINA, M;F.; BASTOS, F.I., 2000. Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome and Tropical Diseases: a Brazilian Perspective. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 95 (suppl 1): 145-151.

NATION, M.C.C., WANDERSMAN A., KUMPFER KL, SEYBOLT D., MORRISSEY-KANE E., DAVINO K., 2003. What works in prevention: principles of effective prevention programs. *American Psychology*, 2003 Jun-Jul; 58(6-7): 449-56.

NOVAES, R., 1998. *Juventude / juventudes*. Comunicações do ISER, 50, ano 17.

NOVAES, R.R., 1997. Juventudes cariocas: mediações, conflitos e encontros culturais. In: *Galeras Cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais* (H. Vianna, org.). Rio de Janeiro: Ed UFRJ. Pp 117-158.

NYAMATHI, A.M., FLAKERUD, J, BENNETT, C, LEWIS, C., 1994. Evaluation of two aids education programs for impoverished latina women. *Aids Education and Prevention*, 6(4): 296-309.

OLINTO, M.T.A., GALVÃO, L.W., 1999. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, Fev 1999, vol.33, no.1, p.64-72.

OLIVEIRA, M.A., 2001. *Tecnociência, Ativismo e a Política do Tratamento da AIDS*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PAIVA, V., 1994. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: *A Aids no Brasil* (R.Parker, C. Bastos, J. Galvão, J. S. Pedrosa, org.), pp.: 231-250, Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relumé-Dumará.

PAIVA, V., 2000. *Fazendo Arte Com a Camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids*. São Paulo: Summus Editorial.

PANTOJA, A.L.A., 2003. “Ser Alguém na Vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (sup 2): 335-343.

PARKER, R., 1994. Sexo entre homens: consciência da aids e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: *A Aids no Brasil* (R.Parker, C. Bastos, J. Galvão, J. S. Pedrosa, org.), pp.: 129-150, Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relumé-Dumará.

PARKER, R., 1996. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/Aids. *Aids*, 10 (sup 3): S27-S23.

PARKER, R., CAMARGO JR, K.R., 2000. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup.1): 89-102.

PEZZOTTI P; DORRUCCI M; DONISI A; CUSINI M; MAZZARELLO G; DE LUCA A; SALASSA B; URSITTI MA; GIULIANI M; REZZA G., 2003. Sopravvivenza, progressione in AIDS e livello di immunosoppressione in persone HIV-positiva prima e dopo l'introduzione della terapia antiretrovirale di combinazione con tre o più farmaci (HAART), *Epidemiologia Preventiva*; 27(6):348-55.

PLANO ESTRATÉGICO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2003. <<http://www.rio.rj.gov.br/planoestrategico/>>

PN DST/Aids, 2004. *Crítérios de Definição de Casos de Aids em Adultos e Crianças*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.

REIS, L. I.G., 2000. Jovens em situação de risco social. In: *Juventude Anos 90: Conceitos, Imagens, Contextos* (R. Alvim, P. Gouveia, org.), pp.: 81-102, Rio de Janeiro: Gestão Comunitária – Instituto de investigação e Ação Social / Editora Contra Capa.

REYES, M.C., MATTALIA, N., 1997. Identidad sexual y conductas de riesgo en la prevención del sida. *Acta Psiquiatrica Psicologica America Latina*: 43(2): 127-133.

RIBEIRO, E.R.O., BARBIERI, M.A., BETTIOL, H., 2000. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, Abr 2000, vol.34, no.2, p.136-142.

RIOS, L.F., PIMENTA, C., BRITO, I., 2003. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros . *Cadernos CEDES*, Ago 2002, vol.22, no.57, p.45-61.

RISI JR, J.B., NOGUEIRA, R.P., 2002. As condições de saúde no Brasil. In: *Caminhos da Saúde Pública no Brasil* (Jacobó Finkelman, org.), pp. 117-234. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ROCHA, F. M.G., 1999. *Política de Prevenção ao HIV/Aids no Brasil: o Lugar da Prevenção*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

SABROZA, P.C.S., KAWA, H., CAMPOS, W.S.Q., 1999. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de oitenta* (M.C.S. Minayo, org.), pp.:117-244. Rio de Janeiro, Ed. Hucitec-Abrasco.

SAMPSON, R.J., 2003. The neighborhood context of well-being. *Perspect Biol Med.* 2003 SUMMER; 46(3 SUPPL): S53-64.

SANCHES, K.R.B., 1999. *A Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade.* Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

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.Barbosa & S. Monteiro, orgs.),pp.77-100, Rio de Janeiro: HUCITEC.

SEFFNER, F., 2003. *Prevenção: uma ação político-pedagógica.* Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mimeo.

SIKKEMA, K.J., WINETT, R.A., LOMBARD, D.N., 1995. Development and evaluation of an HIV-risk reduction program for female college students. *Aids Education and Prevention*, 7(2): 145-159.

SMITH, K.W., MCGRAW, S.A., COSTA, L.A., MCKINLAY, J.B., 1996. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *Aids Education and Prevention*, 8(2): 97-105.

STARK, E., 1977. The epidemic as a social event. *International Journal of Health Service*, 7 (4): 681-705.

STEVENS, P.E., HALL, J.M., 1998. Participatory action research for sustaining individual and community change: a model of HIV prevention education. *Aids Education and Prevention*, 10(5), 387-402.

STOTZ, 2003. Ações de solidariedade na saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* P. Goldenberg, R.M.G. Marsiglia & M. H. A.Gomes (orgs.), p.p. 349-361. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.V., STOTZ, E.N. (orgs). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993. p. 11-22.

STOTZ, E.N., 2001. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde* (E.M. Vasconcelos, org), pp.: 27-29, São Paulo: Editora Hucitec.

SZWARCWALD, C. L., BASTOS, F. I. P., ESTEVES, M. A P., ANDRADE, C. L. T., PAEZ, M. S., MEDICI, E. V., DERRICO, M., 1999. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1):15-28.

THE WORLD BANK, 2002. *Education and HIV/AIDS: a Window of Hope*. Washington D.C.: The World Bank.

TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ed Atlas.

VALLA, V.V., 1993. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. (V.V.Valla, E.N. Stotz, orgs.), pp.: 55-100, Rio de Janeiro: Editora Relumê-Dumará.

VALLA, V.V., 2000. Procurando compreender a fala das classes populares. In: *Saúde e Educação* (V. V. Valla, org), pp.: 11-32, Rio de Janeiro: Editora DP&A.

VASCONCELOS, E.M., 1999. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec.

VENTURA, Z. 1994. *Cidade Partida*. Rio de Janeiro: Ed

VILLELA, W., 1996. Oficinas de Sexo mais seguro para mulheres. In: *Abordagens Metodológicas de Avaliação*. São Paulo: NEPAIDS.

VILLELA, W., 1999. Das Interfaces entre os Níveis Governamentais e a Sociedade Civil. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas Frente à AIDS no Brasil*. (R. Parker, Galvão, J & Bessa, M . Orgs).pp.: 177-226. São Paulo: ABIA. Editora 34.

VILLELA, W., 2000. Brainstorm: prevenção, efeitos e possibilidades. *Primeiro Simpósio Subjetividade e Aids*. pp.: 103-154. Banco de Horas.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 2003. *Aids Epidemic Update*. December 2002. <http://www.who.int/hiv/facts/epiupdate_em.pdf>

WOLFFERS, I., 2000. Biomedical and development paradigms in AIDS prevention. *Bulletin of The World Health Organization*, 78 (2): 267-273.

WONG, F.Y., CHNG, C.L., LO, W., 1998. A profile of six community-based HIV prevention programs targeting asian and pacific islander Americans. *AIDS Education and Prevention*, 10 (sup. A): 61-76.

ZANETTI, L., 2001. *A Prática Educativa do Grupo Cultural Afro Reggae*. Rio de Janeiro: GCAR, FASE/SAAP, Ford Foundation.

ANEXOS

ROTEIRO PARA OS EDUCADORES

I. BIOGRAFIA

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Há quanto tempo você trabalha no projeto?
5. Formação acadêmica e capacitação profissional:
6. O que o levou a trabalhar no projeto? (motivação)
7. Descreva sua trajetória profissional:
8. Este trabalho é a sua principal fonte de renda?
9. O que mudou na sua vida depois que você começou a trabalhar no projeto?
(repercussão na vida pessoal; mudanças de comportamento, idéias e/ou de valores; rede de relações)
10. Qual a sua religião ou crença?
11. Você acha que a sua religião ou crença interfere no seu trabalho? Como?
12. Qual sua cor/raça?
13. Onde você nasceu?
14. Onde você mora atualmente?

II. SOBRE AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

Ila. Público-Alvo

N	Atividade	Público	Sexo/ Idade	Nº máx. Partic.	Local	Local de moradia dos participantes

Ilb. Descrição das atividades

Atividade	Descrição	Objetivos

Iic. Planejamento e avaliação

14. Quem planeja as atividades? Descreva o processo de elaboração das atividades (como se reúnem, o que é debatido, quem define as prioridades):
15. É a mesma pessoa que as efetua? () Sim () Não **Se não**, qual a inserção da pessoa que planeja as atividades no projeto?
16. Depois de realizadas, há avaliação das atividades? () Sim () Não **Se sim**, de que forma acontece esta avaliação?
17. Há análise do material produzido durante as atividades (seja relatório ou registro)?
() sim () não
18. A avaliação gera (ou alguma vez gerou) mudanças no planejamento das atividades?
() sim () não
19. Em que medida você espera que seu trabalho contribua (para a comunidade, para a sociedade em geral)?

III. FUNDAMENTOS DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

20. Que temas você trabalha em suas atividades?
21. Qual é o seu tema preferido? Por quê?
22. Como você o trabalha/aborda?
23. Você mudou em algum momento o seu modo de abordar este tema? Se sim, quais as razões que o levaram a mudar?
24. Você muda a sua abordagem em função do que os alunos lhe dizem/pedem ou do que eles sentem?
25. Como você prepara suas atividades pedagógicas?
26. Você lê algum material quando vai preparar as atividades? Se sim, o que ou qual autor?
27. Quais que você acredita serem os fundamentos educativos/pedagógicos das atividades do projeto?

IV. CONCEPÇÕES SOBRE OS TEMAS DO PROJETO¹

Você poderia fazer uma breve avaliação sobre a relação dos jovens com as questões abaixo?

- Educação
- Juventude (de hoje e de antigamente)
- Sexualidade
- Saúde sexual e reprodutiva
- Gênero
- Raça/Etnia
- Violência
- Droga
- Criminalidade

VI – REDES

Descrever o relacionamento dos projetos com os serviços de saúde (públicos e da sociedade civil) e outros. Caracterizar as parcerias.

¹ Referem-se aos blocos de perguntas do roteiro utilizado nas entrevistas com os jovens no projeto de pesquisa *“Aids, Reprodução, Gênero e Etnia: um estudo qualitativo sobre intervenção social e juventude”*.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Nome da organização:	Data:
Nome do projeto:	Dia da semana:
Atividade observada:	Início:
Local de realização:	Término:

2. IDENTIFICAÇÃO DOS EDUCADORES QUE PARTICIPARAM DA ATIVIDADE

Nome :	Sexo:	Idade:
Entrevistado? () Sim () Não		

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

3.1 Ambiente e local

Descrever as condições do ambiente onde foi realizada a atividade: (condições físicas, acessibilidade, percepção do grupo em relação ao ambiente)

3.2 Sobre a prática pedagógica

Partilhando objetivos e expectativas

Houve apresentação dos integrantes do grupo? () Sim () Não, Se **não**,
() o grupo já se conhecia () não houve () não se aplica

O objetivo da atividade foi partilhado com os integrantes? () Sim () Não

As expectativas com relação à atividade foram partilhadas? () Sim () Não, Se **sim**,
() só as do educador () só as dos integrantes () as de ambos os grupos

Que tipo de tema foi abordado?

- | | | |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| () DST/Aids | () saúde reprodutiva | () cuidados com saúde |
| () uso de drogas | () corpo/corporeidade | () juventude |
| () sexualidade | () relações de gênero | () orientação sexual |
| () etnia/raça | () desigualdade social | () direitos e cidadania |
| () criminalidade | () violência | () Outros: _____ |

Que tipo de prática aconteceu?

Tipo	Conteúdo	Min	Objetivo
Oficina ²			
Palestra			
Vídeo			
Debate			
Leitura de textos			
Atividade cênica			
Atividade de expressão corporal			
Atividade lúdica			
Feira/evento			
Outras:			

Durante as atividades:

a) Os integrantes falaram...

De sua história de vida? () Sim () Não

Das situações de seu cotidiano? () Sim () Não

Observações:

b) Os educadores falaram...

De sua história de vida? () Sim () Não

Das situações de seu cotidiano? () Sim () Não

Observações:

Sobre a avaliação durante a atividade

Houve avaliação? () Sim () Não Se **sim**, especifique:

Sobre registros produzidos durante a atividade

Houve registros? () Sim () Não, Se **sim**, especifique:

² Por oficina entende-se um trabalho em pequenos grupos, composto por uma ou mais dinâmicas, em que se estimula o debate e a interação dos participantes sobre o tema que se quer abordar. Pretende-se que uma oficina facilite a exploração das habilidades necessárias para adoção das escolhas/medidas de prevenção consideradas mais adequadas por cada integrante.

- () relatório da atividade feito pelo educador
- () relatório das atividades feito pelos integrantes
- () houve produção de “proposta de encaminhamento” conjunta
- () não houve produção de registro ou proposta de encaminhamento

Observações:

3.3. Caracterização quanto aos fundamentos das práticas: (descrever)