Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Teste anti-HIV na perspectiva dos jovens: obstáculos e desafios para os programas de prevenção

Eliana Miura Zucchi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Ivan França Junior

Coorientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

São Paulo
2014

Teste anti-HIV na perspectiva dos jovens: obstáculos e desafios para os programas de prevenção

Eliana Miura Zucchi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Ivan França Junior

Coorientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que a reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico este trabalho especialmente aos jovens que participaram do estudo. Meu imenso carinho, respeito e gratidão pela confiança que depositaram ao compartilhar suas experiências pessoais, incertezas, dores e alegrias na expectativa de que seus depoimentos contribuam para uma prevenção que os reconheça cada vez mais como sujeitos de direitos.

Agradecimentos

Tão bom quanto concluir este trabalho é sentir que sempre estive acompanhada por pessoas tão especiais e queridas ao longo de todo esse percurso.

Não tenho palavras que sejam suficientes para expressar aqui a importância de cada pessoa na minha trajetória. Cafés, aulas, viagens, treinos, vinhos, *carpooling*, reuniões, entre outros, são apenas algumas das imagens que suscitam minhas melhores memórias de experiências compartilhadas. Portanto, como ensina nossa querida Vera Paiva, peço que leiam seus nomes como se fosse um exercício de 'imaginação ativa'.

Presto meus sinceros agradecimentos:

A meu pai, João Luiz, e ao querido companheiro, Cristian. Embora seja difícil não ter mais a companhia dessas duas pessoas tão centrais na minha vida, sua presença é muito viva.

A minha família: 'mamãe' Tomoco, meu irmão Gustavo e minha cunhada Elaine, pelo carinho, generosidade e alegria no convívio cotidiano. E minhas tão amadas sobrinhas Gabi e Juju que tornam minha vida mais feliz.

A Vanda e José Luiz, pelo carinho e apoio incondicionais.

Ao querido Ale, pela compreensão e afeto sempre sincero e espontâneo.

Às 'jardineiras' Paty, Paula, Theo, Mid e Cris, pela força e companhia tão alegre em tantos anos de amizade.

Aos amigos da Faculdade de Saúde Pública e Nepaids: Claudinha, Bruna, Fábio, Gabi e Laura, por conciliarem trabalho e amizade de uma maneira incrível.

Aos amigos Guarujá e Tânia, que adoraria encontrar com muito mais frequência como se ainda estivéssemos nos bons tempos da 'psico'.

Aos amigos Verinha, Otávio, Wagner, Roberto e Iscaife, pelo convívio tão especial que faz o sentido do kung fu ser algo muito além dos treinos. Ao Mestre Amaral, um enorme agradecimento pelo empenho em ensinar essa sensibilidade sobre 'viver' as artes marciais.

Ao querido amigo Pe Darci, por todos os momentos de ajuda, pela 'leveza' e alegria no convívio cotidiano e pelo exemplo inspirador de humildade.

A duas pessoas com quem tive o imenso prazer de trabalhar e que sempre tiveram incrível generosidade ao ensinar: Profa. Maria Teresinha de Andrade e Keilla Kobayashi.

Aos amigos Iara, Bastos e Leandro, por toda a ajuda durante esse percurso na pós e pelos cafés animadíssimos.

Aos professores José Ricardo e Cassia, por sempre fazerem das atividades do Nepaids um riquíssimo espaço de interação e diálogo.

À Ecos – Comunicação em Sexualidade e ao Instituto de Investigação em Imunologia do Incor pela indicação das escolas que colaboraram com a realização do estudo.

Às professoras Cristiane Cabral, Laura Ferguson, Néia Schor e Elizabete Franco, pela imensa e generosa contribuição durante os exames de pré-banca em um momento tão difícil de formulação da escrita.

A Sofia Gruskin, Laura Ferguson e Sarah MacCarthy, *my psychosocial friends*, do *Program on Global Health and Human Rights, University of Southern California*, pelo acolhimento, amizade e incrível disponibilidade para compartilhar e trocar conhecimento e experiências.

A Vera Paiva e Ivan França Junior, orientadores, educadores e amigos há tanto tempo. Reitero aqui que as palavras são insuficientes para falar sobre gratidão por tudo que já fizeram. Assim, talvez o melhor 'obrigada' que eu possa expressar agora seja meu compromisso com a prevenção tendo sempre a igualdade como 'horizonte ético-político', que vocês compartilharam tão sabia e coletivamente no cotidiano de trabalho.

Por fim, notadamente agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa de campo (Proc. N 481878/2009-2) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelas bolsas de doutorado (Proc. N 2010/10205-0) e de estágio de pesquisa no exterior (Proc. N 2012/17205-1).

Apresentação

Meu período de graduação (2001-2005) no Instituto de Psicologia da Universidade de São foi marcado por oportunidades singulares tanto do ponto de vista da formação em Psicologia como também da aproximação com um grupo de pesquisa interdisciplinar e composto por pesquisadores, profissionais, estudantes e ativistas no campo do HIV/Aids.

As pessoas que integram o Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids, mais conhecido como Nepaids, têm sido desde 2002 minha principal referência de como e para onde quero caminhar no sentido de construir uma formação e atuação acadêmica e profissional que seja – com, sem ou apesar dos obstáculos – reflexiva, comprometida e politicamente posicionada no enfrentamento das desigualdades de modo que os direitos humanos sejam efetivamente parte da vida cotidiana das pessoas e não uma mera retórica ou referência abstrata em livros.

Foi também neste ano de 2002 que, como parte dessa inserção interdisciplinar do Nepaids, iniciada pela Profa Vera Paiva na Psicologia, conheci o Prof. Ivan França Junior da Faculdade de Saúde Pública (FSP) que generosamente me acolheu e orientou meu projeto de iniciação científica sobre estigma e discriminação relacionados ao HIV/Aids entre 2003 e 2005. Duas pessoas tão importantes desde o início da minha graduação e que, para minha imensa sorte e alegria, me acompanharam até o final do doutorado.

No último ano da graduação fui assistente de pesquisa em um projeto que investigou o impacto do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/Aids em crianças e jovens órfãos por Aids. A partir dos dados produzidos nesta pesquisa, surgiu meu interesse de investigação sobre como esses processos eram vividos pelos órfãos no âmbito escolar, o qual resultou em minha dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na FSP entre 2006 e 2008.

Essa primeira aproximação com uma grande pesquisa de desenho quali e quantitativo que foi realizada em diversos setores, incluindo o espaço institucional escolar, despertou meu interesse pelo modo como o trabalho de prevenção às DST/HIV nas escolas é significado pelos diferentes atores, especialmente pelos jovens.

Foi por ocasião da participação como coautora em um artigo sobre testagem anti-HIV, em que um dos principais resultados referia-se ao segmento jovem como um dos que menos realizavam teste, que surgiu meu interesse sobre o que levaria ou afastaria os jovens da procura por um teste de HIV.

A experiência do mestrado foi decisiva para que a articulação entre saúde e educação se constituísse ao longo desses anos como intrínseca ao meu olhar sobre prevenção ao HIV com adolescentes e jovens.

Em 2010 ingressei no doutorado. Certamente o trabalho de campo nas escolas em diferentes regiões de São Paulo foi a experiência mais intensa e exaustiva, pois mobilizava a todo momento a necessidade de que eu olhasse pessoas e contextos de perspectivas diferentes. Desencontros de expectativas e surpresas foram com frequência a regra e não a exceção. E foi somente neste momento, absolutamente interpelada por diferentes realidades, que pude sentir e compreender porque os direitos humanos estavam no coração de meu posicionamento político diante da pesquisa.

Ao final do doutorado (2012-2013), ganhei um verdadeiro 'presente' ao ter a oportunidade ímpar de realizar um estágio de pesquisa no *Program on Global Health and Human Rights*, *Institute for Global Health, University of Southern California*, em Los Angeles. Minha supervisora Sofia Gruskin, assim como Laura Ferguson e Sarah MacCarthy foram e são exemplos do que é efetivamente incorporar integralmente os direitos humanos ao campo da saúde nas mais distintas realidades.

Certamente não pretendo esgotar com esta apresentação tudo o que vivi de significativo durante minha formação até o momento. Entretanto, espero que essas poucas palavras tenham expressado uma mensagem de que cheguei ao tema de pesquisa que será abordado na presente tese a partir de um grande envolvimento pessoal que, intencionalmente, não se separa do acadêmico desde minha graduação.

Resumo

O incentivo à testagem anti-HIV em campanhas nacionais não tem resultado em aumento na sua realização de teste por jovens. Com o objetivo de compreender o processo de decisão para realizar o teste de HIV, este estudo qualitativo realizou entrevistas individuais e três sessões de grupos focais com 26 estudantes do ensino médio em três escolas públicas de São Paulo, SP, em 2011. Os temas abordados foram: simbolismos da Aids, percepção de risco para infecção por HIV, consequências pessoais/sociais do diagnóstico, prevenção às DST/HIV na escola e benefícios/desvantagens em fazer o teste. A metodologia das cenas permitiu que imaginassem e/ou reconstituíssem o encontro sexual que os mobilizaria para o teste e o processo de testagem. Os resultados foram analisados segundo o campo construcionista social e o quadro dos direitos humanos. Para moças e rapazes, as trajetórias e cenas sexuais que mais estimulariam a testagem foram sem uso de preservativo e, em geral, em encontros com forte desejo e consumo de álcool. Moças indicaram cenas com envolvimento emocional e preocupação de evitar gravidez, infidelidade do parceiro ou sexo sob coerção. Rapazes imaginaram fazer o teste após cenas de sexo casual com parceiras sem vínculo afetivo, pobres ou negras. Alguns indicaram que o tempo fomentaria a reflexão sobre uma exposição ao HIV assim como o passado de parcerias sexuais e de uso de drogas do parceiro. Ao imaginar cenas de testagem, valorizaram a companhia para ir ao serviço de saúde, significado como não amigáveis. Fazer o teste foi sempre imaginado como muito estressante. Alguns consideraram receber o resultado um ‘pesadelo’, descreveram experiências de estigma e discriminação, e a experiência como uma ‘lição’ para proteção nos encontros sexuais. O forte impacto psicológico diminuiria com o tempo assim como o uso do preservativo. O diagnóstico positivo garantiria uso de preservativo para proteger o parceiro, embora a não-utilização seja esperada em relações estáveis. O processo de decisão dos jovens em relação ao teste é marcado por trajetórias afetivo-sexuais que expressam diferentes normas de gênero para a sexualidade, constituindo diferentes trajetórias de autocuidado. O cenário cultural e programático do teste (idade, desigualdade de gênero, parceiro, classe, cor da pele, restrições nos serviços de saúde) expressa a intersecção entre diferentes marcadores sociais de desigualdade que constituem obstáculos à realização de direitos sexuais, à saúde e à educação.

Descritores: Sorodiagnóstico de HIV; Adolescente; Prevenção Primária; AIDS; Sexualidade; Direitos Humanos.

Abstract

In Brazil, HIV testing campaigns have not resulted in increasing the uptake of HIV testing among young people. We carried out a qualitative study to investigate the decision-making in HIV testing. In-depth interviews and three focus groups were conducted with 26 high school students from three public schools in São Paulo, Southeastern Brazil, in 2011. The topics covered were: AIDS symbolisms, HIV risk perception, individual/social consequences of the diagnosis, STD/HIV prevention programs at school, and costs/benefits of taking the test. The scene methodology allowed participants to recall/reimagine the sexual encounter that would lead to test-seeking and the process of being tested for HIV. A social constructionist approach and a human rights framework were used to analyze the results. The sexual trajectories and scenes that would most encourage test-seeking were sex without condom use, usually driven by strong desire and alcohol consumption for both sexes. Girls imagined scenes in the context of emotional involvement and concern about contraception, being cheated on or undergoing coerced sex. Boys imagined seeking the test after scenes of casual sex without emotional involved and with poor of black partners. Some young people considered that time would account for a reflection around being exposed to HIV, as well as being aware of the partner's history of sexual partners and drug use. As for the testing scenes, the company of a friend to go to the health service was regarded as helpful as services were perceived as unfriendly environments. Taking the test was always imagined as a very stressful event. Some regarded learning the test result as a 'nightmare', described stigma and discrimination episodes, whereas others would make this experience as a 'lesson learned' about prevention in sexual encounters in the future. The strong psychological impact would gradually decrease over time, as well as the condom use. The HIV diagnosis would make sure the adolescent used condom in order to protect the partner from getting infected, although not wearing a condom is expected as a relationship becomes steady. Young people's decision-making in HIV testing is informed by affective-sexual trajectories that express different gender norms for sexuality, thus resulting in different self-care trajectories. The cultural and programmatic scenario of the test (age, gender inequality, partner, class, ethnicity, and lack of trust in health providers) expresses the intersection between socially constructed markers of difference that become obstacles to the full realization of sexual rights and the rights to health and education.

Descriptors: AIDS Serodiagnosis; Adolescent; Primary Prevention; AIDS; Sexuality; Human Rights.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 14
1.1 SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS 20
1.2 TESTAGEM ANTI-HIV NA POPULAÇÃO GERAL E ENTRE JOVENS 24
1.3 SOBRE REALIZAR UM TESTE ANTI-HIV 27
1.4 ESTIGMA DA AIDS E A ABORDAGEM DE DIRETOS HUMANOS EM SAÚDE 29
1.5 O DESAFIO DE CONCEBER SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO QUADRO DOS DIREITOS HUMANOS 34
1.6 PENSAR POLÍTICAS DE PREVENÇÃO QUE INCLUAM O INCENTIVO AO TESTE ANTI-HIV 42
1.7 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO 44
2. OBJETIVO 46
3. PERCURSO METODOLÓGICO 47
3.1 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES COLABORADORAS 47
3.2 CRITÉRIOS DE DIVERSIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES 50
3.3 PRÉ-TESTE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA 51
3.4 CONTATO COM AS ESCOLAS PARTICIPANTES: APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO ESCOLAR 51
3.5 APRESENTAÇÃO E CONVITE AOS JOVENS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA 54
3.6 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE 56
3.6.1 Construção de Cenas como Recurso Metodológico 57
3.6.2 Procedimento de Direção 59
3.6.3 Uso de Contrastes 61
3.7 GRUPOS FOCAIS 61
3.8 PERCURSO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS 63
3.8.1 Construcionismo 64
3.8.2 Abordagem em Saúde Baseada nos Direitos Humanos 72
4. RESULTADOS 74
4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES 74
4.1.1 Elementos de Caracterização Sociodemográfica 74
4.1.2 Início da Vida Sexual 78
4.1.3 A Sexualidade e a Conduta Preventiva no Cenário Cultural dos Jovens 82

4.1.4 Uso de Serviços de Saúde 83
4.1.5 Sobre situações em que pessoas procuram pelo teste de HIV 85
4.1.6 Sobre Facilitadores e Barreiras para os Jovens Procurarem o Teste de HIV 88
4.1.7 Sobre as Atividades de Prevenção às DST/HIV na Escola 91
4.2 AS CENAS SEXUAIS QUE LEVARIAM AO TESTE 94
4.2.1 Encontros Sexuais que Levariam à Procura pelo Teste anti-HIV 104
4.2.2 Trajetórias para o Teste 106
4.2.3 Contrastes: Expressão do Cenário Sociocultural 115
4.2.4 Após os Encontros Sexuais, o que Desperta a Atenção do Jovem para o HIV e para a Necessidade do Teste? 118
4.3 CENAS DE REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI-HIV 121
4.3.1 Sozinhos ou Acompanhados? 122
4.3.2 Onde Fazer o Teste? Como é Feito Exatamente? 123
4.3.3 Interação com o Profissional de Saúde 125
4.3.4 Aguardar e Receber o Resultado: 'Antecipação' Inevitável 128
4.3.5 'Pagode na Laje' ou 'Um que te Abraça e Trinta que Afasta': Diferentes Diagnósticos, Diferentes Repercussões na Vida 130
4.4. OS DIREITOS HUMANOS ESTÃO IMPLICADOS NA DECISÃO DE REALIZAR O TESTE DE HIV 136
4.4.1 Temos um Contexto Legal e Político Favorável para que os Jovens Procurem o Teste? 137
4.4.2 Disponibilidade da informação e dos serviços que oferecem o teste 140
4.4.3 Acessibilidade da Informação e Serviços que Oferecem o Teste 141
4.4.4 Aceitabilidade da Informação e dos Serviços que Oferecem o Teste 143
4.4.5 Qualidade da Informação e dos Serviços que Oferecem o Teste 143
5. DISCUSSÃO 145
5.1 PROCESSO DE DECISÃO INFORMADO PELA TRAJETÓRIA SEXUAL (GÊNERO E SEXUALIDADE) E DE CONDUTA PREVENTIVA 147
5.2 SIGILO E CONFIDENCIALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, NA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E ENTRE AMIGOS NO PROCESSO DE DECISÃO 157
5.3 ESTIGMA DA AIDS COMO EXPRESSÃO DE MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA QUE PERMEIAM O IMAGINÁRIO DO TESTE 161
5.4 RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS COMO DESAFIO CENTRAL À SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS PARA A PROCURA DO TESTE 163
5.5 LIMITES DO ESTUDO 165
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 167

7. REFERÊNCIAS 173
ANEXOS 180
Anexo I – Aprovação do estudo em comitê de ética em pesquisa 181
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 182
Anexo III – Roteiro de entrevista individual 184
Anexo IV – Roteiro de grupo focal 188
CURRÍCULO LATTES 194

Siglas Utilizadas

CIPD	–	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DST	–	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
FDE	–	Fundação para o Desenvolvimento da Educação
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
PIDCP	–	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos
PIDESC	–	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PSE	–	Programa Saúde na Escola
PTE	–	Prevenção Também se Ensina

1. INTRODUÇÃO

Em 1999, com quase duas décadas de epidemia da Aids, o Programa de Aids das Nações Unidas indicava que os fatores que aumentam a vulnerabilidade de crianças e jovens ao HIV incluem a pobreza e a violência, assim como a falta de habilidades para se proteger implicadas em normas sociais, tais como o sexismo e o início precoce da vida sexual (UNAIDS, 1999).

Em fevereiro de 1999, a campanha mundial de Aids para crianças e jovens lançada pela UNAIDS – *Listen, Learn, Live!* – identificava sete elementos críticos para uma estratégia global de combate à Aids, a saber: 1) estabelecer e rever políticas nacionais para reduzir a vulnerabilidade e assegurar os direitos humanos; 2) promover efetiva participação dos jovens ao expandir respostas nacionais; 3) apoiar grupos de jovens parceiros para contribuir para estas respostas; 4) mobilizar pais, mídia, líderes religiosos e locais para influenciar opiniões e políticas públicas; 5) melhorar a qualidade e cobertura dos programas escolares que incluam o HIV/Aids em contextos apropriados; 6) expandir o acesso a serviços de saúde que estejam preparados para acolher jovens de forma não-julgadora e 7) assegurar cuidado e ajuda aos órfãos e jovens vivendo com HIV/Aids (UNAIDS, 1999).

Nesse sentido, crianças e jovens precisariam estar equipados com os conhecimentos, habilidades e serviços necessários para fazer escolhas informadas quanto a decisões, práticas ou políticas que os afetem em relação ao HIV/Aids (Commitee on the Rights of the Child, 2003). Quais escolhas e práticas deveriam ser focalizadas, quais informações seriam relevantes para os jovens, especialmente de segmentos socialmente mais vulneráveis, para se proteger da epidemia que segue em patamares altíssimos 15 anos depois?

Pensando em estabelecer metas que orientassem as práticas e o esforço comum para enfrentar uma epidemia global, em 2001, 20 anos depois de identificada a epidemia, em sessão especial da Assembleia Geral

das Nações Unidas, estabeleceu-se *a* Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids, conhecida como UNGASS (*United Nations Special Session for HIV/Aids*, 2001). A Declaração estabeleceu metas, assinadas pelos países membros, para diminuir o impacto e proporção da epidemia. As metas, pensadas à luz os direitos humanos, voltaram-se também à prevenção com jovens, sintetizada no objetivo de reduzir em 25% até 2010 a prevalência de HIV entre os jovens de 15 a 24 anos (item 47 da declaração). Itens dedicados aos jovens propunham os princípios para a expansão dos programas de prevenção e cuidado, tal como proposto pelo *Listen, Learn , Live!*: devem levar em consideração as circunstâncias, a ética e os valores culturais locais de modo a reduzir os comportamentos de risco e incentivar um comportamento sexual responsável, incluindo a abstinência e a fidelidade; devem garantir um maior acesso a produtos essenciais, nomeadamente preservativos masculinos e femininos e equipamento de injeção esterilizado; devem promover medidas de redução de danos relacionadas com o consumo de drogas**; devem garantir maior acesso a serviços de apoio psicológico e de análises**, **voluntários e confidenciais**; **bancos de sangue não contaminado e tratamento precoce e eficaz das doenças transmissíveis sexualmente** (meta 52). Na meta 53: garantir que pelo menos 90% em 2005 (e em 2010 – 95%) dos jovens de 15 a 24 anos de ambos os sexos tenham acesso à informação, educação, incluindo educação por pares, educação destinada especificamente aos jovens **e aos serviços necessárias para adquirirem competência de vida requerida para reduzir a sua vulnerabilidade à infecção por HIV, em parceria plena com os jovens, pais, educadores e profissionais de saúde.** Nos itens 61, 63, 62 incluía especial preocupação com estratégias de proteção e promoção de direitos humanos para as mulheres mais jovens e propunha políticas e programas que considerassem a epidemia “em termos de gênero” assim como “proporcionar ambiente seguro e protegido, especialmente para os jovens, de informação, educação sobre saúde sexual e aconselhamento”. (negrito da autora)

Em 2011, depois de avaliados os resultados, novamente foram estabelecidos os compromissos assumidos pelos países membros, agora definidos na direção de eliminar a epidemia. Todos os membros das Nações Unidas adotaram a Declaração Política em HIV/Aids: Intensificando nosso esforço para eliminar HIV/AIDS. Os cinco objetivos novos a serem atingidos em 2015 foram: reduzir em 50% a transmissão sexual do HIV e em 50% a transmissão entre usuários de drogas, assegurar que nenhuma criança nasça com HIV e reduzir as mortes maternas associadas à Aids, aumentar o acesso aos antirretrovirais para atingir 15 milhões de pessoas e reduzir as mortes por tuberculose associada ao HIV em 50%.

Especificamente com relação aos jovens e adolescentes, além de repetir os princípios das abordagens desenhadas em 2001, ressaltando a epidemia entre as meninas, tornava-se mais clara a necessidade de eliminar "inequidades de gênero", especificando o "abuso e violência baseada em gênero" e ressaltando a provisão de serviços de saúde com essa característica. Na meta 68, novamente afirmava-se a necessidade de compromisso para desenvolver e implementar estratégias para aumentar o diagnóstico de HIV na infância e adolescência associados imediatamente a oferta de cuidado, expandindo a qualidade dos serviços amigáveis aos jovens que possam prover informação, educação sexual, e aconselhamento e integrar prevenção e cuidado.

No que se refere à saúde sexual e reprodutiva, compreendemos serviços amigáveis aos jovens de acordo com a definição proposta pela UNFPA[1] como um conjunto de cuidados em saúde que incluam: acesso universal à informação precisa sobre saúde sexual e reprodutiva, um conjunto de métodos contraceptivos seguros e custeáveis, aconselhamento atencioso e atenção obstétrica e pré-natal de qualidade para todas as moças gestantes e prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

[1] UNFPA. Youth-friendly Services. [acesso em 2013 dez 24] Disponível em: http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6484

Como esses desafios têm sido enfrentados no Brasil?

Contemporâneo ao documento seminal da UNAIDS de 1999, o Ministério da Saúde (1999) produziu um documento para o trabalho com crianças e adolescentes referente à sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas preconizando que:

> A construção da cidadania é condição básica para o desenvolvimento de ações de educação sexual e preventiva das DST, da Aids e do uso indevido de drogas. Para tanto, os direitos fundamentais da criança e do adolescente, definidos na legislação – em Especial na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente – devem ser assegurados pelas instituições públicas envolvidas e pela sociedade civil. As políticas públicas e as práticas dela decorrentes devem garantir esses direitos. A construção e o exercício da cidadania devem ser fundamentados em princípios de autonomia, dignidade, solidariedade, respeito e convivência familiar e comunitária, com responsabilidade e compromissos individuais e coletivos. (p. 12)

Esse documento já indicava que as políticas brasileiras também consideravam uma abordagem no quadro dos direitos humanos. Mais do que isso, a resposta brasileira passava neste período, final dos anos 1990, a se afirmar como baseada em direitos humanos articulando essa perspectiva aos princípios que construíram o Sistema Único de Saúde - de universalidade, integralidade, igualdade e equidade, e participação por meio de controle social (Berkman et al., 2005) .

Expressando o debate sobre o valor dessa abordagem para a resposta brasileira, Kalichman et al. (2009) ressaltaram em artigo no periódico *Lancet* que a queda da mortalidade e da incidência seguiram opções realizadas com base nos direitos humanos de acesso universal ao melhor tratamento e recursos de prevenção disponíveis – em oposição à noção de que não havia evidência de que o acesso à medicação antirretroviral seria sustentável a longo prazo e no posicionamento moral de governos que defendiam a abstinência e diminuição de parceiros na África e demais países em desenvolvimento, críticos da massificação do acesso à medicação e ao preservativo. Essas opções ético-políticas permitiram,

discutem os autores, produzir a evidência de como a promoção de direitos diminui a vulnerabilidade ao adoecimento. No caso do Brasil, o SUS já buscava garantir a realização do acesso ao direito à saúde com base nos seus princípios de universalidade e equidade, baseada no direito constitucional à prevenção e ao tratamento. A resposta à Aids, mais do que constituir exceção, exemplificou essa opção.

No relatório produzido pelo Ministério da Saúde em 2012 sobre as metas decididas em 2011 (Ministério da Saúde, 2012) é mantido o compromisso com a abordagem com os direitos humanos e, no capítulo que se dedica a prevenção e ao diagnóstico, propõe-se a mobilização e a articulação de três níveis de gestão da saúde: acesso ao diagnóstico cuja cobertura será aumentada pela colaboração com a sociedade civil e inclusão do teste rápido; ações de prevenção com ênfase na distribuição de preservativo e gel lubrificante.

Quanto à testagem, tema que será foco do presente estudo, as ações propostas no relatório compreendem:

- Descentralização das ações de testagem;
- Estruturação de redes de laboratório para testagem do paciente e monitoramento;
- Incentivos políticos para o teste;
- Mobilização social que motive a população para procurar o diagnóstico o quanto antes;
- Preparo de normas e protocolos nacionais;
- Articulação com sociedade civil;
- Garantia de recursos financeiros por meio de acordos com diferentes níveis administrativos para a aquisição dos testes para diagnóstico;
- Ampliar a aquisição do teste rápido e a distribuição de 3 para 6 milhões;
- Ampliar o número de multiplicadores do teste rápido nos estados;

- Ampliar a testagem em populações vulneráveis;
- Ampliar a testagem na população geral;
- Ampliar a testagem nos estados que tenham centros de testagem e aconselhamento voltados às populações de homens que fazem sexo com homens e travestis nas capitais estaduais e nas regiões sul e sudeste;
- Ampliar a testagem anti-HIV na atenção básica.

Como no caso das metas e princípios das ações propostas no âmbito das Nações Unidas, espera-se que sejam baseadas no maior consenso possível a partir das lições aprendidas em boas experiências, da reflexão crítica sobre elas e da literatura científica. No caso do Brasil, a fonte dos dados que compuseram a concretização da proposta e de seus indicadores na linha de base a ser avaliada e monitorada são diferentes sistemas de informação e monitoramento do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde, além de estudos epidemiológicos e comportamentais.

Segundo a proposta do relatório, 16 indicadores permitirão avaliar a queda de 50% na transmissão sexual até 2015.

Os jovens (15-24 anos) estão incluídos em sete desses indicadores, dos quais cinco referem-se a **informações corretas sobre a transmissão do HIV** (duas sobre o tipo de parceiro sexual [único e soronegativo que não tem outros parceiros, ou de “boa aparência”], sobre uso de preservativo em todas as relações sexuais, por mosquito ou compartilhando comida), com alta taxa de acerto e sem diferença significativa entre os sexos. O sexto indicador diz respeito à proporção de jovens que **iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos**: 40,8% dos rapazes e 29,4 % das moças. O sétimo se refere apenas às moças que vivem com HIV (0,26%).

Os indicadores relativo à testagem incluem homens e mulheres de 15 a 49 anos testados no último ano (10,7% dos homens e 17,6% das mulheres), proporção de trabalhadoras do sexo testadas uma vez na vida

(56,7%) e de trabalhadoras do sexo testadas nos últimos 12 meses que sabem o resultado (17,5%), porcentagem de homens que fazem sexo com homens que fizeram o teste e sabem o resultado (19,1%) e porcentagem de serviços de saúde com oferta de testagem e aconselhamento (0,8%).

O relatório ressalta para esse grupo apenas a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação dedicada ao projeto Saúde na Escola, "que continua sendo a referência para as ações de saúde e DST/AIDS no ambiente escolar" (Ministério da Saúde, 2012, p. 25). O relatório indica ainda a capacitação de equipes multidisciplinares nos estados e municípios, o envolvimento da Rede Nacional das Pessoas Vivendo com HIV e Aids.

Não se pode negar que a infecção pelo HIV e a gravidez adolescente têm espaço relevante na agenda política da Educação e da Saúde e que o exemplo emblemático desta ação é o Programa Saúde na Escola (PSE). Entre as cinco áreas temáticas contempladas no escopo do PSE, a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos menciona explicitamente a prevenção de DST no meio escolar e a educação para a saúde sexual e reprodutiva, apontando a gravidez na adolescência como um dos focos da redução das vulnerabilidades (Ministério da Saúde, 2008). A escola é concebida como local de cuidados em saúde e de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva (Ministério da Saúde, 2009).

1.1 SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS

Qual tem sido a repercussão dessas ações junto a adolescentes e jovens?

Apesar do relato do uso de contraceptivos e métodos para prevenção de DST/Aids ter aumentado ao longo dos anos em diversas pesquisas, alguns indicadores sugerem que precisamos de maior investimento na direção proposta pelas metas produzidas no âmbito das Nações Unidas e adotadas no País.

A proporção de mães adolescentes permanece alta, mesmo diante da queda recentemente observada. Em 1998, 23,6% dos partos com nascidos vivos ocorriam em mães de dez a 19 anos de idade (RIPSA, 2002), observando-se percentuais mais altos no Norte e Nordeste (31,2% e 26,0%, respectivamente). Em 2006, na faixa de 15-19 anos, esse percentual era 20,0%, mantendo as mesmas diferenças regionais. No Distrito Federal (14,9%), São Paulo (16,2%) e Rio Grande do Sul e Santa Catarina (cada um com 17,6%) observaram-se os mais baixos percentuais. De todo modo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) observou que entre 2000 e 2008 houve queda geral no número de nascimentos (10,0%) no País, e as faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos foram responsáveis por 93,0% dessa queda.

A revisão de pesquisas nacionais indica que o início da atividade sexual permanece em torno dos 15 anos no Brasil (Ministério da Saúde, 2007a). Segundo o Ministério da Saúde (MS/SAS/DAPES, 2010), 33,0% das mulheres incluídas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (Ministério da Saúde/RIPSA/IDB-Brasil, 2006) já haviam tido relações sexuais aos 15 anos. A última pesquisa nacional sobre sexualidade e prevenção da Aids realizada em 2005 observou que, dos 66,5% de jovens de 15 a 19 anos que tinham iniciado a vida sexual, a maior proporção (31%) declarou que tinha relações mais de uma vez por semana, seguida por 22% que declarou fazê-lo uma vez por semana e 7,5% diariamente (Berquó et al., 2008).

Em relação ao impacto das ações sobre o uso de contraceptivos e preservativos, outra fonte brasileira e de âmbito nacional relevante tem sido a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (Ministério da Saúde, 2006, 2010). Em 1996, 55,4% das mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) utilizaram algum meio de contracepção e 4,3% usava camisinha. Entre os mais jovens (de 15 a 19 anos), a proporção de uso de contracepção era de apenas 14,7%, e 3,3% de uso de camisinha. Em 2010, observou-se o aumento do uso de algum método anticoncepcional e de preservativos, a saber: 67,8% das mulheres em idade fértil usaram algum tipo de

contraceptivo e 36,7% entre as adolescentes; cerca de 13,0% das mulheres em idade fértil fizeram uso de preservativo e 13,9% entre adolescentes (Ministério da Saúde, 2010).

Os dados a serem valorizados como repercussão de vários esforços programáticos ressaltam lacunas: apesar do aumento do uso dos métodos entre as mulheres que não sabem onde obter o preservativo, aproximadamente 58% desconhece sua dupla função (prevenção das DST/AIDS e da gravidez), contrastando com o percentual de 91,5% das mulheres que sabem onde obtê-lo (Ministério da Saúde, 2006). Informação é, portanto, crucial. Teixeira et al. (2006) também indicaram que o conhecimento de onde obter o preservativo contribui para o uso do preservativo na última relação: 27,6% para as que responderam “sim” e apenas 8,7% para “não”.

Entre os esforços programáticos esteve o investimento em educação sexual nas escolas dos anos 1990 e na década seguinte. Este esforço protegeu e promoveu a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens por pelo menos duas gerações, mas acumula críticas na última década.

Ao fazer uma avaliação sobre as políticas de educação sexual para adolescentes e jovens no Brasil no que se refere à incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos, Cabral e Heilborn (2010) identificam como avanços do PSE uma concepção mais integral ao abordar a sexualidade e o esforço de articulação de ações de diferentes ministérios. Por outro lado, ressaltam justamente como desafio ‘superar a fragmentação, a desarticulação e as debilidades na implementação das propostas governamentais desenhadas para a juventude. (p. 128)’.

O projeto Prevenção Também se Ensina (PTE), criado em 1996, foi o primeiro programa brasileiro de prevenção ao HIV nas escolas. Coordenado pela Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, o programa, até hoje vigente em toda a rede estadual do ensino fundamental e médio, tem como objetivo:

> "Estabelecer, na rede estadual de ensino, um projeto de educação continuada que propicie condições para o desenvolvimento da autoestima dos alunos e do senso de responsabilidade sobre a saúde individual e coletiva, promovendo a redução do abuso de drogas, gravidez na adolescência e das DST/HIV/Aids."[2]

As principais ações do PTE consistem em capacitações de supervisores de ensino para implementar projetos de prevenção às DST/Aids e uso de drogas nas escolas, realização de oficinas de capacitação e produção de material didático. Parcerias com centros de saúde, organizações não-governamentais e conselhos municipais também são previstas como parte do programa. Entretanto, não conseguimos encontrar avaliações sistemáticas sobre o PTE nas ações de prevenção ao HIV nas escolas.

O Censo Escolar de 2007 levantou que os temas sobre saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da escola, apresentam um leque muito diferenciado em termos da forma em que os conteúdos são trabalhados. Observa-se grande diversidade nas atividades e nas formas de implementação dessas ações – de conteúdos, formatos de sistematização e apresentação das informações, de que atores estão envolvidos e quanto à carga horária dedicada a este tipo de trabalho. Algumas escolas conseguiram um programa de prevenção sustentável, mantendo vivo o interesse entre autoridades escolares, professores, alunos e os pais e familiares. Contudo, o Censo Escolar indica a existência de estabelecimentos educacionais pouco sensibilizados para estratégias de ensino e de acolhimento nos serviços de saúde em relação à prevenção ao DST/Aids e à saúde sexual e reprodutiva. Os dados indicam: a falta de informações adequadas; fragilidades nos espaços de diálogo intrafamiliar; fenômenos de estigma, discriminação e preconceito em termos de gênero, identidade e orientação sexual; serviços de saúde pouco amigáveis para a população de jovens e adolescentes e a desarticulação entre saúde e educação.

---

[2] Fundação para o Desenvolvimento da Educação. Disponível em: http://www.fde.sp.gov.br/subpages/arq/Proj_Preven%C3%A7%C3%A3o_Tambem_Se_Ensina.doc.

As lacunas identificadas neste programa junto às escolas podem ser consideradas negligência nas metas estabelecidas no âmbito das duas Assembleias das Nações Unidas e da garantia do direito pleno à educação integral e à saúde dos jovens, tais como os princípios e diretrizes do SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Contudo, PTE e PSE não incluem em sua pauta de prevenção o incentivo à realização de teste anti-HIV pelos adolescentes ou mesmo que estes possam acessar a rede de serviços especializados em DST/Aids. Ou seja, especificamente com relação à prevenção às DST/HIV no âmbito da educação escolar, embora se observem as altas taxas de vida sexual que começa antes dos 15 anos, taxas ainda altas de não uso de preservativo que se expressam no alto patamar de gravidez adolescente e recentes pesquisas indicando o crescimento de Aids entre jovens homossexuais, muito pouco tem sido observado no sentido de modificar ou problematizar o acesso ao teste de HIV entre adolescentes e jovens, o que abriria uma janela de oportunidade de atendimento pessoal para pensar com o jovem a conduta preventiva e, nos casos de diagnóstico positivo, acesso precoce recomendado à medicação e cuidados, como previsto em todas as metas das Nações Unidas.

Dessa forma, há diferentes abordagens e abrangências nas atividades de prevenção às DST/Aids nas escolas que, não necessariamente, acompanham as diretrizes das políticas de prevenção direcionadas à população adulta, a exemplo da campanha Fique Sabendo do Ministério da Saúde, que busca responder às metas incorporadas ao longo da década de 2001 a 2011 em relação aos consensos internacionais.

1.2 TESTAGEM ANTI-HIV NA POPULAÇÃO GERAL E ENTRE JOVENS

Desde 1996, com a introdução do direito universal e gratuito à medicação antirretroviral para tratamento da Aids, a testagem sorológica

voluntária tem sido enfatizada em políticas públicas como estratégia de prevenção primária e secundária.

Em revisão de literatura, De Witt e Adam (2008) indicam que embora muitos estudos tenham examinado a cobertura da testagem em populações especialmente vulneráveis, tais como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, há relativamente poucos estudos que estimaram a prevalência de realização de teste em populações em geral.

Embora a importância da prevenção às DST/HIV entre jovens seja indiscutível do ponto de vista das diretrizes do Ministério da Saúde, na prática, o baixo uso que essa população faz de serviços especializados em DST/Aids ou de centros de testagem indica iniquidade quando comparada à população adulta.

Se observarmos especificamente a situação da testagem anti-HIV, no Brasil, assim como em outros países, são altas as estimativas de infecções por HIV não diagnosticadas (Ministério da Saúde, 2013).

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu dois tipos de testagem anti-HIV voluntária: a testagem iniciada pelo indivíduo ('*client-initiated*') e aquela iniciada pelo profissional de saúde ('*provider-initiated*'). No Brasil, uma das alternativas propostas tem sido o incremento de ações que incentivem a realização do teste anti-HIV tanto em programas específicos, a exemplo da campanha "Fique Sabendo" do Ministério da Saúde desde 2003 e da oferta do teste no âmbito da atenção básica, como indica a publicação 'Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica' do MS no mesmo ano (Ministério da Saúde, 2003).

A realização da testagem no Brasil vem aumentando ao longo dos anos. Em estudo realizado com a população urbana brasileira, a prevalência da realização de teste aumentou de 20,2% em 1998 para 33,6% no ano de 2005 (França Jr et al., 2008).

Contudo, entre 1998 e 2005, contrariamente ao aumento da testagem na população adulta e excluindo-se a testagem no contexto do pré-natal, os jovens brasileiros, juntamente com indivíduos mais velhos e os residentes

em regiões mais pobres, realizaram menos testes (França Jr et al., 2008). A baixa realização de teste entre jovens de 15 a 19 anos pode refletir a orientação das ações de prevenção direcionadas a essa população que privilegiam, basicamente, informação e distribuição do preservativo masculino em escolas (Paiva et al., 2006).

Estudo de Siegel et al. (2010) realizado no Rio de Janeiro (RJ) sobre o perfil de adolescentes de 13 a 19 anos que realizaram teste em um centro de testagem e aconselhamento (CTA) observou padrões diferentes de procura entre os sexos: aproximadamente metade das adolescentes realizou o teste como procedimento de rotina do acompanhamento pré-natal e um quarto relatou exposição a alguma situação de risco. A maioria dos adolescentes do sexo masculino procurou teste por entender que tinha se exposto ao vírus em situação percebidas como de risco. Nesse estudo, como se observa na literatura sobre uso de preservativo em geral, o relato de uso de preservativo é maior em parcerias casuais, para ambos os sexos.

No entanto, essa proporção de uso diminuiu quando indagados sobre a última relação sexual (Siegel et al., 2010). A depender do tipo de parceria, diferentes motivos são apresentados para o não uso de preservativo: em parcerias fixas, jovens relatam “confiança” e “não gostar de usar preservativo” e, de modo complementar como se espera ao pensarmos a sexualidade na perspectiva de gênero, as jovens referem “confiança” e “não-aceitação do preservativo pelo parceiro.” Já em parcerias eventuais, os jovens relatam indisponibilidade de preservativo no momento e ‘não dar tempo’ no momento da relação ao passo que as jovens relatam a confiança no parceiro e indisponibilidade (Siegel et al., 2010). Dessa forma, possuir informações sobre transmissão do HIV por si só não é suficiente para compreender como os jovens significam suas práticas de prevenção. Os diferentes motivos para não-utilização de preservativo ilustram como as normas de gênero e envolvimento afetivo conduzem as meninas a ‘confiarem’ nos parceiros, fixos ou eventuais, e os meninos a ‘confiarem’ somente nas namoradas. Dessa forma, a decisão sobre fazer um teste de HIV para meninas pode significar, por exemplo, a avaliação de práticas de

risco de seus parceiros como sendo mais preponderante do que a de suas próprias (Siegel et al., 2010).

Aprofundar a compreensão deste processo de decisão de outros segmentos adolescentes e jovens que facilitam ou dificultam a busca pelo teste, especialmente após a introdução de recursos medicamentosos no contexto da epidemia - da terapia antirretroviral como tratamento e como prevenção, e da contracepção de emergência pelo menos - parece uma tarefa relevante nesse contexto de esforço internacional para eliminar a Aids entre novas gerações. Como meninos e meninas de diversos segmentos de jovens perceberiam o teste de forma diferente?

1.3 SOBRE REALIZAR UM TESTE ANTI-HIV

> "*It is not so much the changing medical aspects of HIV that shape contemporary testing decisions, but the social meaning and social consequence of HIV diagnoses*." (Flowers et al., 2003)

Em revisão de literatura, De Witt e Adam (2008) indicam que embora haja um volume substancial de literatura sobre testagem anti-HIV, são poucos e esparsos os estudos que efetivamente examinam as barreiras e os facilitadores para realização do teste em indivíduos, segmentos e comunidades que não constituem grupos de alta vulnerabilidade para infecção por HIV.

Esses autores realizaram uma revisão de literatura sobre os fatores psicológicos e sociais que influenciam na realização de teste anti-HIV, após a introdução da terapia antirretroviral, identificaram dois principais tipos de estudo sobre o tema. O primeiro conjunto de investigações ocupou-se da tarefa de descrever os motivos para a não- realização do teste, dos quais os principais referiam-se a: ausência de autopercepção de risco para infecção por HIV e, em menor proporção, medo do possível diagnóstico positivo. O segundo grupo de estudos foi caracterizado por haver estabelecido fatores associados à não-realização do teste, sendo posteriormente classificados em sócio-epidemiológicos e psicossociais. Na metanálise, foram observadas

altas proporções de indivíduos não testados que relataram comportamentos sexuais de risco, sugerindo que a exposição ao risco por si só pode não ser suficiente para motivar a realização do teste e que haja outros fatores psicossociais que fazem a mediação entre tal percepção e a procura pelo teste. Outras barreiras identificadas por Siegel et al. (2010) foram tanto o medo do diagnóstico positivo quanto de suas consequências, em especial de sofrer estigmatização. Isto corresponderia ao "custo social" do teste e uma das formas de minimizá-los seria perceber benefícios em fazer o teste. Contudo, quais seriam tais benefícios não é claro, a exemplo de que a presença de tratamento da Aids não é considerada um fator que promove o aumento da realização do teste (De Wit e Adam, 2008).

Em estudo qualitativo que utilizou a Teoria Ecossocial, MacPhail et al. (2008) analisaram percepções e atitudes de adolescentes, jovens e pais em relação à testagem e aconselhamento. Os autores estabeleceram quatro níveis em que as decisões dos adolescentes/jovens em relação à testagem e aconselhamento são construídas e efetivadas. As barreiras à busca pelo teste foram identificadas nestes níveis

O primeiro nível corresponde ao **individual**, sendo os elementos principais: reconhecimento da importância de saber a própria condição sorológica, medo das consequências do teste (constituindo-se uma barreira a sua realização) e a percepção de que a pessoa que faz o teste já apresenta sinais e sintomas da Aids. Os adolescentes enfatizaram que o diagnóstico provoca mais adoecimento do que o vírus propriamente. Quanto ao papel dos relacionamentos nos comportamentos e respostas em relação ao HIV, a revelação de um eventual diagnóstico positivo assume características muito distintas: para os pais ou família, ela proporcionaria alívio e suporte, contrariamente ao medo do preconceito e ansiedade que seriam vividos ao contar o resultado do exame para o parceiro.

No segundo nível **- plano organizacional**, posturas julgadoras dos profissionais de saúde, falta de serviços amigáveis aos adolescentes e desconfiança quanto à qualidade do aconselhamento oferecido foram identificadas como barreiras nos serviços de testagem e aconselhamento.

Na **comunidade**, terceiro nível, o medo do estigma foi tido como principal barreira ao teste. No quarto nível – **sociocultural**, foram identificadas como dificuldades: a falta de informação específica dos jovens em relação ao teste (por exemplo, o período de janela imunológica, profilaxia pós-exposição e tratamento antiretroviral) e uma preocupação dos pais em relação à necessidade de consentir que os filhos façam o teste que, de fato, expressa uma preocupação de que os filhos são sexualmente ativos.

De forma geral, nos estudos encontrados em revisão crítica da literatura observamos que, embora os jovens e adolescentes frequentemente reconheçam a importância de conhecer o próprio estado sorológico para o HIV, poucos possuem experiências concretas de testagem, como sintetizam MacPhail et al. (2008). Ainda, existe a percepção comum de que o teste é necessário principalmente para as pessoas que já apresentam sintomas de Aids (Peralta et al., 2007; De Witt e Adam, 2008). Esse fato foi observado no Brasil entre adolescentes homossexuais do sexo masculino com padrão de procura pelo teste motivado por apresentarem sintomas da doença (Siegel et al., 2010).

Dessa forma, produz-se a noção de que o teste de HIV sempre revela um resultado positivo, “acelerando” o processo de adoecimento e morte. Consequentemente, aumentam o estigma e o medo da testagem, além de reforçar a crença de que indivíduos vistos como ‘saudáveis’ não possam ser soropositivos.

Ou seja, como anunciaram todos os grandes autores dedicados à resposta a essa epidemia, o estigma da Aids será sempre o primeiro obstáculo a ser enfrentado, como parte do contexto que compõe o cenário cultural do teste de HIV.

1.4 ESTIGMA DA AIDS E A ABORDAGEM DE DIRETOS HUMANOS EM SAÚDE

Os significados sociais da Aids, atravessados por uma moralidade que aprova ou desaprova formas de expressão da sexualidade e do uso de

drogas, seriam um obstáculo para abordar o teste de HIV como parte das estratégias de prevenção nas escolas?

A Aids é a única epidemia no mundo em que, desde seu início, o combate ao estigma e discriminação associados à doença foi identificado como um elemento fundante das estratégias de cuidado das pessoas doentes, do enfrentamento político-programático de países e sistemas de saúde e do esforço para sua prevenção. Pode-se atribuir a essa saliência da violação de direitos perpetrada no início da epidemia o fato de que foi no âmbito da epidemia de Aids que as perspectivas em saúde baseadas nos direitos humanos se desenvolveram (Mann et al., 1993). Isso pode ser observado nas legislações sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV que foram produzidas no final dos anos 1980 e nas nas diretrizes dos programas de políticas públicas em saúde (Parker e Aggleton, 2001).

Contudo, embora o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/Aids tenham sempre sido reconhecidos praticamente desde o início como um obstáculo ao enfrentamento da epidemia, os registros de estratégias de mitigação do estigma da Aids são poucos e mais recentes na literatura brasileira. De modo geral, há pouca divulgação sobre resultados de intervenções de mitigação do estigma da Aids, sendo essas localizadas em nível comunitário de projetos de prevenção ao HIV, particularmente desenvolvidos em parceria com ONG, ou em contextos de pesquisas conduzidas nos serviços especializados em DST/Aids (Zucchi et al., 2013).

Relatos de experiências de estigmatização e discriminação em serviços especializados em DST/Aids são conhecidos na literatura (Paiva et al., 2002). Contudo, sabe-se pouco sobre o papel que os processos de estigmatização desempenham em contextos que não estão diretamente ligados a programas de Aids, mas que influenciam as decisões dos indivíduos em relação, por exemplo, a fazer um teste anti-HIV.

A preocupação sobre como responder ao estigma da Aids era central na constituição do Programa Global de Aids da OMS em 1987, que veio a ser a UNAIDS 15 anos depois. Jonathan Mann, fundador do programa, identificava a estigmatização e a discriminação como características da

pandemia de rápida disseminação da Aids. Mann observava três fases da epidemia, que poderiam ser descritas como três epidemias diferentes. Primeiro, haveria a epidemia da infecção, que entra nas comunidades de forma silenciosa e sem ser notada e se desenvolve ao longo de muitos anos sem ser percebida ou entendida. Segundo, a epidemia da Aids, marcada pela síndrome de doenças infecciosas que podem ocorrer devido à infecção pelo HIV, manifestando-se claramente somente após um certo número de anos. Terceiro, a epidemia do estigma, discriminação e negação: a potencialmente mais explosiva, pois refere-se às respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à Aids que historicamente foram caracterizadas por níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, certas vezes, negação coletiva que "são uma questão tão central quanto a doença em si" (Mann e Tarantola, 1993).

É também por esse motivo que a perspectiva dos direitos humanos tem sido fundamental tanto nas respostas ao estigma e discriminação como na estruturação de ações que garantam a efetivação do direito à saúde, tais como acesso à medicação ARV, a insumos de prevenção, a exames diagnósticos, entre outros.

Contudo, a utilização do quadro dos direitos humanos não pode ser entendida simplesmente como uma disposição pessoal ou 'ter um bom coração' frente ao que se toma por justiça. Essa é uma concepção muito frequente no senso comum. Embora os direitos humanos, assim como qualquer produção humana, sejam imbuídos de valores morais, restringi-los a esse aspecto torna-os imprecisos e inviabiliza qualquer trabalho ou prática conceitual metodologicamente consistente que possam ser feitos.

Em linhas gerais, tem sido proposto na literatura (Gruskin e Tarantola, 2005) que adotar uma abordagem de trabalho baseada nos direitos humanos implica o conhecimento e a operacionalização de leis, políticas, programas e análises de situação local de uma determinada questão, necessariamente orientada por princípios de transparência, *accountability* (responsabilização), não-discriminação e participação e manejo no plano da

técnica e da prática desses princípios nos encontros de cuidado e prevenção (Paiva, 2012).

A Carta Internacional de Direitos Humanos contém obrigações de força vinculante do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (1966), do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (PIDCP) (1966) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (WHO, 2002).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Guerra Fria polarizou os direitos humanos em duas categorias: o Bloco Capitalista priorizava os direitos civis e políticos e o Bloco Socialista considerava os direitos à alimentação, saúde e educação como essenciais, com foco exclusivo no uso do PIDESC ou PIDCP (WHO, 2002). Portanto, até o início dos anos 1980 e fim da Guerra Fria, embora a associação entre saúde e direitos humanos tenha tido origem nos tribunais de Nuremberg e com a criação das Nações Unidas, saúde e direitos humanos desenvolveram-se paralela e separadamente em constante tensão entre os interesses dos Estados e os dos indivíduos e comunidades (Gruskin et al., 2007).

O direito ao mais alto padrão atingível-disponível de saúde foi concebido pela primeira vez na constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946, reiterando na Declaração de Alma-Ata[3] de 1978 e adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 1998 (WHO, 2002). Alma-Ata é a primeira declaração internacional que embasa a importância da atenção primária em saúde, a equidade e a saúde tanto como questão socioeconômica quanto como um direito humano, conforme pode ser observado no Artigo VI:

> VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e

[3] http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199

> autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A melhor relação entre saúde e direitos humanos pode ser mais bem compreendida pela definição da OMS de saúde enquanto um 'estado de pleno bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade' e 'o maior nível de saúde alcançável' é direito fundamental de todo ser humano (Gruskin et al., 2007).

Há três relações principais entre saúde e direitos humanos: 1) o efeito positivo ou negativo na saúde a partir da promoção, negligência ou violação de um direito humano; 2) o efeito que a saúde produz na realização de direitos humanos e 3) o efeitos de políticas e programas de saúde pública nos direitos humanos (Gruskin et al., 2007).

A epidemia de HIV/Aids e as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva levantadas podem ajudar a esclarecer as formas pelas quais saúde e direitos humanos estão relacionados no que se refere à lei, formulação de política e os papéis de responsabilidade do estado e dos formuladores de política de estado e não-estado para as condições que impedem e possibilitam a saúde (Gruskin et al., 2007). A primeira política de saúde pública global que incorporou os direitos humanos ao seu quadro de trabalho foi o WHO Global Program on AIDS, proposto por Jonathan Mann no final dos anos 1980, no qual um dos argumentos centrais do programa era o fato de que a discriminação afastava as pessoas da prevenção e do cuidado com a saúde (Gruskin et al., 2007).

No início dos anos 1990 as conferências internacionais das Nações Unidas passaram a estabelecer obrigações duais dos governos em relação à saúde e direitos humanos de modo que começassem a integrá-los nas atividades de saúde (Gruskin et al., 2007). Assim, em 1996, foi constituído o

programa das Nações Unidas *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*, mais conhecido como UNAIDS, com a finalidade de estabelecer metas e parâmetros entre as nações no combate à Aids.

Em termos de política, para garantir tanto a não-violação quanto as condições que permitirão a realização dos direitos de forma mais plena possível, os governos têm a obrigação de respeitar, proteger e efetivar os direitos. Sinteticamente:

Respeitar requer que governos evitem violar direitos diretamente. Por exemplo, garantir que jovens tenham acesso garantido a serviços de saúde;

Proteger expressa a obrigação dos governos com relação à ação privada: são responsáveis por prevenir violações de direitos por agentes que não representam o Estado (indivíduos, grupos, organizações) e, caso ocorra violação, assegurar que haja meios legais de recurso que as pessoas conheçam e tenham acesso. Por exemplo, se um jovem infectar-se com HIV e tiver qualquer restrição no ambiente educacional de uma escola privada, o estado tem obrigação de tomar medidas contra a escola em virtude da discriminação baseada no estado sorológico e;

Efetivar exige que os governos tomem medidas administrativas, legislativas, orçamentárias e judiciais relativas à plena realização dos direitos. Por exemplo, os governos devem criar leis e dispositivos que assegurem que jovens tenham a mesma garantia de confidencialidade e sigilo no teste anti-HIV que é proporcionada a adultos (Gruskin e Tarantola, 2005).

1.5 O DESAFIO DE CONCEBER SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO QUADRO DOS DIREITOS HUMANOS

No que se refere aos princípios referentes aos direitos das crianças e adolescentes no âmbito internacional, a UNICEF é o órgão das Nações Unidas que desempenha papel fundamental nesse cenário. Criada em 1946 como organização de apoio às crianças da Segunda Guerra Mundial, a UNICEF logo passou a exercer funções relacionadas à ajuda de crianças

cujas vidas estavam em risco em países em desenvolvimento. Atualmente, a UNICEF é responsável principal pelo progresso de 13 dos 48 indicadores das Metas de Desenvolvimento Global, que devem ser alcançadas até 2015.

A partir da *Convention on the Rights of the Child* (ONU, 1989), foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil em 1990. Basicamente, o ECA estabelece um conjunto de direitos com vistas garantir que crianças e adolescentes (pessoas de 12 a 18 anos de idade) tenham não somente condições para um desenvolvimento pleno como também estejam livres de quaisquer formas de exploração e violência às quais estariam mais vulneráveis em função de sua idade. Dessa forma, é notável o impacto da divulgação do ECA em diversas instâncias sociais que têm contribuído para, por exemplo, denunciar abusos, sejam físicos, psicológicos ou sexuais, cometidos contra crianças e adolescentes. Igualmente importante é a interpretação de que o Estado é responsável por tomar providências no sentido de respeitar, proteger e efetivar tais direitos. Nesse sentido, o ECA é um marco fundamental para a consolidação de 'liberdades negativas' relacionadas à negligência, exploração e violência as quais crianças e jovens foram historicamente submetidos e para as quais não havia até então um consenso jurídico internacional que os protegessem.

Contudo, o ECA não prevê uma outra esfera de afirmação de direitos em que adolescentes e jovens também se encontram em condições de potencial vulnerabilidade: trata-se dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em agosto de 2013, passou a vigorar no Brasil o Estatuto da Juventude (pessoas com 15 a 29 anos de idade). No que se refere aos direitos à diversidade e igualdade (Seção IV) o Estatuto prevê que o jovem deve estar livre de discriminação por motivos de 'etnia, raça, cor da pele, cultura, origem, idade e sexo; orientação sexual, idioma ou religião; opinião, deficiência e condição social ou econômica'. Quanto ao direito à saúde (Seção V), o Estatuto também prevê a garantia de 'temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino'.

Especificamente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, a principal diferença entre o ECA e o Estatuto da Juventude é o direito à não-discriminação com base em orientação sexual e a garantia do tema saúde sexual em reprodutiva no ensino escolar, presentes somente no Estatuto da Juventude.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento[4] (CIPD) realizada no Cairo, Egito, em 1994 pode ser considerada como marco histórico da construção dos direitos sexuais e reprodutivos na medida em que uma nova compreensão sobre desenvolvimento e população reconheceu a importância da igualdade de gênero a partir das discussões acerca da autonomia do corpo e do acesso à contracepção que marcavam a agenda do movimento feminista desde os anos 1970. Consequentemente, é também um marco para os direitos da mulher.

Essa conferência resultou em uma Plano de Ação assinado por 179 países, incluindo o Brasil, que estabelece um conjunto de ações específicas de saúde sexual e reprodutiva, frequentemente interrelacionadas, a exemplo da prevenção às DSTs e diminuição da gravidez na adolescência e do aborto inseguro.

Uma primeira avaliação da implementação do Plano de Ação foi realizada pelas Nações Unidas em 1999, conhecida como Cairo+5, indicou avanços significados nas metas estabelecidas. Entretanto, a agenda relativa às necessidades dos adolescentes quanto à saúde sexual e reprodutiva e prevenção ao HIV/Aids continuava sendo considerada um ponto crítico que exigia esforços redobrados dos países.

O capítulo sobre os direitos de reprodução e saúde reprodutiva do Plano de Ação estabelece o compromisso especificamente voltado aos adolescentes de modo que:

> 7. 3. (...) toda atenção deve ser dispensada à promoção de relações mutuamente respeitosas e equitativas entre os sexos,

[4] Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd.

> particularmente, à satisfação de necessidades educacionais e de serviço de adolescentes para capacitá-los a tratar sua sexualidade de uma maneira positiva e responsável. (...) Os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa de sua falta de informação e de acesso a serviços pertinentes na maioria dos países.

O Plano também estabelece que ocorram ações específicas no sentido de criar programas de assistência à saúde reprodutiva para atender às necessidades da mulher, inclusive das adolescentes. Devem envolver mulheres na liderança, assim como criar programas inovadores para tornarem acessíveis a homens e jovens a informação, orientação e serviços de saúde reprodutiva. Sempre em acordo com os termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, é previsto também que escolas e organizações juvenis sejam espaços para tais ações, assim como que os adolescentes estejam orientados por seus pais. O Plano enfatiza que:

> Métodos anticoncepcionais masculinos, adequados e voluntários, como também de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS, devem ser promovidos e tornados acessíveis com informação e orientação adequadas.

O capítulo relativo ao HIV/Aids também prevê ações específicas para adolescentes e estabelece o que se espera dos profissionais de saúde com relação à prevenção:

> 8.31. Programas para reduzir a disseminação da infecção do HIV devem dar prioridade a campanhas de informação, educação e comunicação para aumentar a conscientização e enfatizar mudanças de comportamento. A educação e a informação sexuais devem ser oferecidas tantos a infectados como a não-infectados e, especialmente, aos adolescentes. Prestadores de serviços de saúde, inclusive de planejamento familiar, precisam ser treinados no aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e a infecção por HIV, inclusive a avaliação e a identificação de comportamentos de alto risco que requerem atenção e serviços especiais; treinamento na promoção do comportamento sexual seguro e responsável, inclusive a abstinência voluntária e uso de camisinhas; treinamento na não-utilização de instrumentos e produtos de sangue contaminados e na prevenção do uso partilhado de agulhas entre usuários de drogas injetáveis.

Tanto a Convenção sobre os Direitos da Criança quanto a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento expressam um consenso internacional que, dentre outras coisas, estabelece a importância de ações voltadas no âmbito da educação que promoverão uma formação no sentido da construção de sujeitos autônomos, responsáveis e, particularmente a CIPD, de sujeitos que terão condições de uma melhor saúde sexual e reprodutiva via educação. Tais princípios estão pautados enquanto direitos.

Entretanto, embora tais conferências apresentem em grande medida as vozes de movimentos sociais e da sociedade civil, a implementação das metas descritas anteriormente na prática ocorre com êxitos, obstáculos e tensões.

Historicamente, as ações de educação em sexualidade sempre tiveram como finalidade evitar a gravidez na adolescente e, principalmente depois do surgimento da Aids, prevenir a aquisição de DST e HIV (Altman, 2007). Assim, diversas estratégias que enfatizam a transmissão de informação ou desenvolvimento de habilidades têm sido utilizadas seja para promover o adiamento do início da vida sexual ou adoção de métodos de contracepção e/ou de proteção contra DST.

Certamente uma das maiores dificuldades na educação em sexualidade reside na precária (ou ausente) dialogicidade entre educador e educando acerca de um assunto considerado privado e íntimo, atravessado por valores morais e de experiência pessoal, mas que por ‘demanda’ das políticas de saúde que respondiam ao pânico da Aids, tornou-se tarefa da escola, considerada como o espaço estratégico para a concretização de tais políticas, mas inserida em sistema educacional bastante despreparado para essa tarefa. Expressões dessa falta de dialogicidade podem ser facilmente observadas no modo como se fala sobre a prevenção ao HIV no cotidiano escolar. No decorrer do trabalho de campo da presente pesquisa, era frequente que, durante as conversas com professores e coordenadores pedagógicos a respeito do trabalho que pretendíamos fazer com os jovens, os educadores manifestassem os seguintes comentários:

> ‘O ideal é esperar a pessoa certa para ter a primeira vez’;
> ‘Isso é uma camisinha, o jeito certo de usar é assim. Sabendo usar, a camisinha não muda o prazer.’;
> ‘Tem que usar camisinha em todas as relações sexuais, com namorado ou ficante’;
> [mostrando fotos de pessoas com sinais e lesões de DST] ‘Isso é o que acontece com quem não usou camisinha’

Consequentemente, são raras as ações de educação em sexualidade em que há efetivamente oportunidades para adolescentes e jovens discutirem abertamente, por exemplo, dificuldades na negociação no uso do preservativo ou como o desejo e o prazer sexual podem ser conciliados com as práticas de sexo mais seguro. Nesse sentido, se o preservativo é um ‘imperativo’ de alguém que poderia/deveria esperar para ter uma vida sexual ativa, como abordar a possibilidade de recorrer a um teste diagnóstico considerando uma exposição ao HIV?

Assim, o sexo desprotegido entre adolescentes e jovens é frequentemente significado como o sexo ‘clandestino’ e perigoso praticado por aqueles ‘governados’ pelos impulsos ‘incontroláveis’, significados como expressão dos ‘hormônios característicos dessa idade’.

Pelos mesmos motivos descritos no âmbito da educação, lidar com a sexualidade adolescente também não é tarefa simples para profissionais de saúde. Em resposta a essa dificuldade, manuais e normas técnicas têm sido produzidos no intuito de instrumentalizar os profissionais para o atendimento de adolescentes no serviço de saúde.

Em 2007, o Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids de São Paulo publicou o material ‘Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens’, que consiste em sete brochuras que fornecem subsídios técnicos, conceituais e legais para que sejam desenvolvidas ações de prevenção com essa população nos serviços, além de mapear aspectos relativos à vulnerabilidade desse grupo (Araujo e Calazans, 2007). Dentre os diversos aspectos abordados, destacamos como particularmente relevantes a crítica em relação à concepção da sexualidade adolescente enquanto problema,

subsídios legais que estabelecem o direito de adolescentes e jovens a utilizarem serviços de saúde em condições de sigilo, confidencialidade e sem necessidade de consentimento parental a partir dos 12 anos de idade[5] e, por fim, as diferentes esferas – individual, social e programática – que compõem a vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV (Araujo e Calazans, 2007).

Direito sexual de um jovem enquanto um valor a ser defendido é uma ideia ainda controversa e que não tem de modo algum a mesma legitimidade do que a defesa dos direitos à educação ou de estar livre de abuso e exploração.

É frágil, ainda, o consenso no debate público sobre a sexualidade como direito nos anos iniciais da juventude, tema difícil entre profissionais de saúde e da educação. No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) brasileiro ou na Convenção sobre os Direitos da Criança,[6] define-se como criança todo ser humano até os 18 anos, e a sexualidade nessa faixa etária aparece apenas no que se refere à proteção contra o abuso, à violência e a exploração sexual, na prostituição ou em produções pornográficas. Na Convenção fala-se também do direito à assistência médica preventiva e aos serviços de planejamento familiar (Ventura, 2005). O direito do jovem viver a sexualidade de forma consciente e consensual é pouco discutido e também é bastante controversa a linha divisória de amadurecimento ou idade para que se considere o consenso livre de pressão indevida. Entretanto, o Estatuto da Juventude prevê direitos sexuais e reprodutivos como parte do direito à saúde. Entretanto, o Estatuto refere-se a pessoas com 15 a 29 anos de idade, ou seja, que estariam na segunda fase da adolescência.

Buglione (2005) discute que, embora a capacidade de razão pública dos adolescentes seja reconhecida no Brasil, ela não se estende a todos os atos da vida civil ou é reconhecida estritamente a partir do critério de idade.

---

[5] Exceto em condições excepcionais em que profissional de saúde considere que o adolescente não tem capacidade de discernimento para ser atendido.

[6] Adotada pela Resolução n. L 44 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20.11.89. Aprovada pelo Decreto Legislativo n.º 28, de 24.9.1990. Ratificada pelo Brasil em 24.09.90.

Embora seja possível votar aos 16 anos, frequentemente profissionais de saúde e educação não reconhecem a autonomia dos adolescentes nas questões sexuais e reprodutivas. Isso leva ao questionamento de Buglione se a vida civil de definições políticas teria menos consequências do que as práticas sexuais. A partir dessas noções de autonomia e capacidade, os adolescentes são concebidos como capazes apenas a partir de normas de regra (que pensam o que "é" a partir do que "deve ser"), o que permite contradições legalmente protegidas e moralmente definidas (Buglione, 2005).

A linguagem dos direitos incorpora a sexualidade dos mais jovens positivamente como sujeitos de direito à saúde. No entanto, o Sistema Único de Saúde vai incorporá-los como sujeitos autônomos claramente apenas a partir dos 18 anos (Ventura, 2005; Buglione, 2005). Segundo Ventura e Corrêa (2006):

> a formulação constitucional (Art. 196 CF) e da Lei que regulamentou o Sistema Único de Saúde adotou a concepção de direito à saúde como um direito humano fundamental que garante, em sua dimensão individual, a preservação da autonomia da pessoa nas ações e programas de saúde (...) O ECA reafirma o conteúdo da lei especifica de saúde quando estabelece (Art. 7 a 14) o direito à assistência integral, através do Sistema Único de Saúde, atribuindo prioridade em relação à disponibilidade de recursos para implementação de programas, prevenção das enfermidades e promoção de saúde do segmento infanto-juvenil, sem qualquer restrição à assistência à saúde sexual e reprodutiva. A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes inclui expressamente as adolescentes como beneficiárias.

Ventura e Corrêa (2006) enfatizam que o critério de grau de discernimento para entender, consentir e exercer direitos no âmbito da assistência à saúde é o adotado pelo Código Brasileiro de Ética Médica (Art. 103), que expressamente garante a atuação profissional e os direitos de sigilo das informações e de autonomia do adolescente, desde que a pessoa atendida tenha condições de conduzir-se adequadamente. Assim, analisam que a dificuldade repousa na:

> determinação dos limites e da real capacidade para consentir, seja pela incapacidade legal (crianças, adolescentes) ou de fato (limitações de natureza educacional, cognitiva, material ou situações de exploração sexual, dentre outras).

Ainda, no caso de maus tratos e violência sexual que resulta em gravidez, as decisões judiciais buscarão garantir o interesse da adolescente. A partir de vários exemplos as autoras concluem que:

> os direitos que envolvem a assistência à saúde dos adolescentes devem sempre ser concebidos de forma a excluir qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado – à vida, à saúde, à dignidade e o pleno desenvolvimento da pessoa humana, na perspectiva do seu interesse e de sua absoluta prioridade. O acesso a esses direitos não pode ser obstruído pela idade da pessoa atendida, mas tão somente por condições pessoais e circunstâncias que de fato apresentar."(Ventura e Corrêa, 2006, p. 112-113)

1.6 PENSAR POLÍTICAS DE PREVENÇÃO QUE INCLUAM O INCENTIVO AO TESTE ANTI-HIV.

Como vimos, as ações de prevenção, inclusive a realização do teste anti-HIV entre adolescentes e jovens, são atravessadas e tematizados por diversos fatores individuais (pessoais), sociais e culturais implicados que, apesar da dificuldade, podem ser analisados segundo a realização ou negligência de direitos humanos. O segmento de jovens é particularmente vulnerável a sofrer violações em razão da idade que, do ponto de vista legal ou econômico, nem sempre garante autonomia e liberdade.

Apesar disso, as abordagens sobre prevenção e testagem anti-HIV entre jovens são predominantemente cognitivo-comportamentais (Robin et al., 2004). Portanto, dificilmente consideram o contexto e mantém o foco quase exclusivamente na dimensão individual – fortalecendo uma concepção do indivíduo cognoscente ou biológica, reduzindo o sexo à prática e aos atos, sem considerar as mediações do contexto que impõe limites institucionais e atribuem significado para as interação socais – na

sociabilidade da vida cotidiana e na interação com programas institucionais de prevenção.

Além disso, vemos que as estratégias de prevenção ao HIV destinadas a adolescentes e jovens são centradas basicamente na provisão de informação sobre transmissão do HIV, adiamento do início da vida sexual e uso de preservativo. Diferentemente dos outros segmentos da população adulta, vemos que o teste de HIV não faz parte do 'cardápio' da prevenção oferecido aos adolescentes e jovens.

Sem a pretensão de fazer neste texto uma exaustiva e sistemática revisão da literatura sobre prevenção do HIV, esse trabalho se somará ao dos autores que fazem uma revisão crítica desta literatura cujo limite aborda-os centralmente no plano individual, concebendo o indivíduo como biológico e/ou comportamental. O problema desta concepção do plano individual típica das psicologias da saúde e da epidemiologia comportamental é que esse plano é concebido sem contexto, não considera a subjetividade em interação, realizada na presença do outro (Paiva, 2012). Modelos baseados nessas concepções têm se mostrado insuficientes quanto a sua capacidade de interpretar fenômenos com múltiplas determinações (Kippax et al., 2013).

Por outro lado, importantes contribuições teóricas, particularmente da Teoria Ecossocial, proporcionam um mapeamento dos diversos componentes do processo de decisão em relação ao teste estruturados em níveis, do individual ao social. A este modelo escapa, entretanto, a interação entre os níveis de decisão em relação ao teste e o processo que constrói a decisão por busca-lo, interesse específico deste estudo. Processo, fenômeno que depende de temporalidade, será tomado neste estudo como a dinâmica de diversos níveis interatuando, um caminho com embates e contradições, desvios e incoerências usualmente difíceis de captar e descrever completamente.

Essa tese pretende contribuir para a literatura cuja abordagem em saúde está baseada nos direitos humanos e, portanto, trata o plano individual como o plano interpessoal, interrelacional e interacional. Nesse sentido, gostaríamos de, no mínimo, expandir as abordagens da dimensão

psicossocial em saúde pública que se restringem à dimensão intrasubjetiva ou ao plano biológico-comportamental. Temos adotado como referência uma vertente da psicologia social construcionista que prioriza a 'intersubjetividade em cena' intrínseca aos cenários socioculturais nos quais os diversos encontros (com pessoas, programas, instituições) acontecem, defendendo a noção de pessoa como sujeito de direitos (Paiva, 2013).

Finalmente, como gostaríamos de contribuir para que os objetivos e metas assumidos na direção de fazer das próximas gerações, das vidas de rapazes e moças, uma vida livre da Aids, defenderemos a relevância da inclusão do teste anti-HIV nos esforços de prevenção da infecção e do adoecimento por Aids nos serviços. Compreender melhor o acesso e realização do teste na perspectiva dos jovens nos permite avançar na direção da proteção e promoção de seus direitos à saúde. As metas falam de serviços amigáveis aos jovens e, sem a inclusão de sua perspectiva, elas dificilmente serão alcançadas.

Como ressaltou análise de 14 respostas nacionais à Aids e de documentos produzidos por organizações internacionais como o Global Fund, PEPFAR, Banco Mundial e UNAIDS, Gruskin e Tarantola (2005) notaram que o princípio da aceitabilidade do serviço de saúde é a maior lacuna, inclusive no caso da resposta brasileira à Aids. No Brasil, onde um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a participação, que garantiria aos usuários o direito de usufruir de ações programáticas com integralidade, e equidade, a participação dos usuários provou-se crucial no campo da sexualidade e da Aids. Desse modo, ouvindo a perspectiva dos jovens, cuidamos da sua "participação" e, portanto, da aceitabilidade das propostas de ação no âmbito do SUS.

1.7 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo está organizado em seis capítulos, além deste primeiro que procurou contextualizar o tema da testagem anti-HIV a partir do debate sobre o cenário nacional e internacional de resposta à Aids e dos

desdobramentos mais específicos para o campo da sexualidade e prevenção ao HIV entre jovens. No segundo capítulo está apresentado o objetivo da pesquisa e, no terceiro, são descritas as etapas do percurso metodológico que compreendeu o trabalho de campo e o modo como analisamos os dados produzidos a partir de uma perspectiva construcionista e do quadro dos direitos humanos. No quarto capítulo estão os resultados analisados. A partir de um panorama geral sobre os participantes do estudo, analisamos as cenas e trajetórias sexuais que levariam os jovens a procurar o teste de HIV e as cenas imaginadas de testagem, com especial atenção à interação dos jovens com os profissionais nos serviços de saúde. A partir dessa análise das cenas, examinamos como e quais direitos humanos estão implicados no que se refere à provisão de informação sobre o teste e de serviços de testagem. No quinto capítulo, apresentamos a discussão dos achados do estudo, estruturados segundo eixos que se referem a: o modo como o processo de decisão é informado por uma trajetória sexual e de conduta preventiva, a relação entre sigilo e confidencialidade entre o jovem e os serviços de saúde, família e amigos enquanto moduladores do processo de decisão, o estigma da Aids como cenário cultural do teste e, por fim, o potencial dos direitos humanos para operacionalizar a análise de diferentes elementos de desigualdade de modo a explicitar os direitos sexuais e reprodutivos e à saúde dos jovens que devem ser promovidos e protegidos pelas políticas públicas. No sexto capítulo, apresentamos algumas considerações e recomendações específicas relacionadas ao modo de produzir e disseminar informações sobre o teste anti-HIV entre os jovens, bem como destacar a importância da qualificação do profissional de saúde no sentido de reconhecer o jovem como sujeito de direitos.

2. OBJETIVO

O objetivo do estudo é compreender o processo de decisão de realização do teste anti-HIV na perspectiva de jovens no ensino médio.

Nesta tese estaremos focalizando especificamente a perspectiva dos jovens quanto ao tipo de encontro sexual que faria com que considerassem a busca pelo teste e como anteciparíam/imaginariam o caminho até o serviço e as cenas de testagem que aconteceriam.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo qualitativo foi realizado com jovens matriculados na rede pública do ensino médio de diferentes regiões do município de São Paulo.

Foram realizadas 39 entrevistas em profundidade e três grupos focais com jovens, de ambos os sexos, a partir de 16 anos de idade. Esta idade mínima foi adotada tendo em vista uma maior proporção de jovens que já iniciaram a vida sexual, aumentando as chances de que já tenha considerado fazer ou mesmo realizado um exame anti-HIV.

As entrevistas tiveram duração aproximada de duas horas e os grupos focais de duas horas e meia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo N. 2146, aprovado em 20 de agosto de 2010) (ANEXO I). Todos os participantes assinaram e receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II). Para os jovens com idade abaixo de 18 anos foi obtida autorização dos pais ou responsável, com assinatura do termo, após contato telefônico da pesquisadora. Todos os procedimentos em relação ao caráter voluntário da participação, bem como garantia de sigilo e confidencialidade, estão em acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, todos os depoimentos dos jovens tiveram os nomes modificados e foram suprimidas quaisquer informações que pudessem levar a sua identificação.

3.1 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES COLABORADORAS

O critério de escolha das escolas foi a presença de atividades de prevenção às DST/Aids e estarem localizadas em distritos com alta e baixa incidência de Aids.

Como percurso metodológico, escolhemos a escola como fonte de seleção dos participantes neste estudo porque é um espaço privilegiado de

socialização para a sexualidade e seus scripts sexuais assim como para a incorporação da prevenção neste campo e tem sido foco histórico de investimento das políticas de prevenção da Aids entre os jovens brasileiros. Do ponto de vista da promoção e garantia de direitos da juventude é também, sem dúvida, uma obrigação do Estado prover o acesso à educação em saúde e, como tema transversal, pelo menos, no âmbito da sexualidade. Este dever do Estado brasileiro está expresso na ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 (ONU, 1989), a partir da qual foi incorporada à lei doméstica sob a forma do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Particularmente no que se refere aos direitos à saúde e à educação no ECA, o Art. 14 estabelece que o SUS deve promover 'campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos' e o Art. 53 define como finalidade do direito à educação o 'pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho' (ONU, 1989). Nesse sentido, além de constituir importante espaço de socialização, a escola também é importante como espaço de realização de direitos.

Inicialmente, prevíamos que a informação sobre a relação de escolas com atividades em andamento do Prevenção Também se Ensina fosse fornecida pela Fundação para o Desenvolvimento da Educação (FDE). Contudo, por meio de contato informal com profissionais do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Estado de São Paulo, bem como coordenadoras pedagógicas de escolas estaduais de ensino médio, identificamos que, na prática, o projeto Prevenção Também se Ensina consiste, quase exclusivamente, em envio da FDE de material educativo relacionado a diversos temas sobre prevenção às escolas, não havendo qualquer tipo de demanda de execução, avaliação ou monitoramento de tais atividades nas escolas por parte da FDE ou da Secretaria de Educação.[7] Essa mesma informação foi reiterada posteriormente durante a pesquisa de

[7] Desconhecemos a disponibilização de avaliações sistemáticas sobre o PTE no que se refere aos projetos de prevenção ao HIV.

campo por diretores e coordenadores pedagógicos das escolas participantes.

Dessa forma, decidimos solicitar a algumas instituições com experiência de trabalhos no campo da saúde, sexualidade ou prevenção com jovens a indicação de escolas que tivessem histórico de atividades de prevenção ao HIV e que também fossem potencialmente receptivas à colaboração com nossa pesquisa.

Obtivemos, então, a indicação de uma escola na Zona Leste por meio da organização não-governamental Ecos – Comunicação em Sexualidade,[8] seguida pela indicação do Instituto de Investigação em Imunologia do Incor de uma segunda escola na Zona Oeste e, por fim, da indicação da organização não-governamental Cidadania, Orgulho, Respeito, Solidariedade e Amor (popularmente conhecida como CORSA, que trabalha com projetos de combate a homofobia),[9] de uma escola na Região Central.

No que se refere à diversificação das escolas segundo contexto epidêmico de Aids, as informações sobre casos de aids seriam obtidas somente com base no Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2008) e em estudo sobre análise espacial da incidência de aids na população jovem por coordenadoria de saúde no município de São Paulo (Aguiar, 2010). Dessa forma, as escolas nas regiões Leste e Centro estão localizadas em distritos com alta incidência de Aids e a escola da região Oeste está em um distrito com baixa incidência de Aids.

---

[8] Ecos Comunicação em Sexualidade é uma organização não-governamental com 20 anos de atuação com ênfase nos direitos sexuais e direitos reprodutivos, em especial de adolescentes e jovens, com a perspectiva de erradicar as discriminações relativas a gênero, orientação sexual, idade, raça/etnia, deficiências e classe social. Suas atividades estão estruturadas em comunicação, projetos e pesquisas, educação continuada, *advocacy* e consultoria. Disponível em: http://www.ecos.org.br/index2.asp

[9] Cidadania, Orgulho, Respeito, Solidariedade e Amor (CORSA) é uma organização não-governamental fundada em 1995 na cidade de São Paulo. Sua missão é a defesa dos direitos civis e humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com atuações em nível estadual e nacional em seminários, encontros e conferências que tratem das questões LGBT. Desde 2001, desenvolve projetos de intervenção social na área de prevenção às DST/Aids junto à população homossexual masculina e na área de educação, particularmente na formação docente para a diversidade sexual na escola. Disponível em: http://www.corsa.org.br

3.2 CRITÉRIOS DE DIVERSIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quanto aos critérios de diversificação dos participantes, incluímos na análise somente os jovens, de ambos os sexos, que já tivessem iniciado a vida sexual. Considerou-se que, para a maioria dos entrevistados, as cenas de testagem seriam hipotéticas, mas ter iniciado a vida sexual não foi indicado aos jovens como requisito para participação na pesquisa. Todos os voluntários e voluntárias foram entrevistados. Entretanto, somente os depoimentos dos que iniciaram a vida sexual foram transcritos e incluídos para fins de análise, na medida em que a decisão para a realização do teste dependeria, segundo a hipótese deste trabalho, da trajetória sexual e da experiência viva das cenas sexuais; solicitar aos que não iniciaram a vida sexual que, adicionalmente, imaginassem o início da vida sexual poderia ser uma construção muito distante das experiências atuais de relacionamento afetivo desses jovens.

Adicionalmente, além do sexo (feminino e masculino), a orientação sexual foi incluída como critério de diversificação dos sujeitos. Dessa forma, foram incluídos também jovens que se declararem homo ou bissexuais, uma vez que esta variável tem sido indicada na literatura como marcadora de diferenças quanto à percepção de exposição de infecção para o HIV na população adulta. Assim, procuramos investigar particularmente se jovens homossexuais apresentariam uma maior percepção de risco para o HIV e se as jovens heterossexuais teriam tal percepção modificada em razão do papel que o envolvimento afetivo ocupa nas práticas de proteção à gravidez e DST. Referimo-nos aos termos homossexual ou homoafetivo como uma condição de identidade sexual que expressa a orientação do desejo na qual se estabelece algum vínculo afetivo-sexual entre indivíduos do mesmo sexo. Bissexual refere-se a esta condição entre indivíduos de ambos os sexos. ‘Homens que fazem sexo com homens’ é uma expressão amplamente utilizada em estudos epidemiológicos, mas que faz referência somente à prática sexual e não a qualquer aspecto da identidade sexual.

3.3 PRÉ-TESTE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para testar o roteiro de entrevista, solicitamos indicação a um coordenador do grupo de jovens do Projeto Purpurina[10] que trabalhou como entrevistador dos rapazes de um jovem voluntário para a pesquisa.

O jovem voluntário indicado foi um estudante universitário com 23 anos de idade e que participa como monitor de grupo do Projeto Purpurina. Declara-se como gay em relação a sua identidade sexual. A entrevista foi realizada em final de abril/2011e teve duração aproximada de 2h. O rapaz havia feito teste de HIV há três meses. O motivo que o levou a procurar o teste foi ter mantido relações sexuais sem preservativo com um namorado fazia dois anos, que havia tido relacionamentos com mulheres e que, por vezes, não parecia 'tão cuidadoso' com a própria saúde. Relatou que sempre se preocupou nesses anos com a possibilidade de ter se infectado, mas só recentemente havia 'tomado coragem' em razão de apoio de uma amiga e recorreu ao serviço de testagem perto de sua casa. O jovem contou que a semana em que teve que esperar o resultado foi muito ruim, com várias cenas negativas relacionadas à doença e ao fim do relacionamento que lhe ocorriam.

Dessa forma, incluímos no roteiro questões mais específicas sobre facilitadores e barreiras para a procura do teste, bem como percepções sobre as consequências de diferentes diagnósticos.

3.4 CONTATO COM AS ESCOLAS PARTICIPANTES: APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO ESCOLAR

Região Leste – Escola estadual de ensino fundamental e médio

Uma das profissionais da Ecos nos indicou uma escola estadual de ensino fundamental e médio como uma instituição na Região Leste que

[10] O Projeto Purpurina é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a organização não-governamental Grupo Pela Vidda.

participou ativamente em muitas reuniões e capacitações sobre violência de gênero e direitos sexuais e reprodutivos. Ela relatou que tanto a coordenadora pedagógica quanto a diretora tinham bastante experiência prévia com ações nas escolas e formação nessa área.

A pesquisa foi apresentada pela primeira vez à coordenadora do ensino fundamental que, juntamente com a diretora, tem participado de capacitações e desenvolvido projetos relacionados à sexualidade e prevenção à gravidez não planejada e DST nos últimos anos na escola. Ela expôs diversos trabalhos feitos com multiplicadores (professores e alunos) quanto às etapas de implementação, divulgação, monitoramento e avaliação, bem como as dificuldades institucionais (por exemplo, relativas a restrições da Diretoria de Ensino Leste 1 para dispensar professores de reuniões para participar de capacitações) de continuidade das ações. A coordenadora do ensino fundamental era responsável pelos projetos de sexualidade e prevenção do ensino médio por sua formação e experiência na área. Perguntou sobre diversos aspectos metodológicos do estudo e, após manifestar interesse em colaborar com a pesquisa, foi ela quem me apresentou o projeto em andamento com o terceiro ano do ensino médio.

Durante os meses de abril e maio/2011 passei a frequentar a escola duas ou três vezes por semana, quando conheci as professoras responsáveis pelo projeto com o terceiro ano. Tive em torno de cinco reuniões com uma das professoras para que pudéssemos apresentar a ambas nossos projetos. Essas conversas foram importantes para conhecer os assuntos que estavam discutindo e a forma de participação e envolvimento dos alunos nas atividades.

O projeto escolar consistia em: após um conjunto de aulas expositivas e com espaço para debate, cada turma ficou responsável por um trabalho sobre um dos seguintes temas de prevenção: uso de drogas, DST, métodos contraceptivos, violência e gravidez na adolescência. Esse trabalho comporia a nota do bimestre e deveria ser apresentado em um evento de final de semestre para todos os alunos das cinco turmas de terceiro ano.

Região Oeste – Escola estadual de ensino fundamental e médio

Chegamos a essa escola por indicação de profissionais do Instituto de Investigação em Imunologia do Incor (iii-INCT)[11] que desenvolvem o Projeto Imunologia nas Escolas, que é uma das atividades da Plataforma de Ensino e Interação com a Sociedade do iii-INCT. O projeto abrange os 160 alunos do primeiro ano do ensino médio e iniciou em out/2011 o programa de Pré-Iniciação Científica (parceria com a Pró-Reitoria de Pesquisa da USP e o CNPq) com 13 alunos da escola, que irão desenvolver projetos de pesquisa nos laboratórios dos grupos do iii-INCT e outros parceiros.

Dessa forma, assim como a escola na Zona Leste, nosso critério para procurar essa escola foi, primeiramente, ser uma instituição aberta ao diálogo sobre prevenção às DST/Aids e à participação em pesquisas.

Após apresentação da pesquisa à diretora e coordenador pedagógico, duas turmas de terceiro ano foram indicadas como fornecedora de potenciais participantes do estudo.

O coordenador pedagógico indicou essas duas turmas por serem consideradas mais participativas nas atividades escolares de um modo geral: uma tinha grande parte dos alunos do grêmio da escola e a outra havia se envolvido bastante com o tema da infecção por HIV e adoecimento por Aids em uma palestra no ano anterior. Foi indicado um professor que tinha boa relação com os alunos e pelo fato de suas alunas discutirem temas sociais que atravessam o campo da prevenção às DST/Aids, tais como sexualidade, moral, cultura entre outros. Assim, após apresentação da pesquisa ao professor, iniciamos o acompanhamento de suas aulas de filosofia semanalmente nas turmas e, posteriormente, fizemos a apresentação da pesquisa e convite à participação dos alunos.

Região Central – Escola estadual de ensino fundamental e médio

Chegamos a essa escola por meio da indicação de um professor da mesma escola, o qual também trabalha como agente de prevenção às

[11] Instituto de Investigação em Imunologia do Instituto do Coração (INTC). Disponível em: http://www.iii.org.br/default.asp.

DST/Aids junto à organização não-governamental Cidadania, Orgulho, Respeito, Solidariedade e Amor (popularmente conhecida como CORSA), com ações voltadas ao campo LGBT, prevenção às DST e educação.

Fizemos apresentação da pesquisa ao coordenador pedagógico do ensino médio, junto com professor que nos indicou a escola e havia realizado trabalho de prevenção com o ensino médio no início de 2011. Assim como nas outras escolas, passamos a acompanhar semanalmente as aulas do professor, tendo em vista sua proximidade com os alunos em duas turmas de terceiro ano indicadas como mais participativas nas discussões e atividades escolares de modo de geral. Posteriormente, fizemos a apresentação da pesquisa e convite à participação dos alunos.

3.5 APRESENTAÇÃO E CONVITE AOS JOVENS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Talvez o maior desafio nesta atividade de pesquisa foi estabelecer uma aproximação com os alunos que não fosse invasiva de modo que sua participação não fosse entendida como uma 'tarefa da escola' ou uma orientação das professoras. Tratava-se, portanto, de obter participação voluntária para a pesquisa. Para isso, por exemplo, foi necessário por diversas vezes reiterar aos coordenadores pedagógicos que não poderíamos entrevistar jovens 'selecionados' por eles ou por qualquer outro profissional.

Dessa forma, apresentar a pesquisa aos alunos deveria ser uma 'conversa' que fizesse sentido tanto para o tema quanto para sua participação. Esse momento da apresentação da pesquisa foi feito em uma aula e na presença do professor da matéria que acompanhávamos semanalmente.

No início da aula, distribuímos uma carta de apresentação sobre nosso grupo de pesquisa e o convite à participação no estudo. Depois fizemos uma breve dinâmica de apresentação (do tipo *ice breaker*) em que cada um deveria dizer seu nome e algo que gostasse de fazer. Uma vez que

a maioria do grupo parecia bastante à vontade com nossa presença, propusemos aos jovens que nos dissessem a primeira coisa que lhes viesse à mente quando escutavam a palavra ‘Aids’. Anotamos praticamente todas essas ‘associações livres’ no quadro negro para salientar que pouquíssimas palavras estavam relacionadas à doença propriamente (como, por exemplo, tratamento, medicação, médico), sendo a grande maioria relativa aos valores, emoções e imagens que os diferentes sentidos da palavra Aids evocam nas pessoas. Neste ponto, enfatizamos aos jovens que nosso foco era justamente trabalhar a prevenção ao HIV considerando aqueles aspectos que estavam presentes na maior parte do quadro negro.

Posteriormente, perguntamos aos jovens sua percepções sobre DST e Aids, discutindo-as no contexto das dificuldades e conquistas dos primeiros trabalhos com prevenção de HIV entre jovens nas escolas. O diálogo com eles ressaltou que tais dificuldades correspondiam, em sua maioria, às ‘respostas sociais’ à epidemia da Aids que a relacionava à morte, estimulava a homofobia, tocava em temas tabus como sexualidade, relações de gênero e como as conquistas se referiam às respostas em defesa dos direitos humanos, entre outros temas.

Depois, nosso roteiro incluía a conversa sobre como as ações de prevenção ao HIV entre jovens mudaram nos últimos 20 anos. Por exemplo, atualmente, falar sobre ‘sexo seguro’ na escola, embora possa ser às vezes desconfortável, é praticamente esperado, em algum momento um professor abordará o assunto. Por outro lado, algumas dificuldades se mantinham (por exemplo, incluir os pais nas discussões sobre sexualidade e prevenção). Finalmente, apresentamos o contexto das pesquisas atuais de prevenção ao HIV, enfatizando os dados sobre realização do teste.

De modo geral, os jovens foram bastante participativos durante a atividade de apresentação da pesquisa.

Após o convite, os jovens que tinham interesse em participar dirigiam-se a mim pessoalmente para agendar a entrevista e, como não era possível conversar com todos durante o horário de aula, a maior parte dos jovens entregaram um papel com telefone para contato posterior. Conforme

mencionado anteriormente, para todos os jovens menores de 18 anos e que, portanto, necessitariam de assinatura do responsável no termo de consentimento, fiz contato telefônico com os pais ou responsáveis explicando que se tratava de uma pesquisa sobre prevenção ao HIV com jovens, sem expor que seriam abordados assuntos de natureza íntima do jovem.

Após convite à participação da pesquisa, o agendamento e a realização das entrevistas duraram cerca de dois meses em cada escola.

Se as entrevistas individuais nos ofereceriam uma compreensão das diversas trajetórias no segmento que abordamos, optamos pela realização de grupos focais para aprofundar a compreensão do contexto de socialização que compartilhavam e da normatividade vigente no cenário sociocultural dos jovens abordados.

Os grupos focais foram realizados depois de concluídas todas as entrevistas.

Exceto pela primeira escola na Zona Leste, nas demais escolas, as entrevistas com as moças foram realizadas por mim e as entrevistas com os rapazes por um entrevistador do sexo masculino. Prevíamos que, uma vez que era provável emergirem temas bastante sensíveis ou de natureza muito íntima, ser entrevistado por alguém do mesmo sexo facilitaria essa interação. Com efeito, observamos alguns relatos de jovens que reiteraram maior facilidade em conversar com alguém do mesmo sexo, conforme ilustrado a seguir:

> Foi o que eu te falei, pelo fato de você ser homem, e eu ser homem, tal, acho que eu me senti um pouco mais livre, assim, tipo aberto para conversar, tal. Tipo... Aí, não sei. É isso. Eu não tenho o que esconder... O que negar, o que me vangloriar ou algo do gênero. Eu simplesmente falei o que aconteceu comigo. Como é minha vida. [João, 18 anos]

3.6 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

3.6.1 Construção de Cenas como Recurso Metodológico

Além do roteiro abordado na entrevista, optamos por utilizar a metodologia de construção de cenas, quando se busca o relato da experiência em ato, proporcionando uma descrição mais profunda e com menos mediações racionalizadas (Paiva, 1999, 2012). No campo construcionista, a cena é alternativa à etnografia quando há dificuldade de observar determinados fenômenos, como atividade afetivo-sexual e questões íntimas e sensíveis, além de poupar o tempo gasto nas observações. Contudo, o mais importante é ser um recurso importante por privilegiar o relato da experiência retomada densamente e nos termos de quem a vive (Paiva, 1999).

Basicamente, foram previstos quatro momentos distintos para entrevista, cujos objetivos foram:

I) Aquecimento para a entrevista: apresentação do entrevistador e a procura para estabelecer um bom *rapport* para que o(a) entrevistador(a) e o entrevistado sintam-se à vontade, facilitando o encontro;

II) Processo de consentimento: informações sobre a pesquisa, ressaltar o caráter voluntário, confidencial e sigiloso da participação, podendo desistir em qualquer etapa da pesquisa, explicar sobre a utilização do gravador e, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;

III) Início da entrevista: ressaltar a importância do que a pessoa tem a dizer sobre suas experiências de vida, não existindo um modo certo ou errado dele(a) contar, estimular a espontaneidade do relato.

IV) Processo de encerramento: informar sobre o término da entrevista, levantar dúvidas e/ou questões que o(a) entrevistado(a) gostaria de saber e convidar para a realização do grupo focal.

As entrevistas foram conduzidas com um roteiro semiestruturado (ANEXO III), abordando os seguintes temas:

1) Perfil social (faixa etária, sexo, raça/etnia, escolaridade, situação familiar, religião, ocupação);

2) Conhecimento sobre DST/Aids; uso de preservativo e de métodos contraceptivos; saúde sexual e reprodutiva; envolvimento afetivo-sexual

3) Simbolismos da Aids

4) Sobre teste anti-HIV: autopercepção de risco para infecção por HIV (utilização de recurso referindo-se aos pares); expectativas em relação a um diagnóstico positivo (medo dos aspectos clínicos da doença); expectativas das consequências sociais do diagnóstico (medo do estigma); revelação do diagnóstico (família/amigos/parceiro); identificação de benefícios para fazer o teste; percepções sobre compulsoriedade do teste anti-HIV em situações vividas pelos adolescentes e jovens (primeira relação sexual, antes do casamento, para quem usa drogas).

Ao término da entrevista, houve um momento em que os entrevistados puderam ter esclarecidas suas dúvidas ou informações equivocadas sobre DST/Aids, bem como refletir e ser informados sobre saúde sexual e reprodutiva (incluindo informações sobre DST/Aids, métodos contraceptivos e uso correto de preservativo). Adicionalmente, foi oferecido, se os participantes desejassem, material informativo sobre DST/Aids (incluindo informações sobre teste anti-HIV), disponibilizados pelos Programas Estadual e Municipal em Aids de São Paulo.

Prevendo que a maioria dos jovens teria pouca experiência concreta de teste anti-HIV, parte das perguntas foi dirigida aos jovens a partir da construção de uma circunstância hipotética ao qual eles acrescentariam aspectos de sua própria experiência diante de uma situação de testagem.

Assumindo que a estigmatização é um processo social que, no caso da Aids, sintetiza sinergias de estigma que legitimam estruturalmente e simbolicamente as desigualdades sociais (Parker e Aggleton, 2003) – de classe, gênero, cor/etnia – buscou-se no procedimento de entrevista trazer via lembranças e/ou imaginação ativa cenas que disparem a reflexão do depoente sobre uma compreensão dinâmica dos elementos que compõem o cenário sociocultural. Considerando-se os componentes da cena – tempo, espaço, papéis e interação –, os entrevistados foram solicitados a construir

as cenas, descrevendo as situações acerca de onde, quando, com quem, como e fazendo o quê estas aconteciam (Blessa, 2008; Paiva, 1999, 2012).

A fim de investigar mais profundamente o sentido e significado nas cenas, foram propostos alguns contrastes ou contrapontos, potenciais mudanças que deixariam mais clara a dinâmica da interação social viva, do cenário sociocultural introjetado na trajetória de cada jovem, a realização na vida cotidiana de cada jovem das categorias que a literatura tem consagrado como variáveis relevantes para o comportamento preventivo, a saber: tipo de parceria, raça/etnia, sexo e idade. Assim, por exemplo, quando o jovem reconstituiu ou imaginou um encontro de sexo casual que o levaria a procurar o teste, o entrevistador solicitou que imaginasse esse mesmo encontro novamente 'trocando' o parceiro casual por um namorado para investigar se haveria alguma diferença com relação à preocupação em fazer o teste.

Na entrevista que utiliza a metodologia das cenas, lançamos mão de dois recursos principais: o procedimento de direção que visa à mobilização disparada pela imaginação ativa do depoente e a utilização de contrastes, que visa a uma compreensão mais dinâmica do cenário cultural do teste. Apresentamos a seguir exemplos de orientação nas entrevistas para que os jovens construíssem as suas cenas, enfatizando a descrição densa das experiências vividas ou imaginadas, bem como a forma de utilização dos contrastes.

3.6.2 Procedimento de Direção

Ilustramos a seguir esse procedimento de direção para mobilizar a construção das cenas sexuais e de testagem anti-HIV realizado durante uma entrevista individual com uma jovem de 17 anos de idade, estudante em uma escola na Zona Oeste. Neste momento da entrevista, ela já havia relatado seu cotidiano de trabalho, estudo, convivência familiar, bem como conhecimento sobre Aids e o início de sua vida sexual.

[Entrevistadora] Olha só, vou pedir pra você imaginar ou lembrar de uma situação que você viveu. Você pode misturar coisas que você imagina, com coisas que você viveu, enfim. Mas você viveu uma situação em que ao final dela, você decidiu procurar um teste de HIV. Então você viveu uma situação e vamos procurar fazer como se fosse uma história, tá? Então onde você tá, com quem você tá. É manhã, tarde, noite? Tem barulho, cor, cheiro? O que que tá acontecendo? Tem algum diálogo? Você tá falando, você tá ouvindo? Você não vai me falar nada por enquanto. Você vai construir na tua cabeça essa história.
Uma história que no final, que o final eu procurei o exame.
[E] No final você decidiu procurar o exame. Ao final dessa história, quando acabou esse filme, cê falou: “Vou procura um teste de HIV."
Então é uma história que me levou a procurar um teste, é isso?
[E] Exatamente.
Ah, tá bom.
[E] Tá? E aí essa história é bem completa, tá? Tem personagem, tem lugar, tem tempo, que que tá acontecendo...
Então eu vou usar uma história. Eu já sei uma história. Eu vou usar uma história, meio que, não é que é real, é meio que real, mas...
[E] Tanto faz.
Não. Tudo bem. Mas só que tipo eu vou meio que mudar um pouco, entendeu?
[E] Pode. Pode. Pode.
Pra me poder levar, pra me levar a procura o exame. Senão não vai me levar.
[E] Como boa roteirista, você vai, você vai mudar a história. Pode misturar coisas, pode inventar tudo, pode contar tudo como foi, mas o importante é, tem que fazer sentido que no final dessa história você resolveu: “Vou procurar um teste de HIV". Tá? Então procura... O que que cê tá sentindo, nesse momento? Se tiver outra pessoa, o que que a outra pessoa tá sentindo? O que que cê tá pensando nessa história? O que que a outra pessoa tá pensando? O que que tá rolando?
Tá. Mas aí eu, eu como uma pessoa... Eu como um personagem.
[E] Você tá na história.
Tá bom. Tá bom. Tá bom.
[E] A história é tua. Você é protagonista da história.
Eu já sei a história.
[E] Já sabe? Tá bem rica, tá bem detalhada, a história?
Cheia, cheia de cores, amarelo, verde...
Tá bom.
[A jovem relatou um encontro sexual em que se percebeu exposta ao HIV pelo fato de o rapaz tê-la pressionado a ter relação sexual. Ela descreveu o contexto de ‘encantamento’ com o rapaz, término recente de um namoro e certa expectativa de que haveria algum tipo de romance em vez de um convite sexual propriamente.]

3.6.3 Uso de Contrastes

O exemplo a seguir visa ilustrar o uso de contrastes durante o relato das cenas pra investigar possíveis mudanças de sentidos e significados nas experiências. O relato a seguir foi obtido por um jovem de 18 anos, estudante em uma escola na Região Central. Nesse momento da entrevista, o rapaz havia descrito um encontro com sexo casual que o levaria a procurar o teste de HIV. Utilizamos dois contrastes – mudando a cor da pele e a condição socioeconômica da parceira – para investigar possíveis mudanças na percepção do jovem quanto a ter sido exposto ao HIV.

> [Entrevistador] E se a gente mudar a cor da pele da Carla, você falou que ela era é branca, né? Se fosse, se ela fosse negra, né? A sua preocupação, ela diminuiria ou aumentaria com relação a essa transa?
> Não. Não diminuiria não. Só...
> [E] Com relação ao HIV, lembra que a gente tá falando do HIV.
> Tá. Só mudaria se a pessoa fosse favelada, sabe? Uma mina de favela assim, essas mina candanga. Tipo moradora de rua. Aí, ixi, tá louco.
> [E] Porque que aumentaria a sua preocupação?
> Porque aquelas mina muito dada, sabe? Não sei, mina... A mesma coisa, é a mina dada pra mim. Fica com qualquer um, dá pra qualquer um.
> [E] Cê acha que se ela fosse muito pobre que aí a sua preocupação, ela aumentaria? Aumentaria. Aumentaria muito. Aumentaria demais. [Antônio, 18 anos]

3.7 GRUPOS FOCAIS

Além da entrevista individual, um segundo dispositivo de pesquisa ao qual recorremos foi o grupo focal.

Conforme vimos no item anterior, procuramos aprofundar diversos aspectos no plano da singularidade da experiência individual a fim de construir as cenas sexuais que levariam ao teste, bem como as cenas de testagem propriamente.

Como o grupo focal pretende acessar o registro da opinião, nosso intuito foi explorar as percepções dos jovens em nível coletivo sobre como

as relações de gênero, sexualidade e do uso de serviços de saúde estão presentes na família e nas atividades de prevenção ao HIV na escola no momento em que um jovem consideraria procurar um teste de HIV.

Portanto, diferentemente da ênfase na singularidade da experiência na entrevista individual, tínhamos particular interesse nos temas que emergissem por meio da interação como sendo mais consensuais, bem como aqueles mais contrastantes ou divergentes.

A elaboração das questões do roteiro de discussão em grupo foi construída com base e posteriormente à realização das entrevistas individuais (ANEXO IV).

Ao total, foram realizados três grupos focais, sendo um grupo em cada escola colaboradora (quatro participantes [duas moças e dois rapazes] na Zona Leste; 11 participantes na Zona Oeste [dez moças e um rapaz]; e cinco participantes [três moças e dois rapazes] no Região Central).

Todos os jovens que participaram das entrevistas foram convidados para o grupo focal, sem, portanto, critério de distinção quanto a ter iniciado a vida sexual. Dessa forma, em função do tempo de acompanhamento dos alunos as aulas nos últimos dois meses e por todos terem participado previamente das entrevistas individuais, consideramos que foi relativamente simples estabelecer o contrato de sigilo nas atividades em grupo.

Quanto à equipe de trabalho, participei como coordenadora, acompanhada do entrevistador que fez as entrevistas com os rapazes que participou como mediador do grupo e de uma terceira pessoa que ficou responsável pelo registro das anotações dos grupos. Os grupos tiveram duração de aproximadamente duas horas.

Após dinâmica de aquecimento e estabelecimento do contrato de sigilo, iniciamos o grupo focal solicitando aos jovens que dissessem as primeiras palavras que viessem à cabeça quando escutasse a expressão ‘teste de HIV’.

Posteriormente, apresentamos uma estória na qual “uma jovem teve um breve namoro com um rapaz com quem manteve relações sexuais sem preservativo” e, a partir deste ponto, apresentamos um conjunto de

perguntas relacionadas ao que pressupúnhamos que eram facilitadores e barreiras que jovens teriam para procurar o teste no que se refere ao uso de serviços de saúde, a sua família, amigos e atividades de prevenção às DST/HIV na escola.

A fim de investigar suas percepções e vivências sobre as relações de gênero, fizemos o mesmo procedimento em relação ao ex-namorado dessa jovem: caso fosse procurar o teste, solicitamos aos participantes que elencassem quais seriam semelhanças e diferenças em relação à jovem.

Em sequência, procuramos investigar especificamente como os jovens avaliavam a qualidade e relevância do que haviam aprendido sobre prevenção em uma situação em que um jovem precisasse procurar pelo teste (o que 'funciona' e que não 'funciona', bem como que tipo de informação e atividades eles gostariam de ter na escola)

Nos três grupos, os jovens foram, de modo geral, bastante participativos, havendo ocasionalmente necessidade de que eu ou o moderador estimulássemos a participação daqueles mais quietos. Mesmo em situações em que havia clara discordância de opiniões, os jovens se mantiveram respeitosos uns em relação aos outros, provavelmente pelo fato de que parte considerável deles eram amigos.

3.8 PERCURSO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após transcrição e revisão das entrevistas, o conjunto de narrativas e falas foi analisado e um esboço de categorias não previstas no roteiro original foi organizado com base em leitura reiterada e densa. Depois de identificados os temas mais expressivos e recorrentes sobre o processo de decisão relacionado ao teste anti-HIV as categorias foram pensadas à luz do campo teórico e quadro de análise sintetizado a seguir.

3.8.1 Construcionismo

Recorremos à literatura de autores do campo construcionista e da Psicologia Social que têm se dedicado a pesquisas sociais no campo da Aids (Vance 1995; Parker e Aggleton, 2001; Paiva V, 1999, 2008, 2012, 2013). As categorias teóricas – gênero, marcadores da diferença, início da vida sexual, trajetórias e cenas, conhecimento sobre DST/Aids, simbolismos da Aids, percepções sobre testagem anti-HIV – e empíricas – características sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, entre outras) – e programáticas (uso de serviços de saúde) foram utilizadas para construção do roteiro de entrevista e analisadas dentro desse quadro teórico para compreender os aspectos psicossociais envolvidos no processo de decisão dos jovens quanto à realização do teste anti-HIV. O mesmo procedimento foi adotado em relação às categorias fornecidas pelos participantes durante o trabalho de campo, utilizadas para explicar um conjunto de significados e não contempladas previamente no roteiro.

Nessa perspectiva, a análise adotará a diferenciação feita por Gagnon (2006) entre as noções de ‘comportamento sexual’ e ‘conduta sexual’ a partir do investimento moral e, portanto, social ao sexo. Gagnon enfatiza que não há um comportamento sexual propriamente dito, como se fosse possível despi-lo de qualquer avaliação social. ‘Conduta sexual’, portanto, está relacionada à condição social e cultural que atribuímos ao comportamento sexual.

A conduta, tanto no contexto da atividade sexual como em relação à realização do teste, objeto central deste estudo, será também concebida como carreira social, conceito tradicionalmente operado pela sociologia da Escola de Chicago. A carreira social implica processos e relações que o indivíduo experimenta ao assimilar e desempenhar práticas de um novo estilo de vida. Especialmente tratando-se do exame de estilos de vida entendidos como alternativos aos caminhos normativos da socialização, Gagnon enfatiza que a principal vantagem deste conceito era obter alguma neutralidade moral na análise de fenômenos tidos como desviantes da

norma social. O sexo na adolescência ainda é considerado, como veremos, desviante da norma.

> As carreiras de um banqueiro e de um bandido podiam ser analisadas exatamente do mesmo modo: aprender a executar uma tarefa, adquirir as qualificações e as informações especializadas, aprender a lidar com todos os demais atores sociais de determinado meio social. Enfatizando-se as características comuns de aprendizagem e execução, as diferenças morais de praxe entre as categorias ocupacionais e o estilo de vida podiam desaparecer. (Gagnon, 2006, p. 405).

Um dos principais desafios ao empreendimento teórico de Gagnon e Simon, seu coautor nestas definições (Simon e Gagnon, 1984), era descontruir a naturalização do sexo, marcada pelas formulações de Freud e Kinsey. Na teoria das pulsões freudiana, o sexo era concebido como a natureza humana a ser contida para a emergência da civilização. Por outro lado, a perspectiva evolucionista de Kinsey defendia que a variabilidade das formas sexuais era expressão da diversidade da natureza humana.

Assim, a teoria dos *scripts* (roteiros) foi formulada por Simon e Gagnon (1984) para se chegar a uma sexualidade socialmente determinada que buscava tanto a descrição das práticas sexuais do ponto de vista social quanto a presença de elementos sociais nas práticas sexuais.

Posteriormente, uma vez estabelecido que o sexo era socialmente determinado, um segundo problema enfrentado pelos autores era como lidar com o indivíduo propriamente, sua relação com os demais e com a regulação sociocultural de modo que o sujeito não fosse entendido como uma mera réplica do macrossocial. Assim, para fins analíticos, estabeleceram três níveis de roteirização que, embora sempre em interação, podem ser compreendidos como singulares. Tais níveis correspondem aos scripts/cenários culturais, interpessoais e intrapsíquicos.

Os ‘cenários culturais’ foram definidos como o sistema de instruções sociais sobre como se comportar que expressam como indivíduos se configuram enquanto instituição. Já os *scripts* interpessoais se referem ao papel que as expectativas de uma plateia desempenha na ação social do

indivíduo. Os *scripts* psíquicos, por sua vez, correspondem a essa dimensão independente do *self* de lembranças, projeções e fantasias da vida mental.

Posteriormente, mantendo as roteirizações como recurso analítico, Gagnon (2006) estabeleceu como principal tensão do plano individual a relação entre público e privado. Enquanto a esfera privada corresponde ao domínio intrapsíquico, os cenários culturais e as interações interpessoais se realizam na esfera pública. Essa tensão é decorrente do aumento da complexidade social, a qual demanda cada vez mais variação da atividade mental ou da vida intrapsíquica.

Ainda no quadro analítico do campo que pensa a conduta e a sexualidade como fato social, especialmente significativo para pensar criticamente sobre as abordagens de prevenção junto aos jovens, não podemos esquecer que a juventude não define um segmento uniforme, sua socialização e o aprendizado da sexualidade é também a aprendizagem e socialização para *scripts* de gênero (Heilborn, 1999; Heilborn et al., 2006; Paiva, 1996, 2012).

> O aprendizado da sexualidade, contudo, não se restringe àquele da genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual. (Heilborn et al., 2006; p. 35)

Segundo os autores, entre jovens que estudaram no Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre, como veremos também entre os participantes deste estudos, as interações mais comuns que podem resultar em relação sexual são o namoro e o ‘ficar’, os quais comportam uma clara divisão de papéis para rapazes e moças. Ainda que no ‘ficar’ não haja necessariamente expectativa de compromisso, prevalecem as normas hegemônicas de masculinidade e feminilidade: é esperado que os rapazes sempre tomem iniciativa para ‘conseguir transar’ e que as moças, ainda que a perda da virgindade não seja mais passível de estigmatização, não se comportem de

modo assertivo na medida em que devem procurar conter as investidas dos rapazes e não se mostrarem muito sexualmente experientes a fim de que sua reputação moral seja preservada (Heilborn et al., 2006).

Uma contribuição importante destes investigadores (Heilborn et al., 2006) ao enfrentar o desafio conceitual e metodológico de transformar o corrente 'problema social da gravidez na adolescência' em um problema sociológico, foi apontar a necessidade de descontruir os pressupostos ideológicos sobre o tema adotando o conceito de juventude e por meio da análise integrada do caráter da juventude como um processo e da sexualidade como um aprendizado complexo, os quais possuem variadas, tensas e cruzadas determinações.

Como esses autores, entendemos por juventude uma etapa da vida constituída por processos e transições anteriores ao início da vida adulta (Heilborn et al., 2006). Essa etapa é expressivamente marcada pelo gradual ganho de autonomia do jovem em relação à família, sendo os domínios da sexualidade, amizade e trabalho importantes mediadores desse processo.

Nesse sentido, nos opomos à compreensão de adolescência como 'fase de desenvolvimento biológico' ou período tipicamente marcado por 'crises', uma vez que pressupõe uma certa 'natureza' do adolescente e que, consequentemente, não considera ou relega a um plano distante dimensões relacionais, sociais, culturais e políticas (Paiva, 1996; Paiva et al., 2004; Heilborn et al., 2006).

Considerando-se a intersecção de experiências comuns entre gravidez e a realização de teste de HIV na adolescência, pretendemos, de modo análogo, oferecer uma análise sobre a testagem anti-HIV na juventude que exceda o 'problema social da saúde pública' (a exemplo de noções polarizadas sobre o indivíduo dever ou não ser testado) e seja circunscrita como um problema psicossocial, com ênfase nas experiências afetivo-sexuais e valores sobre sexualidade e condutas relacionados à saúde sexual. Retomando os aspectos abordados na Introdução, em que a literatura sobre prevenção ao HIV enfatiza o plano individual biológico-comportamental, a contribuição da noção de trajetória fortalece a dimensão

interacional em processo. Retomando o caráter do aprendizado da sexualidade e do gênero, a decodificação das cenas tende a ampliar a compreensão de como, no processo de socialização, rapazes e moças desenvolverão trajetórias sexuais distintas.

Na tradição dos estudos construcionistas sobre sexualidade é produtiva a utilização da noção de 'trajetória sexual' para circunscrever um *continuum* de experiências a partir de seus sentidos, significados e discursos. A trajetória, herdeira da noção de carreira, permite reconstituir, por exemplo, como na cena os *scripts* de gênero de meninos e meninas são aprendidos no plano da experiência individual.

> A trajetória condensa uma série de episódios e estados que caracterizam uma dada esfera da vida. Ela abriga os cenários e atores envolvidos em cada evento e relação que aludem à moldura social que enquadra o exercício da sexualidade. (...) A demonstração do caráter de socialização e de modelação cultural da sexualidade vem se antepor à noção, tão arraigada no senso comum e na própria tradição científica (biologia e psicanálise, por exemplo) de instinto ou de pulsão, ou seja, da sexualidade enquanto algo natural ou inato. (Heilborn et al., 2006; p. 38)

A socialização e a trajetória biográfica dos jovens produzem trajetórias sexuais diferentes em diferentes segmentos sociais que são relevantes tanto do ponto de vista da análise macro (sociocultural e das políticas públicas) como da análise micro (no plano da vida cotidiana, por exemplo, da vida sexual e da relação dos jovens com os serviços de saúde e programas de prevenção na escola). No intuito de não privilegiar hierarquicamente o nível micro ou macro de análise, mas de examiná-los a partir de sua inscrição nas relações sociais, posições de sujeito e subjetividades, a inspiração de Brah (2006) será preciosa na análise dos resultados. Brah propôs uma conceituação das diferenças (de gênero, por exemplo) como categoria analítica a partir de quatro eixos: o eixo da experiência, o da relação social, o da subjetividade e o da identidade. Para fins do presente estudo nos interessará especialmente o uso analítico da diferença como experiência e

como relação social (obtida por meio das narrativas das cenas e dos contrastes propostos nas mudanças nas cenas).

> A ‘diferença como experiência’ consiste em um processo de significação que é base para constituição daquilo que chamamos de realidade. Nesse sentido, é enfatizado o valor da experiência como uma prática de atribuição de sentido, tanto simbólica quanto narrativamente. A experiência é também considerada como lugar de formação de sujeito e esse processo implica em uma concepção de agência na qual ‘eu’ e ‘nós’ não são entidades fixas, mas modalidades de múltipla localidade, forjadas no cotidiano das práticas culturais e políticas (Brah, 2006, p. 360-1).

Para fins do presente trabalho, nos interessa investigar os significados que o teste de HIV podem assumir a partir do modo como os jovens atribuem sentidos aos diferentes encontros sexuais, por exemplo, em função do tipo de parceria, do cenário, das práticas sexuais, entre outros aspectos de sua trajetória sexual. Assim, a diferenciação da experiência sexual é um elemento chave para a compreensão do que é perceber-se exposto ao HIV e da saliência (ou não) da necessidade de se testar.

O outro recorte analítico da diferença – como relação social – refere-se à constituição e organização da diferença em relações sistemáticas por meio de discursos econômicos, culturais e políticos e práticas institucionais. A relação social mostra a articulação variável entre os regimes micro e macro de poder, em que as diferenciações de gênero, classe, racismo são instituídos como formações estruturadas (Brah, 2006).

No presente trabalho, nos interessa investigar como a produção de sentidos da experiência sexual dos jovens que levaria à procura pelo teste está atravessada pelas relações sociais de gênero, que estabelecem as normas de masculinidade e feminilidade, bem como as relações classe e raça. Outra relação social de particular interesse é a diferença entre adultos e jovens que pode expressar, por exemplo, assimetria de poder que comprometeria a relação de sigilo e confidencialidade no atendimento em serviços de saúde.

Podemos localizar tanto nas cenas sexuais como nas cenas programáticas (experiências nos serviços de saúde) a interação ou intersecção entre diferentes marcadores sociais da diferença (Brah, 2006).

> Relações sociais, então, são constituídas e operam em todos os lugares de uma formação social. Isso significa que, na prática, a experiência como relação social e como o cotidiano da experiência vivida não habitam espaços mutuamente exclusivos (...) a ideia de diferença como relação social pode não ser vista como privilegiando o 'estrutural' como centro de comando de uma formação social, em favor de uma perspectiva que põe em primeiro plano a articulação dos diferentes elementos. (Brah, 2006, p. 364-5)

Ressaltamos que nem sempre a diferença é um marcador de hierarquia e opressão. Entretanto, o espaço da cena sexual não é só o da intimidade, mas também articula a experiência estrutural e com o usufruto ou discriminação de direitos humanos, em última instância, na experiência com a autonomia, a liberdade e a dignidade.

Cada cena sexual pode ser analisada como um espaço onde os marcadores de gênero facilitam ou dificultam o autocuidado e a conduta sexual protegida. Do ponto de vista de um programa/serviço de prevenção, a atividade sexual de um jovem pode ser acolhida como uma possiblidade da vida de jovens no ensino médio ou uma impossibilidade que expressaria apenas a normatização da sexualidade hierarquizada como menos aceitável e problemática (menos livre e autônoma), marcadora da diferença opressora porque sem cuidado (e, eventualmente, vivida com menos dignidade). Neste caso, a diferença de gerações e de gênero, aprendida na experiência com as redes sociais, na família ao longo da trajetória de cada jovem, como veremos, pode ser interpretada como marcador da diferença, eventualmente produtor da desigualdade e da discriminação do direito à saúde.

O quadro dos direitos humanos, portanto, operado na análise de cada cena (Paiva, 2012) em sua abordagem multicultural e perspectiva emancipatória, nos ajuda a avaliar como a diferença pode resultar em desigualdade que, se discutidas sob este prisma, constituirá discriminação e

violação de direitos. Sobre a relação entre diferença e igualdade, Boaventura de Souza Santos (2003) afirma que:

'...temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades'. (Santos, 2003; p.56)

Assim, introduzimos o outro quadro de referência para a análise dos resultados deste estudo: os direitos humanos podem constituir um importante instrumento que auxilia na compreensão no modo como diferentes atores sociais interagem e respondem à necessidade de proteger o direito à saúde sexual dos jovens e, em contraste, a combater violações de direitos. Do ponto de vista programático, esse quadro contribui para a proposição de respostas que sejam reconhecidas no plano da cidadania, componham o cenário cultural que socializará os jovens em suas trajetórias.

A experiência de cada pessoa que é sujeito de direito não é individual, portanto, é relacional. A unidade de análise não é o indivíduo tomado como entidade biológico-comportamental, mas a pessoa em interação, a cena onde desenvolve os scripts aprendidos em sua trajetória afetivo-sexual e na relação com os serviços de saúde – interesse especial deste estudo. Como os jovens, a garota e o garoto, ao longo de sua socialização sexual marcada pela heteronormatividade e problematização de sua atividade sexual têm seus direitos protegidos ou violados na sua relação com programas de saúde?

Entendemos o quadro dos direitos humanos como necessariamente intersubjetivo também no plano individual, da pessoa, e não apenas no programático e estrutural: quando analisamos as cenas sexuais da experiência de cada jovem, podemos ver a expressão viva e concreta de sua relação com o que a sociedade na qual vive oferece em termos de proteção e promoção de direitos – como mulher, como homem, como homossexual, como negro, como pobre.

3.8.2 Abordagem em Saúde Baseada nos Direitos Humanos

Um segundo plano de análise foi pensar o teste anti-HIV na experiência, percepção e expectativa dos jovens informada pelos direitos humanos. As abordagens em saúde baseadas no quadro dos direitos humanos descrevem como a violação de direitos se traduz em maior vulnerabilidade ao adoecimento. (Ayres et al., 2012)

A relação entre o princípio da não-discriminação e sua relação com a saúde pode ser entendida como:

> qualquer discriminação no acesso ao cuidado em saúde e nos determinantes fundamentais em saúde, assim como meios e direitos a seu aprovisionamento com base em raça, cor da pele, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra, origem de país ou social, propriedade, nascimento, deficiência física ou mental, status de saúde (incluindo o status de HIV/Aids), orientação sexual, status civil, político ou social, que tenham o efeito de anular ou prejudicar a igualdade quanto à plena realização do exercício do direito à saúde. (Gruskin et al., 2007, p. 11)

Há diversos tipos de trabalhos em saúde e direitos humanos realizados por ONG internacionais, governos, sociedade civil e indivíduos, os quais incluem '*advocacy*', aplicação de padrões legais e implementação de programas. Nesse sentido, o ativismo desempenha um papel fundamental na medida em que enfatiza o "reconhecimento e exposição das obrigações dos governos, ação/inação que contribui para violações, acordos que lidam ou não com diferentes problemas e recomendação de soluções" (Gruskin et al., 2007).

O sentido estrito de aplicação de padrões legais em saúde e direitos humanos é "'utilizar normas e padrões que sejam internacionalmente aceitos e acordados no âmbito nacional, mecanismos de responsabilização nos sistemas de saúde e no trabalho de formuladores de política nacional, internacional, de saúde, econômico e de desenvolvimento" (Gruskin et al., 2007, p. 452).

Contudo, uma vez que o trabalho em saúde e direitos humanos abrange uma diversidade de atores, papéis diversos em diferentes níveis estruturais, essa abordagem vai além da esfera legal. Os componentes principais de abordagens em saúde baseada em direitos podem ser sintetizados em quatro aspectos centrais, a saber:

Examinar leis e políticas nos quais os programas são conduzidos;

Integrar sistematicamente princípios centrais dos direitos humanos, tais como participação, não-discriminação, transparência e *accountability* às respostas de políticas e programas;

Foco nos elementos centrais do direito à saúde – disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade (respeito da ética médica e culturalmente apropriado) e qualidade (apropriado do ponto de vista científico e médico e de boa qualidade) – ao definir padrões para provisão de serviços;

Garantir que os direitos humanos serão efetivamente parte do desenho, implementação, monitoramento e avaliação das políticas relativas à saúde nas esferas política, econômica e social.

Atenção especial deve ser dada às dimensões de acessibilidade que se sobrepõem: não-discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acessibilidade de informação (Gruskin et al., 2007).

Nosso enfoque foi analisar elementos do material empírico, especialmente as discussões dos grupos focais, relativos à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da provisão de informação sobre o teste e dos serviços que oferecem o teste.

4. RESULTADOS

4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES

Como se deve esperar de uma pesquisa qualitativa, nosso interesse foi dar conta da diversidade e alguma profundidade que os diferentes ‘tipos’ de trajetórias poderiam fornecer para ampliar nossa compreensão dos temas abordados nesta investigação. Entre as 19 jovens do sexo feminino, encontramos grande diversidade e profundidade nos relatos das experiências, mas várias repetições, havendo, portanto, saturação de informações. Entre os jovens do sexo masculino, em menor número no grupo estudado, encontramos semelhante diversidade e profundidade, mas sem a repetição observada nas entrevistas com as jovens. É possível que o menor número de jovens do sexo masculino expresse menor conforto ou disponibilidade para participar de pesquisas relacionadas à prevenção e sexualidade.

No total, foram realizadas 39 entrevistas individuais, sendo 27 jovens do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

Quanto à distribuição segundo região de São Paulo, oito participantes foram selecionados em Itaquera/Zona Leste (cinco elegíveis; três não elegíveis), 22 na Lapa/Zona Oeste (15 elegíveis; sete não elegíveis) e nove no Brás/Centro (seis elegíveis; três não elegíveis).

Considerando-se o critério de elegibilidade para análise, os dados produzidos a seguir correspondem aos 26 jovens que iniciaram a vida sexual. Entre os que iniciaram a vida sexual, 19 eram do sexo feminino e sete eram do sexo masculino.

4.1.1 Elementos de Caracterização Sociodemográfica

O Quadro 1 sintetiza alguns elementos de caracterização sociodemográfica – idade, cor da pele, religião, experiência profissional e região – e idade de início da vida sexual. Não identificamos diferenças nas

narrativas dos jovens relacionadas condições de vida ou mesmo sobre prevenção ao HIV e à Aids que pudessem ser atribuídas à região de moradia.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Codinome	Sexo	Idade (anos)	Cor da pele autorreferida	Religião	Idade na iniciação sexual (anos)	Região de São Paulo
Sonia	F	16	Morena clara	Batista	14	Leste
Priscila	F	16	Branca	Espírita	16	Oeste
Maria Julia	F	17	Branca	Evangélica	16	Leste
Andrea	F	17	Branca	Budista	14	Leste
Flávia	F	17	Branca	Rastafári	14	Oeste
Luana	F	17	Branca	Espírita	17	Oeste
Roberta	F	17	Branca	Espírita	15	Oeste
Renata	F	17	Branca	Não tem	16	Oeste
Bruna	F	17	Branca	Adventista	15	Oeste
Simone	F	17	Parda	Católica	16	Oeste
Michele	F	17	Indígena	Evangélica	17	Centro
Gabriela	F	17	Branca	Católica	16	Centro
Carlos	M	17	Parda	Budista	16	Leste
Alexandre	M	17	Branca	Católica	14	Oeste
Carla	F	18	Amarela	Não tem	17	Centro
Natália	F	18	Morena	Evangélica	17	Centro
Kelly	F	18	Amarela	Evangélica	15	Oeste
Claudia	F	18	Branca	Católica	17	Oeste
Clara	F	18	Parda	Testemunha de Jeová	16	Oeste
Kleber	M	18	Branca	Evangélica	15	Leste
João	M	18	Parda	Não tem	16	Oeste
Fabio	M	18	Preta	Católica	15	Oeste
Antônio	M	18	Negra e parda	Evangélica	16	Oeste
Elaine	F	19	Branca	Católica	13	Oeste
Lívia	F	19	Parda	Católica	15	Centro
Sandro	M	19	Branca	Não tem	16	Oeste

A idade dos participantes variou de 16 a 19 anos. Contudo, a maioria (21 jovens) tinha entre 17 e 18 anos. Quanto à proporção entre os sexos, a maior parte das jovens do sexo feminino tinha entre 17 (dez jovens) e 18 (cinco jovens) anos. Entre os jovens do sexo masculino, quatro tinham 18 anos de idade, dois tinham 17 e um 19 anos.

Quanto à cor da pele, a maior parte (14) dos jovens se auto referiram como brancos, cinco como pardos, dois amarelos, um preto e um indígena. Os dois demais participantes referiram sua cor da pele como morena clara, negra/parda.

No que se refere à religião, sete jovens se declararam católicos, sete evangélicos e três espíritas. Outras religiões citadas foram budista (dois jovens), adventista de sétimo dia (uma moça), testemunha de Jeová (uma moça) e rastafári (uma moça). Quatro jovens declararam não ter religião.

Todos os participantes relataram alguma experiência de trabalho, em caráter formal ou informal e com frequência regular ou eventual. No momento da entrevista, a maioria relatou estar trabalhando regularmente no comércio ou realizando estágio por meio de convênios do Centro de Integração Empresa Escola (Ciee) e, entre os que declaram trabalho informal ou eventual, cuidado doméstico de crianças e monitoria em buffets infantis foram as atividades mais frequentemente relatadas por jovens do sexo feminino. Entre os que faziam estágio, tal atividade não parecia ter sentido atribuído de formação ou de aprendizagem. Com efeito, o estágio parecia conveniente na medida em que era uma atividade remunerada em meio período para a qual os jovens teriam mais facilmente colocação se comparada à situação em que tivessem que procurar um emprego propriamente.

Quanto à remuneração obtida, a grande maioria relatou que a utilizava para custear as próprias despesas, sendo poucos os relatos de contribuição do trabalho do jovem para o orçamento familiar.

Quanto à convivência familiar, todos os jovens moravam com algum familiar: nove viviam com ambos os pais, oito moravam somente com a mãe, oito viviam com mãe e padrasto e dois com os avós. A maioria tinha irmãos.

Os espaços de sociabilidade para amizade, ‘ficar’ e namorar mais frequentemente relatados incluíram cinema, frequentar reuniões ou festas em casa de amigos e bares com música. Exceto em cinemas, pouco mais da metade dos jovens relataram consumir álcool e, com menor frequência, maconha, nessas situações.

4.1.2 Início da Vida Sexual

Há diferentes formas de caracterizar o início da vida sexual. É possível pensar em uma progressão de práticas com aumento gradativo de contato íntimo até o sexo com penetração como, por exemplo, do beijo, ao ‘amasso’, masturbação mútua e sexo oral. Entretanto, a primeira relação sexual tem sido o marcador do início da vida sexual mais utilizado nos estudos sobre sexualidade no campo da saúde coletiva, tanto em abordagens de investigação qualitativa como quantitativa.

Assim, adotamos a primeira relação sexual como início da trajetória sexual dos jovens. Tendo em vista que este também foi um critério de elegibilidade do estudo, consideramos que não haveria perda significativa da qualidade dos relatos sobre o início da vida sexual uma vez que nosso interesse era justamente tomar este momento como ponto de partida para o evento posterior, a procura pelo teste.

Embora o foco deste estudo não seja a compreensão densa e a exploração da adesão ou não ao preservativo como conduta preventiva esperada para a proteção dos jovens em tempos de aids e do planejamento da vida reprodutiva, o não-uso de camisinha interessa especialmente porque é ele que produz a cena sexual que expõe os jovens ao vírus HIV e deveria levar a busca do teste.

Quanto à idade da primeira relação sexual, a maioria (16) dos participantes tinha entre 15 e 16 anos. Quanto à proporção entre os sexos, seis jovens do sexo feminino tiveram a primeira relação aos 16 anos, cinco aos 17 anos, quatro aos 15, três aos 14 e uma jovem aos 13 anos. Entre os jovens do sexo masculino, quatro tiveram a primeira relação aos 16 anos,

dois aos 15 anos e um aos 14 anos (Quadro 1). Assim, no momento da participação no estudo, a maior parte das jovens do sexo feminino e os do sexo masculino tinham tido a primeira relação há, respectivamente, um ou dois anos no caso das meninas e três anos, no caso dos meninos.

Quanto ao início da vida sexual, como esperado, os relatos foram bastante diversificados entre jovens do sexo masculino e feminino.

No que se refere ao tipo de parceria, a maioria das moças teve sua primeira relação sexual com namorados ou em relacionamentos com envolvimento afetivo em relações consensuais. Uma garota relatou ter tido a primeira relação sexual sob coerção, e sem uso de preservativo.

Já os rapazes relataram ter iniciado a vida sexual em parcerias casuais e também durante o namoro. Observamos narrativas que mostram tanto a reiteração quanto à desconstrução da masculinidade hegemônica, normativa. Apresentamos a seguir a comparação de duas perspectivas radicalmente diferentes a respeito de 'como foi a primeira vez' de dois jovens que foram iniciados sexualmente com uma prostituta, ambos levados por um tio.

> Acho que foi com 14 anos. Eu fui num puteiro. [Risada.] Foi, assim, tinha os amigos do meu tio, né? Aí, um dia, tinha o amigo do meu tio ele falou assim pra mim que ia lá. (...) Aí, eu falei pro meu tio que eu queria ir. Aí, o meu tio falou: "Não vai falar nada pra ninguém, né?" Meu tio, da hora, né? Aí, nisso ele me deu dinheiro. Aí, foi eu dois amigos dele. Ele ficou, ele tava no bar, ele ficou no bar. Aí, a gente rodou a Lapa toda ali até achar um que eu pudesse entrar. A gente trocou ideia com o segurança, aí eu entrei. Aí eu... Aí, eu não pude, mas eu não pude escolher a menina, né? Que eu não podia ficar lá na sala, por causa que eu era menor de idade e tal. (...) Aí eu não pude ficar. Aí, escolheram a menina pra mim. Dois moleques escolheu pra mim.
> [Entrevistador] E, aí, foi legal pra você? Como foi essa experiência?
> Ah, foi legal, né? A mina profissional, né? [Entrevistador ri] A mina era, sabia o que fazia, né? Ela sabe o que faz então foi show, viu?
> [E] Você curtiu?
> Orra!' [Alexandre, 17 anos]

> [Entrevistador] Você lembra quando foi que você perdeu a sua virgindade?

> Eu me arrependo até hoje. Eu me arrependo. Porque o meu tio de Pernambuco, ele quis saber se eu era homem mesmo. Aí ele me levou, sabe? Com puta aí, sabe? Tinha 16 anos. Ah, não gostei muito não. Me levou pro motel. E você sobe a escada. Aí tem um, tipo um quarto lá com a TV. Era três homens pra uma mina só. Uma mulher só.
> [E] E porque que você se arrepende disso?
> Ah, porque não foi com a pessoa certa (...) Tipo assim, se aparecer uma mulher aqui agora eu faço uma coisa. Mas assim, mas deveria ser melhor, não é? Com uma namorada, com uma mina de família, entendeu? [Antônio, 18 anos]

De forma geral, a própria definição do que é 'transar' expressa diferença entre moças e rapazes no que se refere à presença de envolvimento afetivo em um ato sexual, conforme ilustrado nas respostas à pergunta 'O que é transar pra você?'.

> Pra mim foi uma coisa muito, é uma coisa muito íntima. Pra mim é muito íntimo. Tem que ser com uma pessoa que você confie, com uma pessoa que você goste. Cê tá ali pra ali pra se dar. Entendeu? Dar um pouco mais de você pra outra pessoa. É, retribuir, é uma, é uma troca, pra mim é uma troca de, de amor, é. Assim, você tá passando uma energia pra pessoa e ela passando outra pra você, tá retribuindo aquilo pra você. [Maria Julia, 17 anos]

> Ah, essa é pergunta difícil. É uma pergunta muito difícil. É uma relação a mais, né? Porque quando você fica, você só beija, você conversa. Aí, quando você tem a relação sexual você tem mais intimidade ainda com a pessoa. É intimidade. Pode-se dizer. E você tem que ter um carinho pela pessoa. Se você não tiver carinho, você não consegue. Eu, pelo menos, sou assim, eu não consigo. [Luana, 17 anos]

> Bom, transar, a palavra transar pra mim é um ato sexual. É um ato sexual. É diferente você transar com uma pessoa normal e você transar com uma pessoa que você gosta. Transar, tipo... Ah, que nem eu tava na casa da mina a gente transou e tal. A outra, que eu conhecia há mó tempo, a gente transou também. Só que foi algo que aconteceu tipo, to nem aí. Tipo, transou, tipo, ficou. É um ato sexual. Você num, você não tá pensando em algo a mais. Diferente de com uma pessoa que você gosta. Que você vai e, tipo, você fica. Então tem gente que fala que não. Que fala que não, tipo: "Ah, não é melhor." Eu acho. A única vez que eu fui com a menina que eu gostava, foi bem diferente. Fiz outras coisas que eu não fiz com elas. Que você é outra pessoa quando você gosta de uma pessoa. Então, pra mim, é diferente ato sexual e vamos, vamos falar, fazer amor. É diferente. Ato sexual pra mim é você

> chegar e: “Vamos ficar?" Ficou e depois vai embora. [Sandro, 19 anos]

As falas de duas moças frequentadoras de igrejas neopentecostais mostraram que o início da vida sexual também foi marcado por conflito entre as normas de conduta de sua religião de interdição para o sexo e o desejo de viver a sexualidade, conforme ilustrado a seguir:

> [Entrevistadora] Pra sua religião, é um conflito? Existe alguma regra, alguma norma, de que não poderia ter?
> Não pode ter relação sexual antes do casamento.
> [E] Como é que é isso pra você? É uma coisa que chega a ser um conflito?
> No começo, quando eu queria, né, que eu decidi que eu queria perder minha virgindade, que eu queria fazer sexo, foi muito, foi uma coisa dentro de mim que, meu Deus do céu, eu não conseguia nem me entender. Por que, assim, de um lado tinha a religião. Eu gosto de ir pra igreja, eu gosto ir, eu gosto, adoro estar na igreja, mas, ao mesmo tempo, é tá ali, vamos supor, é um pecado. Entendeu? Só que aí eu pensei que eu também tenho que pensar um pouco em mim, no que eu quero, naquilo que eu quero. Então, aí eu falei assim: “Poxa, se não for com ele, vai acontecer com, vai acabar acontecendo com outro, com o próximo namorado, também.”, e ali eu fui me deixando indo, indo. Até que foi. [Maria Julia, 17 anos]

Quanto à orientação sexual, tema central na socialização para o masculino e feminino ainda centralmente heteronormativa e tema relevante da maior parte dos discursos religiosos, um jovem declarou-se homossexual, duas moças declararam-se como lésbicas e afirmaram manter relações afetivo-sexuais com homens e mulheres. Para esses três participantes, a trajetória de revelação para a família da homossexualidade ou de relações afetivo-sexuais com pessoas do mesmo sexo teve duração de anos e foi marcada por conflitos, silenciamento e experiências de processos de estigmatização, como exemplifica a fala de Flávia a seguir:

> Minha mãe ouviu isso, entendeu? Ela ouviu. Meu, foi um choque. Eu namorava uma outra menina. E nossa! E era, sabe paixão, assim, que cê fica louca, tal? E, aí, acabou tendo uma briga e ela, minha mãe ouviu, que eu, eu falando que eu namorava essa menina. E, aí, minha mãe ficou louca assim. Nossa, surtou, sabe?

> Tipo, nossa, ela chorava. A gente conversando e ela não entendia, entendeu? (...) Eu tinha 15 anos. (...) Por isso que eu falo que hoje ela sabe. Porque ela não esquece, entendeu? [Flávia, 17 anos]

4.1.3 A Sexualidade e a Conduta Preventiva no Cenário Cultural dos Jovens

Como a Aids e a prevenção aparecem nas falas dos jovens?

A Aids não é tão distante e parece ser parte do cenário dos participantes do estudo. Em relação a conhecer ou conviver com pessoas com HIV ou Aids, aproximadamente metade dos jovens entrevistados conheciam alguém, mais frequentemente vizinhos ou moradores do bairro. Especificamente entre os jovens da escola na Zona Oeste, grande parte relatou conhecer o pai de uma colega que tinha se infectado com HIV quando esteve preso. Outros jovens relataram ter algum familiar com HIV, a exemplo de uma jovem cujo pai havia falecido há cinco anos e outra jovem cujo tio também havia falecido em decorrência da Aids.

> Então, o meu pai, ele teve [Aids]. Eu tinha dois anos e meio, quando, quando ele pegou, né? E aí eu, na 5ª série mesmo, que eu, que a minha mãe me falou. Porque eu não sabia de nada, até então. Uma vez ela me falou: "Olha, tal, o seu pai tem isso." Aí eu falei: "Oh, mãe, eu sei o que é. Eu estudo lá na escola, tal." Aí a gente começou a conversar, as duas choramos horrores (...) E a partir daí eu fiquei mais assim, né, ajudava a minha mãe a cuidar dele. Assim ele era, não, ele tava muito bem assim. Você não dava nada entendeu? Você não falava nada. Tava ótimo. Só tomando os remédios, todos os dias, aquela coisa, né? Isso lembra até de alguns lances, (...) Tinha as convulsões, né? Os ataques epiléticos assim, ele tinha bastante. Ele tinha, era até preocupante assim, porque a dele era bem forte. (...) Aí, ele faleceu quando eu tinha, quando eu estava fazendo 12 anos. No dia, eu tava fazendo 12 anos. O meu aniversário é uma bosta pra mim, sempre, todos os anos. [Flavia, 17 anos]

Alguns jovens, como outros estudos têm indicado, relataram que o uso de preservativo era bastante frequente no início dos relacionamentos, mas tendia a diminuir ou desaparecer conforme aumenta o tempo de

relacionamento estável com o parceiro. Foram frequentes os relatos entre os que possuem parceria heterossexual de que evitar a gravidez consistia na única medida de prevenção adotada nas relações sexuais, sendo o uso da pílula anticoncepcional e coito interrompido as principais práticas adotadas. Por outro lado, um jovem gay relatou uso consistente de preservativo. As duas jovens lésbicas referiram ter utilizado preservativo somente em relações sexuais com rapazes e nunca ter adotado qualquer prática de proteção contra DST em relações sexuais com mulheres por desconhecerem a possibilidade de infecção.

Ter feito uso da contracepção de emergência (a pílula do dia seguinte) foi referido por mais da metade das jovens, tanto em encontros de sexo casual como no namoro.

Mesmo abandonando o uso do preservativo, ou usando-o de modo inconsistente, nenhum jovem participante fez o teste de HIV por busca espontânea.

Dois jovens do sexo masculino e uma do sexo feminino realizaram teste de HIV. Um jovem do sexo masculino e outra do feminino realizaram o teste por indicação médica (em contextos de consulta médica e como parte de exame pré-operatório) e outro jovem foi testado na infância quando morava em abrigo.

Contudo, embora nenhum jovem participante tenha buscado espontaneamente pelo teste, duas jovens do sexo feminino e um jovem gay relataram que seus namorados haviam feito teste de HIV, o que indica que o teste está no cenário de sua vida cotidiana, mesmo sem ser considerado pelos programas de prevenção junto aos jovens escolares.

4.1.4 Uso de Serviços de Saúde

O acesso ao teste não pode ser interpretado como falta de acesso a serviços de saúde: a maior parte dos jovens era usuária de serviços públicos de saúde; somente quatro possuíam plano de saúde como dependente de algum familiar.

Especificamente com relação a consultas ginecológicas, algumas jovens relataram desconhecimento sobre o direito à confidencialidade e sigilo nas consultas médicas e outras, embora soubessem desse direito, afirmaram desconfiar se, de fato, profissionais de saúde manteriam tal sigilo em situações de pressão familiar para acompanhar as jovens nas consultas.

> [Entrevistadora] Essa vergonha que cê tava falando de ir no gineco, como que é, assim? Cê imagina algum tratamento que num vai ser legal? Que a pessoa não vai te tratar legal? O que que é?
> O que falam pra mim, assim. Eu procuro nem saber muito quando eu vejo que vai doer. Assim, eu sei que vou fazer o papanicolau. Tá. Como que faz? Não sei isso. O jeito que eu vou ficar. Como é que eu vou contar, as perguntas que vão fazer. E, assim, é difícil a gente chegar e contar um monte de coisa que, né? Pra uma pessoa que não é da intimidade. Eles perguntam "Cê é virgem? Você não sei o que? Você...? Quando foi sua última relação sexual? Não sei o que!" Essas coisas. "Se preveniu?". E eu não confio a ponto de contar e depois a família querer saber e contar, entendeu? Não sei se o profissional vai ter essa ética só de paciente e profissional.
> [E] Mas você sabe que o profissional, só pra entender melhor, mas você sabe que você, por exemplo, tem direito a privacidade de consulta? Você já ouviu?
> Ah, eu sei que eu tenho, mas acho... Não sei. Não confio. Então não tenho certeza, né? Porque família chega, pressiona e tem que falar. "Não ela não sabe o que tá falando, quero saber." Acho, assim, quando for quero ir escondida, sem ninguém saber. Eu já fiz 18 anos, já posso ir sozinha. [Cristiane, 18 anos]

Outras moças referiram constrangimento em consultas ginecológicas em que a mãe ou a avó estavam presentes, não sendo possível 'falar a verdade' ao médico, bem como esclarecer dúvidas. Em uma situação mais extrema, Lívia referiu ter sido levada pela mãe aos 17 anos para provar que era virgem, conforme ilustrado na fala a seguir:

> Só fui uma vez [referindo-se ao ginecologista], com 17 anos. Fui porque minha mãe **ficou** desconfiando de eu não ser mais virgem... Aí eu tive que ir e fiquei morrendo de medo. [Lívia, 19 anos]

Michele, inclusive, referiu que já presenciou adolescentes do sexo feminino tendo atendimento recusado pelo profissional no posto de saúde em razão de serem menores de idade.

> Uma vez eu tava assim sentadinha lá, né? Querendo marcar consulta, só que era pra minha irmã, ela não podia sair. Então tinham duas meninas na frente que tavam marcando, queriam marcar ginecologista. Só que a mulher do posto disse pra elas “Não!" Elas tinham 15 anos, "Só pode maior de 18. Vocês ainda são menores. Aí, tem que vir com a mãe." Eu falei "Ih, vou ter que vir a com a minha mãe..." [Michele, 17 anos]

Ainda no que se refere às consultas ginecológicas é emblemática a narrativa de uma jovem que, embora mantivesse relações sexuais sem preservativo, disse nunca ter pensado em fazer o teste de HIV por não ter sido aconselhada a fazê-lo, particularmente durante uma consulta com a ginecologista:

> Eu nunca fiz, porque nunca tive vontade de fazer. Nunca me aconselharam, falaram: "Ó, antes de tudo, vamos fazer porque é assim." No médico, né? Quando eu fui no ginecologista, ela podia ter dito assim: "Ó, quando você tiver, vamos supor, cê tá namorando agora..." Eu tinha começado fazia uns três meses, só, a namorar, né? Ficar com o meu namorado. Ela podia ter dito alguma coisa, me aconselhado, falado: "Ó, daqui um tempo, é melhor você fazer, porque por mais que tenha prevenção e tal, não é tão difícil." Podia indicar. "Não é tão difícil, você pode ir num posto, você pode ir no hospital e tal." Podia ter informado. [Gabriela. 17 anos]

4.1.5 Sobre situações em que pessoas procuram pelo teste de HIV

Quando indagados sobre em que situações alguém procuraria o teste, grande parte dos jovens referiu que seriam pessoas que estariam muito doentes, com presença de sintomas e aparentando magreza, expressando o imaginário do estereótipo do ‘aidético’, imagem fortemente característica da epidemia de Aids nos anos 1980 e 1990.

> Ah, vendo alterações no corpo, né? Magreza. Se ficasse magro. E falta de apetite, eu acho que dá também. Acho que quando vê que a coisa tá feia. Assim, quando vê que tá se acabando. Assim, morrendo perto. Quando tá muito doente mesmo. [Lívia, 19 anos]

Igualmente frequentes foram os relatos de que pessoas que tiveram relações sexuais com muitos parceiros e sem uso de preservativo seriam aquelas que procurariam o teste. Seriam pessoas que desconfiaram de uma 'transa sem camisinha', geralmente em contexto de sexo casual com alguém desconhecido, alguém com quem ficaram na balada e sexo depois de ter consumido álcool.

> Hum, eu acho que vai muito, também, por desconfiança. Transou sem camisinha com uma pessoa que nem conhecia, sabe? Um desconhecido. [Roberta, 17 anos]

> Por exemplo, hoje em dia você sair com uma pessoa que você não conhece. Em balada, por exemplo. "Aí, saí, tava bêbada, animada e fui, fiquei com uma pessoa e ela não me pareceu, por exemplo, doente. Ah, eu acho que mais nessa dúvida de tipo: "Poxa! Saí, fiquei com três caras, transei com três caras sem camisinha... Não conheço a pessoa, não sei se ela tem ou não tem qualquer tipo de doença, então... [Andrea, 17 anos]

Outras situações imaginadas como arriscadas foram relações sexuais em contextos de prostituição entre uma garota de programa e um homem casado, ou na prisão, que poderiam levar a busca pelo teste.

Alguns participantes referiram que situações de uso de droga injetável e acidentes com objetos perfuro cortantes também levariam à procura pelo teste.

Ao mesmo tempo, quando indagados especificamente sobre as situações em que os jovens procurariam pelo teste, a presença de sintomas e, especialmente, relações de sexo casual desprotegidas também foram mencionadas.

Entretanto, chamou a atenção o fato de que diversos participantes foram bastante contundentes ao afirmar que os jovens não procuram ou nunca procurariam o teste porque 'não estão nem aí com nada', não são

responsáveis ou não acreditam que algo indesejável pode acontecer a eles, são “despreocupados”.

> ‘Nossa! As pessoas da minha idade? As pessoas da minha idade, principalmente, não quer nada com nada, né? Então... Não sei. Eu acho uma pessoa da minha idade não procura [referindo-se ao teste].’ [Elaine, 19 anos]

> ‘Da minha idade não sei, porque acho que eles não procurariam. Principalmente pros meninos. Porque são todos irresponsáveis.’ [Carla, 18 anos]

> ‘Na minha faixa etária, não [referindo-se à procura pelo teste]. Não, porque tem muitos jovens que hoje em dia não tão nem aí com nada. Não estou generalizando. Mas uma boa parte, não tá nem aí com nada. O cara sai com qualquer uma, fode qualquer uma por aí e: “Aí comi essa aí ó. Essa aí eu comi já." E aí não se preocupa com nada. E aí o cara vai ser pai com 16 anos, o cara acha bonito. Pelo amor de Deus. Conheço moleque de 14 anos que já é pai.’ [Fábio, 18 anos]

Alguns jovens enfatizaram essa percepção de ‘irresponsabilidade’, acrescentando que somente a presença de sintomas físicos poderia fazer com que se preocupassem em procurar um médico que, por sua vez, solicitaria exames.

> Porque assim na minha idade, assim, o que eu convivo... Nenhuma! [referindo-se a situações em que procurariam o teste] De jeito, de maneira alguma eles iriam. Não iriam. Porque, assim, pra eles nada acontece com eles. Com os outros, sim, mas com eles, não. E, tipo, eles agora tão na fase de curtir, de ficar. Então eles acham que no meio deles nunca vai ter uma pessoa contaminada. Isso é nítido. Isso não precisa nem perguntar, tá escrito assim. Eu penso assim, quando eu saio com as minhas amigas da rua, tipo, elas ficam com vários caras e eu fico "Meu, e se tiver alguma doença?" Se ele tiver uma doença que... Herpes, por exemplo, pode transmitir no beijo. E, aí? E você não sabe, sabe? É isso que eu acho que eles não procurariam. Acho que eles não teriam esse interesse. De saber. Acho que mais pra frente. Se começasse a se sentir mal. Só com sintomas iam procurar o médico, o médico ia pedir exames e... Só assim. [Claudia, 18 anos]

Nesse sentido, alguns jovens enfatizaram que a preocupação decorrente do sexo sem proteção é a gravidez e não DST, conforme ilustrado no relato de uma jovem de 17 anos.

> Quando acontece isso aí, de a pessoa transar com uma pessoa e a camisinha estourar. Aí, a pessoa pode ficar com medo e vai fazer um teste de gravidez, acaba fazendo um teste assim, também. Eu acho que meninas já pensa primeiro em gravidez, né? Aí já vai fazer e vai ver se tá grávida. Aí não pensa que pode ter uma doença. [Bruna, 17 anos]

Uma jovem também acrescentou a procura pelo teste seria possível caso o parceiro sexual dissesse que deveria fazê-lo.

De modo geral, as percepções relatadas parecem mostrar que acreditam em um certo 'perfil' de pessoas que procuram pelo teste de HIV – muito doentes ou que se arriscaram no sexo – e a reiteração de que a ausência de procura pelo teste entre jovens é expressão da irresponsabilidade típica do jovem. Essas são expressões típicas da construção simbólica tanto da categoria "jovem" como dos simbolismos da Aids do início da epidemia.

É interessante notar que, embora muitos tenham relatado que deixam de usar preservativo no decorrer do namoro, nenhum jovem referiu a procura pelo teste no contexto do início de um relacionamento afetivo-sexual mais estável.

4.1.6 Sobre Facilitadores e Barreiras para os Jovens Procurarem o Teste de HIV

A partir da descrição dos contextos em que os jovens procurariam o teste, os participantes foram questionados especificamente sobre quais seriam facilitadores e barreiras para um jovem que buscasse o teste de HIV.

Entre os facilitadores, foram frequentes as falas de que os jovens precisariam de um certo 'incentivo' para procurar o teste. Nesse sentido, informações sobre prevenção ao HIV difundidas principalmente na escola

(por meio de trabalhos, palestras e participação em projetos), entre amigos e na internet foram identificadas como importantes para que o jovem considere fazer o teste. Ainda, campanhas de testagem que tenham uma linguagem mais assertiva com os jovens também foram mencionadas.

Ter um amigo que acompanhe ao serviço de saúde para fazer o teste, assim como um rápido atendimento no serviço também foram identificados como elementos que ajudariam que os jovens procurassem o teste.

> E o que facilita é, tipo, conversar com seus colegas mesmo. Tipo, realmente tentar expor o que você vai fazer. Porque, bom pelo menos no meu caso, quanto mais eu guardo pra mim, mais eu tenho medo de fazer as coisas. É sério. Não sei por quê. Tipo, quanto mais eu guardo, mais eu não faço. Se eu tipo: "Ah, vou fazer isso, isso, aquilo." Decidido. Aí, eu comento com meu melhor colega, meu melhor amigo, que é o Bruno, tal. Ele é da minha sala, tal. Comento: "Ah, Bruno, tô pensando em fazer isso, isso, isso." Aí, ele pega e fala: "Meu, vai nessa." Tipo: "Vai. Faz." Aí, eu vou lá e faço. Tipo, porque é um apoio, sabe? Tipo, você já queria fazer, mas você fica meio, um pouquinho assim e alguém vai lá e fala, tipo: "Não. Você tá certo. Faz." Aí, então, você vai. No meu caso pelo menos. No meu caso, acho que o apoio é fundamental. Tanto uma conversa com alguém ou então, tipo: "Ah, faz isso. Faz aquilo." Tipo "Tenta fazer. Vai lá. Experimenta nunca se sabe." Tipo, essas coisas.' [João, 18 anos]

Uma jovem também referiu que o incentivo ou a dúvida do parceiro quanto à própria sorologia para o HIV também pode estimular que o jovem busque o teste.

No que se refere às barreiras para procurar o teste, o medo de descobrir que tem HIV foi bastante frequente nas narrativas dos jovens, especialmente pela dificuldade de viver com uma doença que não tem cura e apresenta várias restrições na vida, especialmente em relacionamentos afetivo-sexuais e potencial preconceito que o jovem viveria.

> Mesmo que a gente não tenha muita informação a respeito disso, é uma coisa que todo mundo tem um medo, uma coisa muito, uma barreira muito grande. "Poxa, se eu tiver e eu posso morrer e não tem cura e..." sabe? "Se fizer uma relação, não posso mais ter relação sem preservativo que eu vou passar pra aquela pessoa." É, então, e acaba que a pessoa tendo essa barreira muito grande

> [referindo-se à procura pelo teste]. Uma das coisas que atrapalha é a própria consciência. Tá com medo de que vai dar positivo. Dificulta muito. Pode ser que ela não faça. [Andrea, 17 anos]

Igualmente frequente nas narrativas dos jovens foi o sentimento de vergonha como obstáculo para procurar o teste em diferentes circunstâncias. Uma dessas situações ocorreria no serviço de saúde, seja no momento da solicitação do teste por uma moça, em que ela informaria sobre suas práticas sexuais, ou em uma consulta, na qual um rapaz precisaria expor sua genitália ao médico.

> Olha, é a vergonha de falar pro profissional. O que fez, o que não fez. Porque às vezes, vamos supor, a pessoa vai lá e faz o anal. Aí, pra você contar isso pra pessoa deve dar uma vergonha, né? [Clara, 18 anos]

> De repente, a vergonha de mostrar a parte íntima pro médico ou pra médica. Porque muitas vezes tendo aids... Pode ser que, que o médico pede pra, pra poder olhar lá. Pra ver se não tem ferida... Nenhuma, tal. Numa consulta. Normal. Pra fazer o teste, a vergonha assim. (...) Eu tenho [referindo-se à vergonha]. Eu tenho, cara. Sério mesmo. Eu tenho. Pode ser médico homem, pode ser mulher, eu tenho vergonha. Não adianta. Eu já fiz uma cirurgia, tal, e o cara tinha que olhar, tinha que pegar lá... [Fábio, 18 anos]

Outras situações em que os jovens sentiriam vergonha seriam no contexto familiar, pois não gostariam de expor sua vida íntima aos pais ou até mesmo seriam repreendidos moralmente por estarem fazendo o teste, conforme ilustrado nas falas a seguir:

> Eu acho que dificultaria, tipo, inventar uma desculpa pra mãe. “Por que você tá indo no médico? Fazer teste do quê?" Sei lá, inventar uma desculpa pra mãe. Ah e acho que às vezes a vergonha de você se expor a fazer um teste de HIV. Num hospital, mesmo que você não conheça, nunca tenha visto os médicos de lá. [Simone, 17 anos]

> A questão da família. Ah, vou dar um exemplo: "Ah, eu tive cinco filhos e nenhum desses filhos teve o que você tem [referindo-se a fazer o teste], tá tendo, tá passando por agora. Isso é uma vergonha pra mim." Eu acho que é isso. [Lívia, 19 anos]

Ainda, para alguns participantes, haveria também uma percepção de que, de algum modo, os vizinhos tomam conhecimento de que o jovem está fazendo o teste e passam a fazer suposições de que o jovem e sua família têm Aids, resultando em algum tipo de afastamento.

> É a questão da, dos vizinhos, a vergonha, né? “Ah, o filho daquela mulher tem aids. Não fala com ela". Questão de, por causa de uns complicar os outros, né? Se ele [referindo-se a um jovem qualquer] for procurar um teste, os vizinhos vão saber que ele tá indo... E aí já vão falar que ele tem aids. Eles vão falar que ele tem aids e, por conta dele ter aids, a família toda tem também. [Lívia, 19 anos]

Assim como foram identificados como uma importante ajuda, os amigos também foram reconhecidos pelos jovens como potencial fonte de preconceito caso soubessem que estariam procurando pelo teste de HIV, sendo responsáveis por disseminar boatos, conforme ilustrado a seguir no relato de um rapaz.

> E agora o que não facilitaria... O preconceito, cara. Porque tem gente que, tipo, se o cara, se o cara conta pra um amigo dele hoje em dia que o cara tá indo fazer o teste de HIV. O amigo dele já sai espalhando pra todo mundo que o cara tá com Aids. E aí pega a fama. Aí “Cê tem aids. Você tem aids." Pô. [Fábio, 18 anos]

4.1.7 Sobre as Atividades de Prevenção às DST/HIV na Escola

Os jovens conseguem avaliar a qualidade da educação em sexualidade e prevenção ao HIV em sua trajetória escolar. Nesse subitem, utilizamos as narrativas produzidas nas discussões dos grupos focais.

Quanto às estratégias, via de regra, os jovens afirmaram que sempre tiveram acesso às informações sobre prevenção com palestras ou aulas expositivas, com técnicos convidados ou professores com quem não tinham uma relação de confiança para esclarecer dúvidas e raras oportunidades de participação na produção de tais atividades.

No que se refere à diversidade sexual, os jovens foram enfáticos ao afirmarem que a homossexualidade não é discutida na escola (e, portanto, nem nas ações de prevenção), pois professores e alunos não estariam preparados para lidar com tabus sobre sexualidade.

Como consequência, casais de jovens do mesmo sexo na escola são passíveis de preconceito por parte de alunos e professores. Mesmo na escola na Zona Oeste onde havia alguma tolerância quanto ao namoro de casais de meninas, os jovens relataram que essa tolerância era também acompanhada de forma controversa e tensa entre alunos e professores. Por outro lado, os jovens foram unânimes ao afirmar que a presença pública de casais de rapazes na escola seria 'impossível' uma vez que o preconceito teria proporções muito mais negativas.

Os jovens também ilustraram essa 'falta de preparo da sociedade' para lidar com a homossexualidade com o veto do governo da distribuição do kit anti-homofobia e o modo como a heterossexualidade é presumida como a única sexualidade nos trabalhos de prevenção na escola, conforme a narrativa de uma jovem:

> Acho que aí já entra a questão do preconceito de novo. A sociedade, em si, ao está preparada pra isso. Tanto que o kit, ele foi barrado. Era uma explicação, uma coisa mais a fundo. O professor não vem com a aula dele pronta pra chegar ali na sala e explicar esses tipos de relações. É imposto que você tem que aprender como o homem se previne pra ter relações com uma mulher. É imposto que homem e mulher é uma coisa normal. Agora, homem com homem não é normal. Mulher com mulher não é normal. Então fica focado só naquela questão de homem e mulher a prevenção é assim. Homem com homem e mulher com mulher nunca é discutido, nunca é exposto, nunca as pessoas abrem debate pra essa questão e vai ficando assim...

Adicionalmente, conhecer uma Organização Não Governamental que trabalha com Aids e realizar atividades fora da escola foram indicados como maneiras mais 'reais' de conhecer a Aids e a prevenção ao HIV. Relatam também que gostariam que suas famílias fossem envolvidas em atividades de prevenção, pois consideram que muito do 'conservadorismo' e

‘superficialidade’ da escola ao abordar a prevenção ao HIV deve-se ao medo dos educadores sobre as possíveis reações dos pais de alunos como, por exemplo, ao abordar relações sexuais entre dois garotos ou a percepção de que falar sobre sexo estimularia os jovens a terem mais relações sexuais, conforme ilustrado na fala de um rapaz a seguir:

> Eles [referindo-se aos professores] estão mais fechados. Eles têm medo, acho, de chegar e contar. Medo por antigamente eles terem o ensino diferente e pelos pais, também, de como eles vão reagir. Os pais podem achar ruim, que estão incentivando, que não é apropriado para idade da criança. É capaz de julgar a escola, sendo que a escola tem que ensinar. Eu acho que esse conservadorismo na escola acaba prejudicando. Torna as ideias um pouco fechadas.

Ainda, jovens relataram que o tema da prevenção é abordado de modo esporádico, indicando a importância de que as ações de prevenção sejam graduais e constantes no decorrer do ensino fundamental e médio.

Do ponto de vista de ter informações corretas sobre as formas de infecção pelo HIV, a grande maioria dos jovens referiu a infecção por relações sexuais, pelo uso de drogas e por contato com sangue. Entretanto, também observamos nas falas dos jovens informações incorretas sobre infecção e o teste de HIV como, por exemplo, desconhecimento sobre a possibilidade de infecção em relações homossexuais, conforme ilustrado na fala de uma moça:

> Eu nem sabia que dois homens podiam pegar Aids. Achei que era só homem com mulher (...) Fiquei sabendo agora.

Considerando-se essa descrição panorâmica de quem são os participantes do estudo, apresentamos a seguir a análise dos resultados dividida em três partes: 4.2) As cenas sexuais que levariam à procura pelo teste, 4.3) Cenas de realização do teste anti-HIV e 4.4) Os direitos humanos estão implicados na decisão de realizar o teste de HIV.

4.2 AS CENAS SEXUAIS QUE LEVARIAM AO TESTE

Nesse capítulo, realizaremos uma análise dos encontros sexuais que levariam os jovens a procurar o teste de HIV. As cenas de tais encontros sexuais foram produzidas a partir de um processo de recordação e atualização de suas experiências sexuais por meio da imaginação ativa.

Organizamos a seguir esse percurso a partir de uma descrição mais geral sobre os encontros sexuais que levariam à procura pelo teste de HIV. Depois, apresentaremos seis trajetórias sexuais para o teste que pudemos atribuir a partir das narrativas de 13 jovens, seguidas pelos contrastes utilizados nas cenas sexuais que mostravam mais claramente a interação com cenário cultural. Por fim, após tais encontros ou trajetórias, analisamos como o jovem teria sua atenção dirigida para procurar pelo teste de HIV.

Apresentamos no Quadro 2 as características de início da vida sexual (idade do jovem, tipo de parceria e prevenção de DST ou gravidez na primeira relação sexual) e da cena do encontro sexual que levaria o jovem a procurar pelo teste.

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Sonia, 16 anos	Aos 14 anos em uma balada. Estava muito bêbada e ficou com um rapaz. Arrependeu-se logo que foi tocada em regiões intimas, mas não conseguiu dizer nada. Usou camisinha, a pedido e dada por ela. Nunca mais transou. Namora há dois anos e não mantém relações sexuais porque seguem a norma da igreja de se guardarem até o casamento.	A mesma e única relação da qual se arrependeu, caso não tivesse usado camisinha.
Priscila, 16 anos	Aos 16 anos com o namorado de 20 anos. Usaram camisinha. Sentiu muita dor e, por esta razão, não quis ter relação sexual novamente.	Transou pela segunda vez com o namorado sem camisinha e tomou pílula do dia seguinte. Depois de um tempo, o namorado conta que acabou de descobrir que tem HIV. Contraste na cena sexual <u>Idade: parceiro mais velho</u>: ficaria bem mais preocupada em fazer o teste porque o parceiro é mais experiente.
Luana, 17 anos	Aos 17 anos teve sexo casual com o amigo de um irmão. Ambos haviam bebido e o rapaz deu 'doce' para ela tomar pela primeira vez. Ela não gostou de como aconteceu porque o rapaz dizia que gostava dela, mas percebeu que ele queria somente sexo. Utilizaram camisinha. Namora atualmente com outro rapaz e utilizam preservativo em todas as relações sexuais.	Encontro de sexo casual com um colega de trabalho de 20 anos. Saíram pela primeira vez para jantar e depois pararam o carro em uma rua escura de madrugada. Transaram no carro durou 20 minutos: 'Dentro do carro e barulho dos carros passando, tudo escuro. E cheiro de suor... Rola atração, nada de sentimento. Não falaram em usar camisinha porque sabiam que ele iria gozar fora. A jovem vai pensar em HIV após 2 meses, somente quando tiver sintomas. Contrastes na cena sexual <u>Idade: parceiro mais velho</u>: não se preocuparia com HIV porque 'cara mais vivido vai usar camisinha'. <u>Parceiro é namorado</u>: não vai pensar em HIV porque há relação de confiança. Encontro sexual foi no motel: não pensaria em HIV porque teriam utilizado a camisinha do motel.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Maria Julia, 17 anos	Aos 16 anos com o primeiro e atual namorado da mesma igreja. Viveu forte muito conflito entre seu desejo e os valores da religião. Usou camisinha nas duas primeiras relações sexuais com o namorado atual, seu único parceiro. Namorado fez teste de HIV.	Conheceu um cara da balada com quem começou a sair há um mês. Foram jantar e ela bebeu bem mais do que ele. Tiveram uma 'rapidinha' no carro, estacionado na rua. Sente muita atração, desejo. Não deu tempo e ela não deixou o rapaz pegar a camisinha porque essa demora ia atrapalhar a 'emoção'. A dúvida quanto ao HIV surge depois que acaba o relacionamento.
Andrea, 17 anos	Aos 14 anos com o primeiro namorado de 19 anos. Sempre usavam camisinha até a jovem começar a tomar pílula há dois anos. Como evitam gravidez, não usam mais camisinha. Namora há quatro anos e nunca teve outro parceiro sexual.	Transou num motel 'ruim e sujo' com o namorado. Ambos tinham bebido e transaram no colchão que estava sujo de sangue de uma mulher que havia menstruado. Fizeram sexo oral/anal e não conseguia lembrar muito do que aconteceu. Teve muito prazer, mas se sentiu como 'uma puta com um cara que nunca viu na vida'.
Carlos, 17 anos	Aos 16 anos com o primeiro e atual namorado. Usaram camisinha e ambos fizeram teste de HIV. A revelação da orientação homossexual foi marcada por tensão familiar. Tem medo de namorar em locais públicos por causa da violência. Conheceu namorado pela internet.	Primeira vez com namorado. Estavam juntos há uma semana. Transaram em um quarto escuro e tinham que manter o silêncio porque avós dormiam no quarto ao lado. Imagina que a camisinha poderia ter rompido sem que ele percebesse
Flávia, 17 anos	Viveu uma 'paixão avassaladora' aos 14 anos. Namorou uma menina por 8 meses. Nunca fez nada para se prevenir de DST em relações sexuais com mulheres porque nem sabia que era possível uma doença ser transmitida. Namora uma moça de 25 anos há dois anos e fica com outras meninas e meninos. Com parceiros do sexo masculino, utiliza preservativo, mas é frequente iniciar relações com penetração sem camisinha.	Teve sexo casual com um jovem da mesma idade na casa dele. Começou penetração sem camisinha e depois, quando estava próximo de ejacular, colocou o preservativo. Contrastes na cena sexual <u>Idade: parceiro mais velho:</u> ficaria mais tranquila em relação ao HIV porque 'homem mais velho tem mais consciência' e utilizaria preservativo o tempo todo da relação sexual. <u>Parceiro sexual é namorado:</u> não pensaria em HIV porque confiaria na fidelidade. <u>Parceira do sexo feminino:</u> não vê possibilidade de se infectar com DST.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Roberta, 17 anos	Aos 15 anos, teve a primeira relação com o segundo namorado. Sempre utilizou camisinha. Tem experiência de relações abertas com namorados para ficar com meninos e meninas. Nunca transou com meninas, mas gostaria que acontecesse em breve.	Não está namorando. Está numa festa de amigos e bebeu tequila, cerveja e batida. Começou a ficar com um rapaz de 29 anos que acabou de conhecer. Transaram no sofá em um quarto onde outras pessoas estavam transando. A jovem se sentia 'alterada, mas empolgada'. Não usaram camisinha e a jovem tomou pílula do dia seguinte, mesmo o parceiro tendo gozado fora. Contraste na cena sexual <u>Tem sentimento pelo parceiro</u>: não vai pensar em teste porque, se ele também gosta dela, teria contado caso tivesse alguma doença. <u>Não houve consumo de álcool</u>: não teria transado na festa, teria encontrado o rapaz um outro dia e usariam camisinha.
Renata, 17 anos	Aos 16 anos com o primeiro namorado de mesma idade. Usaram camisinha nas primeiras relações e depois a jovem passou a tomar pílula.	Sexo casual com um rapaz de 23 anos que acabou de conhecer em uma balada. Ambos beberam e foram para um motel. Sentem forte atração e transam sem camisinha porque ninguém tinha. Contrastes na cena sexual <u>Parceiro é alguém conhecido</u>: não pensaria em teste. <u>Gosta do parceiro</u>: também não pensaria no teste. <u>Não houve consumo de álcool</u>: não pensaria no teste porque não teria transado sem camisinha.
Bruna, 17 anos	Aos 15 anos com o primeiro namorado de 19 anos. Queria transar, mas tinha medo de gravidez. Usaram camisinha. Tem um namorado de 28 anos com quem tem relações sexuais. Não usam camisinha e o namorado fez exame de DST.	Sexo casual com colega de trabalho de 26 anos. Havia sido convidada para ver um filme e foi ‘enrolada’ para ir à casa dele. Transaram sem camisinha. Sentiu-se ‘meio que forçada’ e pressionada, arrependendo-se depois. Contraste na cena sexual <u>Parceiro é namorado</u>: não pensaria em fazer o teste porque confia que ele não teria doença alguma.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Simone, 17 anos	Aos 16 anos com o primeiro namorado, de 17 anos. Considera que foi uma experiência especial porque era alguém de quem gostava e confia até hoje. Usaram camisinha. Depois passou a tomar pílula e manteve o uso de camisinha.	Com o primeiro namorado. 'Cabulou' aula de manhã para ficar com ele na casa dele. Havia camisinha, mas ninguém quis usar. Contrastes na cena sexual Ficando com parceiro há pouco tempo: ficaria mais preocupada com HIV. Idade: parceiro mais velho: ficaria mais preocupada em fazer o teste porque o parceiro tem mais experiência.
Alexandre, 17 anos	Aos 14 anos, o tio o levou no a um 'puteiro', onde escolheram uma prostituta para por ele. Gostou bastante da experiência porque a 'mina profissional sabia o que fazia'. Usou camisinha.	Após uma balada, foi pra casa de um amigo. Na casa dele, ficou com uma menina que já conhecia. Ambos haviam bebido. Transaram na rede. Não usaram camisinha porque 'conhecia a menina, porque na hora já tava quente e preferiu não parar'. Contrastes na cena sexual A parceira não é conhecida: ficaria muito preocupado com HIV. Parceira é negra: aumenta muito mais a preocupação porque associa HIV com favela e pobreza .
Michele, 17 anos	Transou pela primeira vez aos 17 anos com o namorado. Tomou pílula do dia seguinte e depois passou a usar a mesma pílula anticoncepcional mensal que a amiga tomava. Nunca usou camisinha. Terminou recentemente o namoro de dois anos por interferência do pastor da igreja, que tinha conhecimento que o casal mantinha relações sexuais.	Após transar sem camisinha com o namorado, ele diz que talvez tenha HIV por não se sentir bem fisicamente. Contrastes na cena sexual Namorado não menciona possibilidade de HIV: nunca pensaria no teste, uma vez que há confiança. Está somente ficando com o parceiro: faria o teste porque seria possível que ele tivesse outras parceiras. 'Se ela está só ficando, ele também'.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Gabriela, 17 anos	Aos 16 anos com o namorado atual. Sempre usavam camisinha no começo. Depois que passou a tomar pílula, usa preservativo somente no período fértil. Já usou pílula do dia seguinte quando a camisinha rasgou.	Estava em uma balada eletrônica com as amigas. Embora não costume beber, neste dia tomou caipirinha. Começou a ficar com um ´cara' bonito de 23 anos que se aproximou. Há forte atração e eles passam a noite no apartamento dele. Embora tenha usado camisinha na primeira vez que transaram à noite, na segunda vez o rapaz coloca a camisinha e depois tira sem que ela perceba imediatamente. Tomou pílula do dia seguinte. Contraste na cena sexual <u>Idade: parceiro sexual mais velho</u>: ficaria mais preocupada em fazer teste de HIV porque 'pessoas mais velhas têm mais experiência'.
Kleber, 18 anos	Aos 15 anos, transou com uma menina com quem ficava para responder a uma provocação de ser gay. Não considera que foi uma experiência boa: 'Foi uma coisa sem vontade, sem o carinho que tem, todo o sentimento que tem durante o sexo'. Usaram camisinha.	Fez sexo na casa dele com uma namorada de quem não gostava. Fizeram sexo oral com camisinha e, após retirar preservativo, não havia outro para fazer penetração. Havia preocupação com gravidez e a relação sexual foi interrompida pelo jovem. Contrastes na cena sexual <u>Sentimento pela parceira: é alguém de quem gosta</u>: não vai pensar em fazer o teste porque há confiança de que ela não teve muitos parceiros. <u>Idade: parceira mais velha</u>: aumenta a preocupação em relação ao teste porque uma pessoa mais experiente deve ter transado outras vezes sem preservativo.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Clara, 18 anos	Aos 16 anos com o primeiro namorado de 27 anos. Usaram preservativo. Se arrepende de ter transado porque não estava preparada psicologicamente, mas foi pressionada pelo namorado. Sentiu-se enganada: 'A gente começou a se beijar e uma coisa leva a outra. Mas quando eu tinha tirado a roupa eu me arrependi. Falei pra ele parar, ele não quis. Então foi meio como uma coisa forçada, por isso que eu tenho trauma (...) foi meio que um estupro. Tem um namorado de 28 anos atualmente. Ainda não teve relação sexual depois da primeira experiência.	Estava ficando com o segundo namorado de 25 anos na casa dele. Beijavam-se e ambos estavam semi-nus. Houve contato genital, mas sem penetração. A jovem interrompeu porque tinha receio de que a mãe do rapaz chegasse em casa a qualquer momento. O namorado ficou muito bravo por não terem transado. Depois que o namoro terminou, a jovem pensou em HIV. Contraste na cena sexual <u>Idade: parceiro mais velho</u>: se não houvesse preocupação com gravidez, não faria teste.
Claudia, 18 anos	Aos 17 anos, com o namorado de 21 anos. Não usaram camisinha. O namorado gozou fora e a jovem tomou pílula do dia seguinte. Depois passou a tomar pílula. O uso de camisinha foi diminuindo gradativamente até deixar de acontecer.	Foi a uma balada funk com uma amiga. Conheceu um rapaz de 24 anos que se parecia com o ex-namorado. Ambos haviam bebido. Foram para um hotel e transaram sem camisinha. Depois de um tempo, soube por amigos que o parceiro havia 'dormido com várias' e usava drogas. Contrastes na cena sexual <u>Parceiro é namorado</u>: não pensaria em fazer o teste porque confiaria. <u>Não ouviu boatos</u>: não pensaria em HIV.
Kelly, 18 anos	Aos 15 anos com um namorado com quem estava há oito meses. Acha que não tinha noção do que estava acontecendo. Depois teve somente relação sexual com o atual namorado. Sempre utilizou camisinha.	Aos 15 anos, enquanto vivia um 'amor de adolescente'. Houve dois momentos da transa: uma primeira tentativa em que houve penetração sem camisinha e outra com preservativo.
Fabio, 18 anos	Aos 15 anos teve a primeira relação sexual e casual com uma mulher de 22 anos. Não usaram camisinha e o jovem ficou preocupado com DST e gravidez. Nas relações posteriores, relata que o uso camisinha varia, especialmente porque diminui o prazer: 'Sem camisinha é pele com pele ali, o bagulho é mais louco'.	Festa de natal da vizinhança. Relação de sexo casual com uma vizinha de 19 anos e que tinha 2 filhos. O jovem não gostou da transa. Como a 'mina dava mole', os amigos incentivaram. Não usaram camisinha porque tinham bebido muito.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
João, 18 anos	Aos 16 anos, traiu a namorada ao ter relação sexual com outra moça. Sempre usou camisinha.	Teve sexo casual com mulher numa rave, perto do lago de uma chácara onde havia pouca luz. O jovem havia usado entorpecente e a parceira estava bêbada. Durante a transa, ela tirou o preservativo para aumentar o prazer: 'porque garota é bem assim; quando ela fica mais ou menos alegre, ela fica mais assanhada'. Contraste na cena sexual Idade: parceira sexual mais velha: ficaria mais preocupada em fazer o teste porque deduziria que ela teve mais parceiros.
Natália, 18 anos	Aos 17 anos, teve primeira relação com o namorado. Transou porque não queria mais ser virgem, mas se arrependeu. Usou camisinha. Com o namorado atual, seu segundo parceiro, precisa insistir para que usem camisinha.	Está namorando outro rapaz e transa com ex-namorado com quem não tinha conseguido transar. Ficou com vontade de 'experimentar essa coisa que nunca aconteceu'. Não tem mais sentimento. Depois do serviço vão a um motel pela primeira vez e ficam lá por duas horas, pois era o tempo que haviam pagado por R$ 30,00. Na segunda vez que transaram, houve um rápido momento de penetração sem camisinha. Dias depois aparecem feridas na vagina e a jovem decide buscar pelo teste.
Carla, 18 anos	Aos 17 anos um rapaz que namorava há um mês. Teve que obrigar o namorado a comprar e usar o preservativo, pois ele não queria. A jovem tinha muito medo de gravidez por causa das primas que ficaram grávidas na adolescência e por não ter paciência com crianças. Quando transou pela primeira vez, tinha a imagem das primas grávidas 'martelando na cabeça'.	Resume o que aconteceu como uma 'burrice'. Relação de sexo casual com o tio (25 anos) de uma amiga por quem tinha se encantado. 'Achei ele lindo, maravilhoso. Tudo que era de bom no mundo, eu achei nele.' Conheceu o rapaz em um barzinho e ficaram por duas semanas. Transaram na casa da amiga. Sentiam muita atração e a jovem chegou a mencionar o uso da camisinha, mas o rapaz ignorou e ela 'deixou passar'. Ele 'gozou fora' e ela tomou pílula do dia seguinte. Contraste na cena sexual <u>Parceiro é namorado</u>: não pensaria em HIV porque confiaria.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Antônio, 18 anos	Aos 16 anos foi levado pelo tio para transar com uma prostituta. Não gostou da experiência porque não aconteceu coma pessoa certa. 'Deveria ser melhor, com uma namorada'. Usou camisinha.	Encontro de sexo casual em uma festa de casamento na roça. A parceira tinha 39 anos, era casada. Transaram no cafezal. Sentiu muita atração, aumentada pela sensação de perigo da 'transa' pelo fato de a mulher ser casada. Ficou muito preocupado depois com gravidez, mas era uma 'oportunidade única' de prazer do sexo sem camisinha. Contrastes na cena sexual <u>Classe social: parceira muito pobre</u>: ficaria muito mais preocupado em fazer o teste de HIV porque 'mina de favela fica com qualquer um, dá pra qualquer um'. <u>Parceira é namorada</u>: não se preocuparia com o teste porque confiaria na fidelidade da parceira.
Elaine, 19 anos	Aos 13 anos teve a primeira relação sexual com uma namorada. Assumiu ser lésbica para a família aos 15 anos e enfrentou muito preconceito. Nunca se protegeu de DST nas relações com mulheres. Há dois meses decidiu 'matar a curiosidade' e transou com um amigo. Considera que sua experiência foi péssima porque sentiu muita dor e não teve prazer algum. Usaram camisinha.	Balada gay de música eletrônica com amigos. Havia muita droga e bebida. A jovem bebeu muito e cheirou cocaína. Ficou com vários meninos e meninas e passou a noite com um rapaz de 30 anos e uma mulher de 25, que acabou de conhecer. Os três foram para um 'motelzinho bem mixuruca, pulgueiro' e transaram. A jovem tinha atração somente pela mulher, mas acabou fazendo sexo com o rapaz por influência da mulher. Contrastes na cena sexual <u>Idade: parceiro mais novo</u>: não procuraria teste. <u>Parceiro é alguém conhecido</u>: não pensaria em teste. <u>Não houve consumo de álcool e cocaína</u>: não pensaria em teste porque o rapaz não teria participado da transa.

continua

Quadro 2 - Descrição das características do início da vida sexual e da cena encontro sexual que levaria os jovens a procurar pelo teste de HIV. São Paulo, SP, 2011.

continuação

Codinome e idade	Início da vida sexual: primeira relação sexual e relações posteriores	Cena do encontro sexual que mobilizaria a procura pelo teste de HIV
Sandro, 19 anos	Aos 16 anos teve sexo casual com uma amiga. Aconteceu porque ambos haviam bebido. Usaram camisinha. Tinha expectativa de que fosse com alguém de quem gostasse. Em outra relação, transou com uma menina sem camisinha: 'A camisinha estava longe, já tava no fogo, então vamos que vamos. Sem camisinha é melhor!' Depois ficou preocupado com doença e queria fazer exame. Procurou o cunhado, que não tinha muita informação, mas disse que o jovem deveria ficar calmo. A preocupação com DST foi diminuindo com o tempo.	Festa na casa de uma colega da escola. Transou sem camisinha com essa colega da escola. Contraste na cena sexual Idade: parceira sexual mais velha: ficaria mais preocupado com HIV porque ela deve ter tido mais parceiros.
Livia, 19 anos	Aos 15 anos, transou com primo por curiosidade. Estava na casa da tia, brincando com os primos. Não usaram camisinha e relata que não engravidou 'por sorte'. Considera que experiência foi constrangedora e se arrepende um pouco porque não foi planejado, não foi com quem queria ou gostava. Nunca mais teve relação sexual. Está namorando um rapaz com quem 'ainda' não transou	Está namorando há três meses. Jantou na casa do namorado e assistiram filme. Rola atração e o namorado vai 'fazendo a cabeça dela' e ela vai cedendo. Transam e não falam sobre camisinha: pensam nisso, mas falar quebraria o clima. Tomou pílula no dia seguinte. Se o namorado insistisse novamente em fazer sexo sem camisinha, despertaria dúvida na jovem sobre ele ter HIV. Contraste na cena sexual Idade: parceiro mais velho: preocupa mais porque com certeza teve muitas experiências com pessoas diferentes.

4.2.1 Encontros Sexuais que Levariam à Procura pelo Teste anti-HIV

Levando-se em consideração que nenhum jovem realizou o teste de HIV por iniciativa própria, o recurso metodológico da construção de cenas foi baseado na solicitação de que os jovens imaginassem encontros sexuais que os levassem a procurar pelo teste de HIV. Desse modo, todos os jovens imaginaram tais encontros a partir da reconstituição de experiências prévias.

Tanto para moças quanto rapazes, a grande maioria das cenas sexuais imaginadas que levariam à procura pelo teste foram as de sexo com penetração (vaginal ou anal) e uso parcial ou nenhum de preservativo. Duas jovens imaginaram exposição ao HIV por contato genital sem penetração e uma jovem imaginou a possibilidade de infecção por ter tido relação sexual sobre um lençol com sangue de menstruação de outra pessoa no quarto de um motel muito sujo.

A maioria desses encontros imaginados teriam decorrido de forte desejo e consumo de álcool. Entre as jovens, essas cenas foram descritas em relacionamentos com algum envolvimento emocional e, frequentemente, acompanhadas da preocupação de evitar gravidez com contracepção de emergência.

> Conheci o Jean na balada. Ai eu me interessei. A gente ficou na balada, eu dei o meu telefone, gostei de ficar com ele e tal. Ai, nisso, a gente começou a sair e ir pra outros lugares e nisso rolou. Só que este caso chegou ao fim, em pouco tempo. Durou um mês esse relacionamento. Durou um mês, não quero mais, só que eu fiquei com aquela suspeita, por que eu fiz sexo sem camisinha. Eu não me preveni.
> [Entrevistadora] Como é que foi a, como é que foi a situação que cê fez sexo sem camisinha? Onde vocês tavam, você e o Jean?
> A gente foi um, aquela, rapidinha vamos dizer assim. Foi aquela rapidinha.
> No carro dele. Foi à noite. A gente tava saindo de uma festa.
> [E] Cê tinha bebido?
> Ai, tinha bebido. Ele não tava muito bêbado não, por que ele tinha que dirigir. Ai, eu bebi, bebi, eu misturei tudo, bebi vodca, bebi uísque (...)

> [E] Você e o Jean tão ficando, o que que cê tá sentindo por ele?
> Atração. Uma atração, um desejo. É, aquela coisa de você chegar no alvo.
> [E] E ai transaram sem camisinha, o que que aconteceu?
> Não deu tempo. Foi muita euforia na hora, aquela...
> [E] Mas alguém tinha?
> Não.
> [E] O que te vem na cabeça?
> É, naquele, naquele momento eu acho que ele tem, ele tinha. Só que ai eu, eu não deixei usar. Eu não deixei. Por que eu tava meio, já naquilo, e naquela coisa, e demora pra pôr.
> [E] A camisinha ia atrapalhar.
> Ia atrapalhar aquela emoção. Isso.
> [E] Mas cê acha que ele queria usar? O que você imagina?
> Eu acho que não, por que se ele quisesse usar, ele tinha usado. Foi uma rapidinha de 3 minutos! Rapidinha mesmo. [Risada.] (...) Aí ele me deixou em casa. Ai depois de um tempo, a gente viu que não dava certo. E daí o término desse relacionamento. [Maria Julia, 17 anos]

Ainda, a possibilidade de fazer o teste foi imaginada em situações de suposta infidelidade, conhecimento de outras relações sexuais do parceiro ou de sexo sob coerção sem uso de preservativo, as quais despertariam suspeitas sobre sorologia positiva do parceiro.

Os rapazes conceberam exposição ao HIV e possibilidade de fazer o teste somente em sexo casual, com parceiras ‘desconhecidas’, sem vínculo afetivo. A única exceção foi o relato de um jovem gay que imaginou ter se infectado com HIV na primeira relação sexual com o namorado. O relato a seguir ilustra uma cena sexual em que a preocupação com teste de HIV foi decorrente de uma ‘oportunidade única’ de prazer.

> [Entrevistador] Eu queria que você me contasse agora a cena que fez com que você ficasse preocupado e buscasse fazer o teste.
> Ah, foi sem camisinha assim. Foi num casamento de um tio meu. É roça, né? É tudo escuro, foi lá no cafezal. Aí eu não conhecia ela. A moça não era da minha idade, sabe, era mais velha do que eu, casada. Ah, tinha uns 39 anos. Mas é bonita, hein?! Não tinha filho, não tinha nada. Corpo de mina de nova. O olho claro, branca, cabelo preto. (...) Foi em pé. Foi coisa de louco. Foi, foi legal. Tava calor. Porque a gente tinha uma casa, aí tinha uma estradinha. Aí a estradinha já dava numa outra casa. E aqui nessa estrada tinha um, tinha várias plantações. Então nessa estradinha era tudo escuro. Então você entra numa portinha, vários, tinha

> cafezal pra cá também. Então a gente vindo nós dois, aí entramos num, num cafezal, cafezal. (...)
> [E] E como é que foi esse flerte? Você, você não conhecia ela, né? Ou você já conhecia?
> Não, não conhecia. Foi convivência de dois dias. (...)
> [E] Na hora cê pensou na camisinha?
> Pensei. Pensei na camisinha. Só que como, como o jovem, né? Tem a oportunidade única, assim. Tipo, é difícil uma oportunidade dessa. Aí, eu falei assim: "Ah, não vou gozar dentro dela também", né? [Antônio, 18 anos]

Chama a atenção, de modo geral, o quanto a timidez (ou a não-assertividade) ainda apareceu como traço indesejado nos scritps masculinos. Como antigamente, produziu a cena em que o jovem fosse levado pelo tio ao puteiro e que encontrasse com uma mulher mais velha a possibilidade de sexo casual. Pressionados pela norma de que para ser homens têm que provar ao transar.

4.2.2 Trajetórias para o Teste

A partir da análise de características do início da vida sexual e da cena do encontro sexual que levaria ao teste, identificamos nos depoimentos de 13 jovens seis tipos de trajetórias que levariam à procura do teste.

Ressaltamos dessas trajetórias as características do início da vida sexual – idade, parceria, prevenção de DST e gravidez – e da cena do encontro sexual que levaria os jovens a buscarem o teste.

‘O amor protege’

Classificamos nesse tipo de trajetória cinco moças (Maria Julia, Renata, Kelly, Carla, Gabriela) entre as 19 jovens.

Quanto ao início da vida sexual, essas jovens tiveram a primeira relação sexual com o namorado, sendo este o único parceiro sexual. O uso de preservativo ocorreu nas primeiras relações sexuais e, conforme o relacionamento tornava-se estável, as jovens deixaram de usar preservativo e passaram a tomar pílula para evitar gravidez.

> ‘É. [Risada.] Então, no começo eu, a gente, a gente chegou a usar umas duas vezes camisinha. É, mas foi no máximo duas vezes.’ [Maria Julia, 17 anos]

As cenas dos encontros sexuais que levariam à procura pelo teste foram descritas como relações de sexo casual com um rapaz que haviam acabado de conhecer na ‘balada’ ou estavam ficando há pouco tempo e, portanto, não há sentimento pelo parceiro. As jovens imaginaram que tanto elas quanto os parceiros teriam consumido álcool.

No momento da relação sexual, em que sentiam muita atração e desejo pelo parceiro, não haveria preservativo ou o tempo para encontrá-lo e usá-lo atrapalharia o momento de prazer. Foi também imaginado que o parceiro poderia ter retirado o preservativo sem que a jovem percebesse imediatamente, conforme ilustrado na fala a seguir.

> Ah, eu não sou de beber. Mas eu devo ter tomado álcool... Caipirinha é bom. Tomei caipirinha! Tô dançando. Aí, chegou um cara em mim. Ele é bonito... Chegou em mim, paquerou, me elogiou. Quis conversar. Me ofereceu alguma coisa pra beber. Dançamos. A gente ficou. (...) Aí, ele me chamou pra sair. “Ah, vamos sair daqui. vamos pra um lugar melhor. Cê tá com quem? Cê veio como? Cê veio de carro? Ó, eu to de carro. Cê tá com as suas amigas? Cadê elas?" Perguntou, né? Aí, a gente, sei lá, foi pro apartamento dele. Aí, a gente entrou, continuou bebendo. (...) Aí, ele me levou pro quarto. A gente conversou. Aí, a gente começou a ficar e rolou.... Eu não conhecia ele. Primeira noite que eu tô vendo ele, né? E tal. (...) Então, quando você passa a noite com alguém, cê não vai ficar uma vez só. Então você não usa uma camisinha só. Então, às vezes, na primeira vez pode até ter usado. Na segunda vez, ele pode ter falado que usou, mas não usou. E eu posso ter, entendeu? Olhar, assim... Falou que usou, mas não usou. Usou e tirou.’ [Gabriela, 17 anos]

Posteriormente, as jovens viriam a pensar em HIV após o término desse relacionamento ou ao descobrir que esses parceiros teriam tido outras parceiras ou fossem usuários de drogas.

‘Não é bem assim... O amor não protege’

Classificamos nessa trajetória duas jovens (Priscila, Simone) e um jovem (Carlos).

Assim como na trajetória anterior, esses jovens também tiveram sua primeira relação sexual com o namorado, que consistia no único parceiro sexual até o momento da entrevista. Contudo, diferentemente da trajetória anterior, esses jovens relataram uso frequente de preservativo.

> Assim, eu tomava pílula. Quando eu namorava, eu tomava pílula anticoncepcional. Fui no ginecologista e deu uma certinho pra mim. E todas as vezes que a gente fez, eu sempre usei camisinha. Porque aí eu falei: “Não, eu vou me cuidar, né?" Mas aí eu sei que a pílula, ela só previne a gravidez, ela não previne a doença. Então eu uso a camisinha, também. Mesmo você conhecendo a pessoa, tem que ser com camisinha. Fora que a camisinha é uma proteção pros dois. [Simone, 17 anos]

De modo geral, as cenas dos encontros sexuais que levariam ao teste reproduzem uma cena típica de encontro sexual com o namorado. A possibilidade de infecção pelo HIV foi imaginada em situações em que a camisinha rompeu durante a relação sem que o jovem percebesse ou caso o namorado tivesse acabado de descobrir que tinha HIV. A fala de Carlos, um jovem gay, ilustra um cenário de tensão imposto pela necessidade de silêncio durante uma relação sexual com seu namorado em que o preservativo teria rompido.

> Meus avós, eles costumam dormir onze e meia, meia noite. Todo dia. Eu já costumei. Aí, a gente tava assistindo filme na sala. Falei: “Vamos dormir?" “Vamos." Fomos pro quarto, aí foi rolando. Fomos pro quarto. Porque meu quarto é aqui, a sala, o quarto e o quarto que ele dormiu. Aí, foi no quarto dele, no fundo. No último quarto. A gente chegou lá, eu fechei a porta do meu quarto, tudo. Eu falei: “Faz o maior silêncio pra meus avós não ouvir." Foi com muito medo. [Fala rindo.] (...) Sei lá. Eu penso logo que a camisinha tinha estourado. Porque sem camisinha, não foi. Acho que foi, eu pensei mais foi devido a camisinha ter estourado, assim, sei lá. A gente usou camisinha o tempo inteiro. O tempo inteiro.
> [Entrevistador] Você lembra de ter olhado a camisinha depois, se tinha estourado ou não?
> Nem olhei. Tava no escuro. Foi no escuro. E foi na minha casa. [Carlos, 17 anos]

‘Tá no fogo, então vamos que vamos!’

Classificamos nessa trajetória três jovens do sexo masculino (Alexandre, Fábio, Sandro).

Diferentemente das trajetórias anteriormente relatadas, esses jovens iniciaram a vida sexual em parcerias casuais, entre os quais um jovem teve sua primeira relação sexual com uma prostituta como um ‘presente’ dado pelo tio. Ainda em comparação às trajetórias anteriores, são jovens que tiveram mais parceiras sexuais, sendo, portanto, mais experientes. Os encontros sexuais aconteceram em festas, ou depois delas, em que o consumo de álcool esteve presente.

A principal característica da trajetória desses jovens é a gestão de risco sexual que fazem: o uso de preservativo é regulado pela conciliação entre a preocupação com gravidez e DST e o maior prazer quando não usam camisinha. O relato a seguir do jovem Sandro ilustra uma situação em que transou com uma colega da escola em uma festa na casa dela.

> Na hora, eu sabia [referindo-se ao fato de que era preciso usar camisinha]. Só que eu não tinha na hora. E, tipo, tinha que subir a escada do quarto dela, também. E tipo a mãe dela tava no quarto. Então, tipo, não tinha como a gente ir lá, pegar uma camisinha do lado da mãe dela. E, tipo, já tava lá e tava no fogo... Então vamos que vamos. Aí a gente ficou. (...) Quando a gente tava se beijando e tal. Ela falou: "Ah, mas tá lá em cima [referindo-se à camisinha] ." Eu falei: "Então deixa." Eu falei: "Então deixa." Erro meu, mas erro também dela que ela poderia ter chegado, tal. (...) Nossa, ficou muito ruim. Tipo, eu fiquei muito preocupado assim tipo: "Será? Será?" E, tipo, eu ficava"Como que pega [referindo-se à DST]? Será?" E, tipo, quando entrava na internet também ela falava. Só que aí foi passando. Aí, tipo, a gente foi esquecendo, né? E deixou de lado. [Sandro, 19 anos]

De modo semelhante à trajetória anterior, a cena do encontro sexual que levaria esses jovens a buscarem o teste reproduz uma cena de um encontro sexual típico: teriam transado com uma garota que ficaram na balada, teriam bebido e a opção pelo ‘fogo’ do momento dispensou o uso da camisinha.

Tinha bebido uísque, catuaba, energético. Uísque a gente começou a beber no restaurante lá onde o meu amigo trabalha. Uísque e energético. Aí, nós fomos pra quebrada, foi pro funk. (...) Loira. Chamo ela de Loira. Eu ficava com ela, entendeu? Já fazia um tempo que eu queria pegar ela. (...) Aí, nesse dia surgiu essa oportunidade. (...) Aí, eu levei ela pra sala. Aí, a gente deitou na rede. Aí, eu comecei a beijar e tal. E eu não tinha nem ficado com ela ainda. Tentando, tentando, tentando. Não tinha nem ficado com ela ainda. Aí, comecei a beijar e tal. E beijo vai e beijo vem. Ela virou a cara. Falei: "Você quer dormir?" Ela falou: "Não." Falei: "Então é agora." [Risada.] Falei: "Você quer dormir." Ela: "Não." Aí, comecei a beijar e tal. Aí, ela já abaixou minha calça e eu falei: "Ixe, já era." Tava com a bermuda. Aí, eu fiquei tentando abaixar a calça dela e ela "Não, que não sei o que." [Risada] "O caramba que você vai fazer isso." Aí, eu consegui tirar a calça dela. E a gente teve relação, né? Na rede, na sala. Isso que foi o mais bacana de tudo. Aí, nisso o moleque [referindo-se ao amigo que também tinha interesse na moça] tava no banheiro tomando banho. E eu só rachava o bico, só. Na hora que eu tava pá, só ouvia a voz dele cantando no chuveiro e eu rachando o bico. Se fudeu, você tá tomando banho e eu tô comendo ela. [Risada] Na sua casa, na sua rede. E eu comecei a rachar o bico. A gente ficou, tal. Aí, na hora, chegou uma hora que eu vi que ia, né? Ejacular. Aí, eu fui tirar, mas aí na hora que eu fui tirar, ela deu uma mexida. Aí, acabou que eu ejaculei dentro, né? Aí nisso, tal. Aí, fiquei felizão da vida. Peguei o que eu queria, demorou. Eu peguei e ela ficou preocupada na hora. É assim mesmo, né? [Alexandre, 17 anos]

Foi no dia do Natal, na casa da minha mãe. Sem camisinha. (...) Foi na festa de Natal, na noite de Natal durante a madrugada. (...) Bebi um pouco. E, aí, eu dei uns beijo nela lá, tal, suave. Depois eu... Tal. E, aí, e aí o povo agitava também, né? "Vai. Pega. É toda sua. Vai, senta a madeira." Eu falei: "Eita, porra!" Os amigos, tal. Aí eu, depois que todo mundo foi lá descansar e eu fui lá brincar um pouquinho. (...) Dispensei o meu irmão. Eu falei: "Ó, vai dormir lá na sala lá que eu vou ocupar esse espaço aqui." Ele namorava a prima da Vanda. E aí os dois também queriam fuder, eu falei: “Ah, mano, eu vou dormir no quarto. Nem vem." É isso aí. Eles foram transar lá na sala, eu fui transar no quarto, é lógico. (...) Tipo, primeiro que lá em casa ninguém tinha uma camisinha. Segundo, não tinha mais nada aberto lá perto de casa. Pra ir comprar. Nenhuma farmácia. Aí, eu falei: "Tô na vontade mesmo, vai assim mesmo, sem camisinha, sem porra nenhuma. Foda-se."... Ela não falou nada. Ela tava de boa. Não se preocupou com nada.
[Entrevistador] Entendi. E você acha que o que influenciou, qual foi, que que resultou em ir sem camisinha? Porque você tinha bebido ou porque não tinha camisinha?

> Porque eu tinha bebido... E pela vontade de querer ir com ela. Pensando que era tudo aquilo assim, sabe? Mas não era.' [Fábio, 18 anos]

'Um único vacilo na vida'

Classificamos nessa trajetória duas jovens (Roberta, Luana).

Ela iniciaram a vida sexual com namorado ou rapaz que estava ficando.

Diferentemente das duas primeiras trajetórias, essas jovens tiveram outros parceiros sexuais – namorados ou ´ficantes' – e relataram que utilizaram preservativo em todas as relações sexuais.

As cenas dos encontros sexuais que levariam a procurar pelo teste foram cenas de sexo casual com um parceiro por quem não tinham sentimento, somente atração. O consumo excessivo de álcool foi relatado por Roberta como sendo um fator que facilitou que ela transasse numa festa sem camisinha.

> Estava numa festa. Só com pessoas que eu não conhecia na casa de um amigo... E aí eu estou alterada. [Risada.] Ah, eu bebi um pouco mais... Tequilas. [Risada.] Misturado com cerveja. E com batidas doces que não pareciam ter álcool. [Risada.] Isso. Aí eu tava com uma pessoa e tal, e acabei... (...) Foi no embalo de aproximações. Aí, e a gente tava conversando. E aí foi que a gente ficou na própria festa, a gente foi pra um quarto. E aí já tem outras pessoas. Aí acontece da gente transar sem camisinha. É um quarto com pessoas da festa, também. (...) A camisinha tava longe, fora do quarto (...) Aí, eu vou numa farmácia comprar pílula do dia seguinte. (...) Se eu não tivesse bebido, acho que ia ser diferente, claro. Não ia ser tão, assim, aleatório de transar na festa, durante a festa... Talvez depois. De... Depois conhecer ele melhor e tal (...) E usaria camisinha, claro. [Roberta, 17 anos]

Por outro lado, Luana imaginou que 'não fez questão' de usar preservativo porque sabia que o parceiro iria 'gozar fora', estando, portanto, despreocupada com gravidez. Ela pensaria que poderia ter se infectado com HIV nesta única relação após dois meses, quando apresentasse sintomas físicos.

‘Forçada de barra’

Classificamos nessa trajetória duas jovens (Bruna e Clara).

Ambas as jovens tiveram a primeira relação sexual com um namorado e com uso de preservativo.

O que caracteriza a trajetória dessas jovens é o fato de elas terem vivido uma situação em que se sentiram pressionadas pelo parceiro – namorado ou ‘ficante’ – para ter relação sexual contra sua vontade. As jovens relataram que não tinham conhecimento de que os parceiros haviam provocado uma situação em que pudessem ficar sozinhos para transar. Elas não se sentiam preparadas. Embora tivessem dito ao parceiro que não queriam, não conseguiram impedir o ato sexual.

> Transei. Infelizmente. Me arrependo. Sabe por quê? Porque eu acho que eu não tava, primeiro que não tava preparada psicologicamente, ele não esperou. (...) Ele começou: "Ai, precisa. Precisa." Começou a botar pressão, tal. Eu não queria muito. Não queria, sinceramente. (...) Foi de uma maneira muito súbita assim, sabe? Porque ele acabou me enganando, de uma certa forma. Porque eu fui pra casa dele, porque o pneu da moto segundo ele, furou. Eu não tenho ideia porque tava de noite. Ele me pegou na minha mão e ele falou assim: "Vou te apresentar pra minha família." Eu falei "Mas eu já vou embora. Eu vou embora amanhã pra São Paulo." "Ah, não. Você vai ficar. Você não vai embora." Aí, o que que acontece? Eu parei na família dele, a gente conversou, tal. A família dele gostou de mim, beleza, beleza. Família de evangélicos também. (...) E, assim, ele falou a moto furou, né? Que o pneu da moto furou. Aí, ele parou na casa de um amigo dele pra consertar o negócio lá, a moto. Meu, só que não tem. Aí, hoje em dia, parando pra pensar não tem como você consertar um negócio em uma hora. Não dá. É muito pesado o pneu da moto, tal. (...) Ele deu um jeito de me enganar... Aí, tipo assim, a gente começou a se beijar, tal. E, assim, cê sabe uma coisa leva a outra, tal. Mas, aí quando eu tinha tirado a roupa, eu me arrependi. Aí, eu falei pra ele parar, ele não quis. Então foi meio como uma coisa forçada. Por isso que eu tenho trauma, assim. (...) Foi meio que um estupro, eu não sei ter explicar.’ [Clara, 18 anos]

> Ah, ele é um pouquinho mais alto que eu. Tem um sorriso muito lindo. Eu sou encantada com sorrisos. (...) Eu me encanto, o encanto, eu me encanto com o jeito que ele fala. (...) Ele me ligou depois e me chamou pra assistir um filme. (...)Aí, quando essa pessoa falou pra mim: "Vamos assistir um filme." Eu imaginei que fosse no cinema. (...) Em nenhum momento, ele falou pra mim,

> que eu ia pra casa dele. Em nenhum momento. (...) E aí eu fiquei, naquele momento eu fiquei com vergonha de falar assim, tipo, de ter combinado, de ter chegado lá e falado: "Não. Agora eu não vou." (...) Eu imaginei. "É. Ele quer me levar pra casa dele, então é isso que ele quer agora." Só que aí eu fiquei com vergonha de falar assim: "Não. Eu não vou pra sua casa." Eu não sei, sabe quando mistura um monte de coisa? Tipo assim, eu não queria fazer isso porque eu acho que não era certo. Porque eu, na minha cabeça, não é, eu não faço isso entendeu? (..) Aí, chegou lá na casa dele, a gente começou a conversar, ele colocou o filme. (...) Virou um cachorro, tá ligado? Esperando a hora dele me morder, só. Aí eu peguei, eu tava... Não e eu ficava esperando. E, tipo assim, era um filme, era uma comédia, o filme. Mas, assim, eu ria, mas dentro de mim... Não. Tava esperando aquilo. Sabe quando você tá angustiada? Sabe o que é uma angústia? Aquilo ali, nunca mais na minha vida, viu? (...) Aí, ele pegou, aí ele pegou o colchão que tava no chão e colocou em cima da cama dele. (..) Aí tipo, aí ele começou a me beijar e tal. Aí eu falei assim, aí ele falou assim, aí ele olhou, aí eu tava meio assim, aí ele falou: "Que foi?" Eu falei: "Não. Porque eu não, não faço esse tipo de coisa. Eu não saio com o menino e depois..." "Porque eu, eu não, não é, esses não são os meus princípios." Aí ele pegou e falou assim: "Não. Isso não tem nada a ver, não sei o que. É porque você é novinha, não sei o que." Eu falei: "Não. Não é porque eu sou novinha. É porque não são dos meus princípios." (...)
> [Entrevistadora] Você não tava gostando nem de beijar ele?
> Não tava. Não. Não tava gostando, sabe? Não tava, não tava legal. Aí tipo, aí eu acabei transando com ele. Não queria aquilo. (...) Eu falei não.
> [E] Você se sentiu pressionada?
> Sim.
> [E] Forçada?
> Eu me senti. [Fala baixo e começa a chorar] Eu não gostei. Porque, tipo assim, eu não queria aquilo, sabe? E eu não faço isso. Aí, tipo, ficou uma coisa meio vazia, sabe? Assim, pra algumas pessoas é normal, sabe? Você conhecer uma pessoa, transar com ela, esse tipo de coisa. Mas pra mim não é, sabe? Aí, eu fiquei tipo, meio que... Sei lá, ficou... Eu achei muito ruim. Eu me arrependi, não era aquilo que eu queria e ele, tipo, ele só queria isso e aí ficou, sabe? E aí eu, eu acabei sendo que meio que forçada, sabe?
> [Bruna, 17 anos]

As cenas dos encontros que levariam essas jovens a procurar pelo teste foram o mesmo episódio anteriormente relatado ou uma relação em que o parceiro ficou muito irritado pelo fato de a jovem ter interrompido a relação antes que houvesse penetração. Diferentemente das trajetórias anteriores, não há consumo de álcool e sentimento pelo parceiro ou forte

atração se esvaem na cena: para essas duas jovens, o que marca o encontro sexual que levaria ao teste é uma relação de tensão com o parceiro.

‘Eu gosto de meninas... O risco está nos meninos!’

Classificamos nessa trajetória duas jovens (Flávia, Elaine).

Ambas eram lésbicas e tiveram a primeira relação sexual com meninas. Assumindo que não fosse possível infectar-se com DST com outra mulher, as jovens relataram que nunca fizeram qualquer prática de proteção contra DST nas relações com mulheres.

> [Entrevistadora] Desde que vocês tiveram lá a primeira relação sexual, vocês fizeram alguma coisa pra evitar DST?
> Nada. Não, não, não. É. Foi nada mesmo... E, inclusive, eu não sabia assim que mulher com mulher podia pegar [referindo-se à DST], entendeu? Eu tinha essa dúvida... Então eu não sei. Na verdade eu tô sabendo agora. Não. Não é. Eu imaginei assim. Que, meu, a mesma coisa, a gente liga uma coisa a outra, né? Mas assim, eu não sabia. E, tipo ninguém chegou e veio me falar tal, pega, sabe?’[Flávia, 17 anos]

Flavia relatou manter regularmente sexo casual com rapazes e Elaine teve uma única relação sexual com um amigo. Em ambos os casos, utilizaram camisinha.

A cena do encontro sexual que levaria Flávia a procurar o teste seria uma cena típica de sexo casual com um jovem, em que eles iniciariam penetração sem camisinha e depois colocariam antes da ejaculação.

Para Elaine, expor-se ao HIV também seria decorrente de sexo casual com um rapaz, mas como parte de sexo grupal com outra mulher por quem teria de fato atração. Ter feito uso de álcool e cocaína pela jovem foi um fator que permitiu que ela aceitasse fazer sexo com o rapaz.

> Ah, uma balada gay de música eletrônica. Todos os amigos. Aí, eu imaginei muita bebida. Muita droga. Aí, eu imaginei, assim, ficando com muitas pessoas, com meninas e com meninos. E eu imaginei passando uma noite com os dois. Nossa, minha mente foi lá e voltou... Foi nessa noite que eu peguei o vírus. (...) Aquela

> coisa de balada. Quando você puxa e te pega... Eu tinha bebido e tinha cheirado, eu tinha fumado... Aí comecei a ficar com ela, bonita, atraente (...) Aí, no momento que estávamos ficando, apareceu um ser do nada, assim. Aparece um ser e se envolve no meio, assim. É que isso já aconteceu uma vez. (...) É aquele motelzinho bem mixuruca que eu tava imaginando. Aquele pulgueiro que vai todo mundo, sabe? (...) Aí, acontece uma relação sexual de dois... Todo mundo transa com todo mundo ali. Ele com ela, ele comigo...
> [Entrevistadora] E você tem atração pelo Rodrigo?
> Não... Fui com ele por causa dela... Pela droga, pela bebida. Pela cabeça, assim. E aí acaba rolando eu com ele, também... Sem camisinha porque ninguém lembrou. (...)
> [E] Ok, mas agora 'tchau Rodrigo'! Tá só você e a Bruna. Vocês passaram a noite juntas, cês transaram. Mas a Bruna é uma estranha. E aí? Cê vai se preocupar em fazer o teste de HIV?
> Acho que não por ser uma mulher. Porque eu acho que, não sei, acho que no meu ver, o perigo tá no homem... Eu não sei se com o dedo, com a boca, tem muito risco de pegar HIV. Eu não sei, exatamente. É que, tipo, eu não, eu não sei exatamente sobre o assunto como que é. Se com duas mulheres pode realmente pegar. Mas se isso for possível, eu nunca me preocupei com isso. Então eu acho que, naquele momento, eu também não iria me preocupar.' [Elaine, 19 anos]

4.2.3 Contrastes: Expressão do Cenário Sociocultural

Para jovens de ambos os sexos, o contraste de idade – imaginar um(a) parceiro(a) sexual mais velho - salientou as cenas dos encontros sexuais em que os participantes identificaram maior chance de exposição ao HIV e, portanto, que incentivaria mais fortemente que o jovem procurasse o teste. Nesse sentido, para diversos participantes, um parceiro sexual com mais idade significaria uma história de maior número de parceiros sexuais e de possíveis relações sexuais sem proteção.

Entretanto, algumas jovens do sexo feminino imaginaram justamente o efeito oposto nas cenas sexuais: um parceiro sexual mais velho foi significado como mais experiente no cuidado com a própria saúde e no uso preservativo de modo mais consistente, diminuindo, assim, a preocupação das jovens em relação ao HIV. Retomando algumas das narrativas apresentadas anteriormente em os que jovens que não procuram o teste de HIV são significados naturalmente despreocupados, porque não são

responsáveis, é possível que algumas moças signifiquem relações sexuais com homens mais velhos como sendo mais seguras justamente pelo fato de identificarem esses parceiros como não sendo ‘moleques que não estão nem aí com nada’.

Apresentamos a seguir dois relatos que ilustram essa diferença de significado atribuído ao parceiro mais velho – de ‘maior risco’ e ‘maior segurança’ – no que se refere à preocupação em procurar um teste de HIV. Quando Lívia e Flávia, após descreverem uma cena de sexo casual, foram indagadas se alguma mudaria em relação à procura pelo teste caso o parceiro fosse mais velho, as jovens apresentaram posicionamentos diferentes:

> Eu acho que muda, eu ia procurar... Acho que com certeza no dia seguinte, eu procuraria procurar fazer... Nossa! [Risada.] Por causa da idade dele. Porque, assim, de ele ser uma pessoa mais velha, com certeza, ele teve muitas experiências com pessoas diferentes, entendeu? Até chegar a mim. Porque eu acho que quanto mais experiente, a preocupação é maior. [Lívia, 19 anos]

> Ah, normalmente, sei lá, se ele, se o cara é mais velho, ele vai ter mais uma consciência e vai usar [referindo-se ao preservativo] logo, desde o começo. Desde o começo. Né? Já vai pegar logo entendeu? [Flávia, 17 anos]

Outros contrastes que também produziram maior certeza sobre nossa compreensão dos sentidos e significados com relação ao teste nas cenas sexuais diziam respeito ao tipo de relacionamento (namorado ou ficante) e ter ou não algum sentimento pelo parceiro, mesmo em situações de sexo casual.

Tanto as moças quanto os rapazes que imaginaram um encontro de sexo casual como aquele que os levaria a procurar o teste, quando solicitados que mudassem o ‘ficante’ da cena por um namorado ou namorada, foram unânimes nas respostas de que não pensariam em HIV porque haveria confiança, dado que trata-se de alguém de quem se gosta, conforme ilustrado no relato a seguir.

> [Entrevistadora] Se ele fosse seu namorado, mudaria alguma coisa nessa história em relação a você decidir fazer um teste de HIV?
> Se fosse meu namorado, não. Não. Porque eu acho que eu confiaria tanto, mas tanto que não ia. Acho que, assim, se ele fosse meu namorado eu acho que ele não ia ter relação com outra pessoa. [Risada] Entendeu? Eu acho que, também, não ia sair sozinha. [Claudia, 18 anos]

A utilização dos contrastes permitiu observamos a interação entre o registro simbólico dos processos de estigmatização da Aids e a dimensão da experiência individual. Entre os rapazes, os contrastes de pobreza e cor da pele negra foram expressos nos encontros de sexo casual como características que representariam maior risco de exposição ao HIV, conforme podemos observar no relato de Alexandre.

> [Entrevistador: após descrição da cena do encontro sexual que levaria o jovem a procurar pelo teste, o entrevistador indaga sobre o que poderia fazer diferença em relação a preocupar-se mais com o teste de HIV]. E imaginando que ela não é mais loira, ela é negra, né? Rolou...
> Isso aí é verdade, isso daí muda. Muda, esse negócio de negro pra branco, muda. Muda bem mais a preocupação... Não que eu seja racista, mas não sei o que é que tem. Não sei se é em toda pessoa. Mas eu tenho isso. Não sei o que que é. Porque eu me preocupo mais. Acho que é porque tipo assim, porque a primeira pessoa que eu tive contato, contato que eu falo fiz uma amizade, que tinha aids, era negra. Não sei por que, mas depende da pessoa, viu? Depende da pessoa, também. Tem muita menina que é negra, que eu fazia sexo sem camisinha que eu não tava nem aí. Depende do lugar que você conhece a pessoa, entendeu? Não tendo preconceito contra nenhum lugar, mas depende do lugar.
> [E] Como, assim, do lugar?
> Ah, numa favela e um bairro nobre. É totalmente diferente, né? Pegar em pattyzinha e uma mina que mora na favela. Porque na favela rola mais de tudo, né? De errado, rola mais de tudo. Eles são do bem, tal. Só que tem a pessoa que... Porque não adianta, o pessoal fala: “A pessoa é do bem. A pessoa é do bem na favela..." Tem o pessoal do bem, tem o traficante e tem a molecada que curte uma droga e tal. E quer sexo, quer isso, quer aquilo. Então as meninas, normalmente, saem com os caras, ficam com os caras. Vai saber. [Alexandre, 17 anos]

4.2.4 Após os Encontros Sexuais, o que Desperta a Atenção do Jovem para o HIV e para a Necessidade do Teste?

Apresentamos a seguir as narrativas dos jovens sobre o momento em que percebem que podem ter sido expostos ao HIV e que precisam procurar o teste a partir dos encontros sexuais.

De modo geral, parte dos jovens refletiriam sobre a sua exposição ao HIV por si mesmos a partir da imaginação mais 'retrospectiva', revendo e "reprisando" relações sexuais e/ou relacionamentos.

Conforme vimos no Capítulo 4.1 sobre em que situações as pessoas procurariam o teste de HIV, as narrativas sobre os encontros sexuais reiteraram que o aparecimento de sintomas no corpo 'alertaria' o jovem sobre a necessidade de procurar o teste.

Por outro lado, outros jovens relataram que teriam mais consciência sobre a necessidade do teste a partir de informações externas, principalmente obtidas em conversas com amigos, por exposição à mídia e pelo próprio parceiro sexual.

'Quando passa aquele momento bom'

Alguns jovens relataram que o próprio decorrer do tempo faria com que refletissem sobre uma possível exposição ao HIV em situações de sexo casual.

> [Entrevistador] Como é que, quando é que veio a preocupação de ter transado sem camisinha, de pensar no teste?
> Não foi instantâneo, não. Foi uns dois dias. Porque na hora, você fica pensando: "Pô, foi da hora. Foi legal. Será que vai ter de novo?" Aí depois vem: "Puta, eu fui sem camisinha e agora?" Tipo, aí vem, né? Aí a ficha cai. (...) Quando é um jovem que nunca, que ele é difícil a fazer relação com alguém, é. Agora quando o cara já é macaco velho, pega todo mundo, a ficha cai na hora. (...) Mas como o cara é jovem e é difícil. A oportunidade tá ali, ele vai abraçar a oportunidade e ficha não cai na hora. (...) Porque a fase de ficar pensando passou, né? Aquela fase boa. Entendeu? E aí veio a preocupação.' [Antônio, 18 anos]

Relatar a experiência vivida a um amigo próximo também foi indicado como uma forma de se perceber exposto ao HIV.

> Primeiro, eu acho que vou pensar na gravidez, né? Depois, eu vou pensar no teste. Não sei, eu acho que depois que passar tipo esse, vai, o que eu tô sentindo em relação ao que aconteceu. (...)
> Tipo, alguém ia falar assim: "Ai, você poderia ter pegado uma doença." Aí eu ia me, sabe?
> [Entrevistadora] Você vai contar pra alguém o que viveu?
> É, vou contar pra minha amiga. Aí ela ia falar: "Nossa, e se você pegou uma doença?" Aí, eu ia vim na minha cabeça, entendeu? (...) [Priscila, 17 anos]

Ainda, amigos também poderiam contar sobre o passado de outras parcerias sexuais e de uso de drogas.

> Ele me levou em casa e me ligou, a gente começou a falar por semanas. Aí, cê vai descobrindo coisas. Descobrindo que ele saiu com um monte de gente, descobrindo...
> [Entrevistadora] Como é que cê descobriu isso?
> Através de amigos. Assim, amigos falaram. Porque assim, amigos que frequentam a balada conhecem todo mundo. Aí, falando "Não é isso. Isso, aquilo outro. Ele dorme com tantas." Pra não falar com várias. "Usa drogas." (...) E, aí, eu paro e penso. "Pera aí. Usa drogas, essas coisas, vamos ver, né? Será que ele tem alguma coisa?" [Cristiane, 18 anos]

Em menor frequência, alguns jovens relataram que a exposição do tema da Aids na mídia poderia ajuda-los a refletir sobre alguma situação de exposição ao vírus.

> Ah, eu fiquei com receio porque eu vi uma reportagem. Sobre um rapaz que era virgem, foi na balada, ficou uma vez com a menina e se contaminou. E ela viu que ela tinha ido com o cara lá, uma vez, que seja, ou outras vezes, não sei, posso ter ido, né, outras vezes sem preservativo. E pensado: “Poxa, devia fazer um teste de HIV.” [Maria Julia, 17 anos]

Algo errado com meu corpo

Duas jovens imaginaram que, passado algum tempo depois da relação sexual em que não usaram preservativo, o aparecimento de sintomas no corpo seria o ‘alerta’ para que elas pensassem em procurar o teste, conforme ilustrado no relato a seguir:

> E aí depois de alguns dia, apareceu umas feridas na vagina. Aí... Muita dor. Tava uma monte de ferida, mas apareceu bastante. E aí, nesse dia, encontro com o meu namorado. O meu namorado quer. Aí, eu falo pra ele que não, que eu tô naqueles dias, que não dá, só pra não vê, né? Aí, eu acho muito estranho, porque a ferida começa a aumentar, entendeu? Aí, eu falo: "Mas a gente se preveniu, como é que aconteceu isso?" Ah, mas teve uma hora também que aconteceu sem, um pouquinho só. [Natália, 18 anos]

O namorado vai avisar

Duas jovens imaginaram que nunca pensariam por si mesmas em procurar um teste: a notícia sobre o teste viria como um choque em que o namorado compartilhasse que elas poderiam ter sido infectadas por eles.

> ele já tinha me falado, me mandado uma mensagem falando que precisava falar comigo. E não foi agora, faz um tempo. Um tempo. E sempre eu perguntava pra ele o que que era. Uma coisa boa, uma coisa ruim? E, aí, eu comecei a ficar preocupada, mas eu nem imaginava o que era, o motivo disso. Eu comecei a imaginar umas coisas: "Ah, ele me traiu." Umas coisas bem inocentes mesmo. (...) Ele só ia pegar minha mão, chamar pro quarto dele. Eu ia sentar no quarto dele. Eu ia perguntar "O que tá acontecendo? Me fala, pelo amor de Deus!" E, aí, ele ia me entregar o papel, o exame. (...) E, aí, eu ia ver que era de um laboratório. Tava escrito o nome dele. Eu ia achar esquisito. Não ia abrir, mas eu ia perguntar o que que é. E ele ia falar: "Abre." E, aí, eu ia abrir e, aí, eu veria, só que eu não ia entender nada. Umas coisas esquisitas. “Mas eu não tô entendendo. Me fala o que é." Ele: "Lê." Eu ia ver soropositivo, soropositivo. E, aí, eu ia ficar "Meu Deus do céu", sabe? E, aí eu... Nossa, meu coração ia começar a bater e, aí, eu ia começar a chorar e ia falar: "Foi antes, foi antes da gente fazer a primeira vez? Foi quando? Me explica. O que aconteceu?” [Priscila, 16 anos]

Com relação ao local especificamente para fazer o teste, muitos jovens procurariam por serviços que oferecem o teste pela internet ou iriam

ao posto de saúde mais próximo de sua casa. Alguns também recorreriam a amigos como fonte de informação.

> Eu vou fazer, eu vou buscar numa internet. Vou na internet. Vou lá no Google, pai dos burro: 'Teste de HIV'. Aí, eu achei. Vou clicar. Se tiver o telefone, nós liga. Se tiver endereço, nós vai. [Elaine, 19 anos]

4.3 CENAS DE REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI-HIV

Assim como o capítulo anterior detalhou as cenas dos encontros sexuais que levariam à procura pelo teste, apresentamos a seguir as narrativas dos jovens das cenas imaginadas de realização do teste.

De modo geral, podemos observar que, desde o momento em que decidiriam procurar o teste, antecipam um gradativo aumento de tensão e ansiedade relacionadas à experiência de fazer o teste. Essa tensão atingiria seu 'ponto máximo' no momento que antecede a entrega do resultado.

Veremos que nos diferentes elementos do processo de decisão dos jovens emergem tensões e emoções mais ou menos intensas ao longo dos procedimentos e nos diferentes momentos que colocam na cena de testagem. Essas tensões se repetem nas diversas cenas imaginadas. Por exemplo, muitos traziam para a cena imaginada de esperar o resultado do teste retrospectiva da vida sexual e a sensação intensa de arrependimento. Outros imaginavam a reação dos pais e sentiam intensamente o medo antecipando o que diriam e fariam diante da dupla revelação de um diagnóstico positivo e da 'perda da virgindade' das moças.

Da mesma forma, veremos que diversos aspectos apresentados no capítulo 4.1 quando abordamos as percepções dos jovens em relação ao teste, bem como dos facilitadores e obstáculos para que os jovens procurem o teste, emergiram nas cenas imaginadas de testagem. A vergonha e o receio dos jovens quanto a uma possível postura julgadora do profissional de saúde no momento em que chega ao serviço para perguntar sobre o teste foi frequente em várias cenas trazidas no exercício de imaginação ativa.

Organizamos o detalhamento das cenas a partir de uma sequência cronológica que envolve os seguintes aspectos: contar com alguém em algum momento desse processo, o lugar e como o teste é feito, a interação com profissional de saúde, como o resultado é obtido e comunicado e a repercussão dos diferentes diagnósticos na vida do jovem.

4.3.1 Sozinhos ou Acompanhados?

Após decidirem que fariam o teste de HIV, os jovens dividiram-se entre os que conseguiram se imaginar pedindo ajuda de um amigo para ir ao serviço ou para 'desabafar' sobre as preocupações em relação ao teste e aqueles que prefeririam fazer isso sozinhos.

> Aí, eu vou contar pra uma amiga minha pra eu não ir sozinha. Aí eu converso com ela do que eu tô achando, né? Se ela poderia ir comigo fazer o teste, tal, né? eu converso com a minha amiga pra logo ir no posto. (...) Minha cabeça tá a mil. [referindo-se ao dia anterior de fazer o teste] Nossa muita coisa. Medo de morrer... Medo de não ser curada, medo de passar pro meu parceiro (...) Minha amiga tá me dando apoio. Tá me ajudando. Tá preocupada, também. [Natália, 17 anos]
>
> Vou fazer, assim, com muito aperto, com muita dor no coração. Vou com minha amiga. (...) Então, várias vezes, já me falou: "Quando você quiser, vamos no posto, tal." [Carla, 18 anos]
> 'Vou sozinha. Porque eu não quero falar pra ninguém. Quero que seja uma coisa só minha. [Simone, 17 anos]

Ter ou não companhia foi uma diferença importante entre moças e rapazes. Embora tenha havido jovens do sexo feminino que optariam por procurar o serviço de saúde sozinhas, nenhum jovem do sexo masculino imaginou que procuraria pela ajuda de um amigo.

Os rapazes, portanto, poderiam contar com a ajuda de amigos por meio de conversas em que compartilhariam experiências nas quais eles poderiam ser aconselhados a procurar o teste e ter mais informação sobre prevenção de HIV. Por outro lado, outros abririam mão desse compartilhamento enquanto companhia, considerando que nesse momento

os amigos poderiam atrapalhar. O relato a seguir ilustra como conversar com um amigo poderia deixar o jovem mais preocupado:

> ‘Não. Não vou dividir, não. Não falaria, não. Porque a pessoa já julga, né? Já vai falar coisas negativas pra você. Não fala coisas positivas.
> [Entrevistador] O que que cê acha que as pessoas falariam?
> Vai, tipo: "Vai fazer porque, tipo, você não conhece a pessoa", esses negócio. Se a, se a pessoa não entende do assunto atrapalharia. Atrapalharia demais.’ [Antônio, 18 anos]

Assim, os rapazes seriam acompanhados pelos amigos até o momento em que decidissem procurar o teste, a partir daí, fariam todo o percurso posterior sozinhos.

Somente uma jovem relatou que recorreria aos pais, explicando-lhes o motivo que a levou a procurar o teste e pedindo sua ajuda para encontrar um serviço ou laboratório que fizesse o exame, conforme relato a seguir.

> Eu vou ter que falar com meus pais. Minha mãe... Mas vou reunir os dois e falar. Vai ser difícil, né? Que eu sou tímida. [Luana, 17 anos]

4.3.2 Onde Fazer o Teste? Como é Feito Exatamente?

Exceto por uma jovem que referiu o Instituto de Infectologia Emilio Ribas, nenhum jovem relatou que procuraria um serviço especializado em DST da rede pública. Com efeito, foram bastante frequentes os relatos de que só tomaram conhecimento da existência de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) por ocasião da apresentação e convite à participação da presente pesquisa, indicando uma clara restrição no que se refere ao acesso à informação como direito.

Assim, a maioria dos jovens imaginou que o teste de HIV estaria disponível em uma unidade básica de saúde, sendo este o lugar ao qual

recorreriam. Outros locais que imaginaram foram laboratórios privados e o Hospital das Clínicas.

Com relação ao local, muitos jovens procurariam a unidade de saúde na qual já foram atendidos ou aquela que fosse mais próxima de sua casa. A conveniência da proximidade do serviço também esteve relacionada à possibilidade de estar acompanhada por amigas, conforme relato de uma jovem:

> Eu acho que primeiro eu, como eu tenho acesso à net em casa... Como tenho acesso à internet, então eu procuraria primeiro onde tem pra fazer o teste. O lugar mais perto. (...) Acho que colocaria na Google, né? Colocaria 'onde fazer o teste de HIV'. Colocaria isso e provavelmente sairia os lugares. Então procuraria o lugar mais perto do meu bairro pra poder ir lá e com minha amiga, convidaria minhas amigas que me acompanhem e ia lá fazer o teste. [Michele, 17 anos]

Por outro lado, houve aqueles que procurariam um serviço mais distante de sua casa para evitar encontrar pessoas conhecidas, o que, por sua vez, poderia resultar em especulação sobre a vida do jovem. Os relatos a seguir ilustram a preferência de duas jovens por um serviço de saúde longe de sua residência:

> Não. Não iria. [referindo-se a serviço de saúde próximo de casa] Mas de maneira alguma! Eu ia em outro posto, bem longe, né? É. Eu iria, realmente, aonde ninguém me conhecesse. [Claudia, 18 anos]

> Eu iria primeiro, bom, como eu já conheço, tem o Emilio Ribas, né, que ele é, é doenças infecto-contagiosas. Eu acho que a primeira coisa que eu iria fazer, se eu tivesse mesmo desesperada seria, ia a um, a um hospital especializado. O Emilio Ribas mesmo. Agora, aqui na região não [referindo-se a procurar serviço que tenha o teste] . Eu não conheço e talvez não procuraria. Porque pessoas que a gente conhece, por que quem tem sempre esse receio, essa coisa de, de AIDS, fica com medo do que a outra pessoa vai achar, do que a outra pessoa vai pensar. Então, se você ir pra lá, pro centro, as pessoas, ninguém nunca te viu. Então seria bem mais fácil. [Maria Julia, 17 anos]

Os participantes foram unânimes em afirmar que o teste de HIV seria feito por meio de coleta de sangue. Do ponto de vista do procedimento, alguns compararam o teste de HIV com o exame de glicemia, feito por punção digital, ('picadinha no dedo') e outros imaginaram que seria por via venosa.

Desde a chegada ao serviço de saúde, muitos jovens relataram que esperariam bastante para fazer o teste. Alguns jovens imaginaram que o atendimento seria rápido.

> Não seria tão fácil só chegar e falar que quer fazer e fazer, né? Porque nada é assim. Ah, mas vamos facilitar. Aí, a moça falava pra mim aguardar. Aí tinha 300 pessoas pra fazer o teste, porque todo lugar que você vai, tem 300 pessoas na sua frente! Tem 300 pessoas pra fazer o mesmo teste que você. Tem 300 caras horríveis, assim, tipo: "Eu vou fazer o teste." Que nem você. (...) Mas eu esperaria. A parte difícil já foi chegar lá, porque irei embora, né?
> [E] Quanto tempo você acha que vai esperar pra ser atendida?
> Duas horas. [Elaine, 19 anos]

4.3.3 Interação com o Profissional de Saúde

No que se refere à interação entre profissional de saúde e os jovens, diferentes situações foram imaginadas.

Uma vez no serviço de saúde, pedir ou comunicar que quer fazer o teste de HIV na recepção do serviço também foi uma experiência imaginada com considerável constrangimento e vergonha pelos jovens. Falar baixo com o profissional, dizer genericamente que quer fazer um exame de sangue ou agendar uma consulta médica foram estratégias que os jovens imaginaram para 'escapar' do constrangimento de falar sobre o teste com o primeiro profissional que encontrassem no serviço.

> Mas eu iria até o balcão. Eu acho que dá vergonha de você falar para o atendente "Então eu preciso fazer um teste de HIV." Mas é um pouco mais tranquilo do que vários olhos te olhando e só dois prestando atenção no que você diz. Eu me sentiria um pouco mais

> tranquila. Eu iria falar num tom mais baixo. Sem, sem precisar chamar muito a atenção das outras pessoas. [Sonia, 16 anos]

> Ia falar que queria fazer exame de sangue. Isso. Eu ia perguntar como que faz pra marcar exames, fazer coleta, alguma coisa. [Claudia, 18 anos]

> Chegar lá e falar assim: "Quero fazer o exame de sangue." Agora se ela perguntasse: "Mas que exame? Exame de sangue de que?" Aí eu falo: "Exame de HIV." Deixa eu ver, será que eu falaria..? Eu falaria. "Não, vou fazer exame de HIV, tal". Aí, depois eu ia falar, tipo: "Não, é que na escola lá, tá tendo um trabalho. Então eu fiquei, é bom fazer, né? Na escola tem que fazer, vamos fazer." Ia falar isso. Ia jogar um verde, né? (...) Porque eu tenho vergonha, assim. Ah, eu teria vergonha de falar isso. (...) Porque a pessoa, hoje em dia o ser humano é muito crítico, entendeu? Qualquer coisinha é negativo. Você vai fazer o exame: "Ih deve tá, já tá..." Tipo, é um preconceito que a pessoa tem. Eu acho que muitos têm preconceito. [Antônio, 18 anos]

Ainda no que se refere ao primeiro contato com o profissional do serviço, uma jovem ponderou que não gostaria de ser atendida por uma mulher, pois mulheres poderiam ser mais discriminatórias nessa situação. Essa jovem imaginou uma cena em que, ao perguntar sobre o teste de HIV, seria olhada com preconceito, sob o rótulo de ‘novinha rodada’, pela recepcionista, conforme ilustrado na fala a seguir:

> Essa recepcionista... Porque a mulher... ela já, vai querer tipo: “Ah, é novinha e..." Já pesando nessa coisa do: “Ai, é novinha..." E essa coisa do preconceito, achar que a menina é todas rodadas... Então eu preferia evitar. [Andrea, 17 anos]

Após ‘passarem pela recepção’, foram frequentes as falas em que os jovens não imaginaram algum tipo de diálogo com o profissional que faria o teste a respeito dos motivos que os levaram a procurar pelo teste. Com efeito, muitos relataram que esse percurso ‘silencioso’ na unidade de saúde seria dirigir-se do local de espera à sala de coleta e recebimento de um protocolo para retirar o resultado nos próximos dias.

Alguns relatos foram bastante expressivos quanto a um certo ‘descompasso’ na comunicação entre o profissional e o jovem, especialmente entre aqueles que, em razão da grande ansiedade que

sentiam por estarem fazendo o teste, queriam muito conversar com o profissional durante a realização do exame, mas não conseguiam essa interlocução. Os relatos a seguir ilustram o momento em que duas jovens descrevem a formalidade do atendimento durante a coleta de sangue e na consulta médica em um posto de saúde.

> Eu ia transformar ele num descarrego. Ia contar tudo... Ele, ele conversa comigo, mas de uma forma formal. Não tá com pressa. Mas tá formal demais. Eu tô quase chorando... E ele tá, ela tá só respondendo com poucas palavras. Aí, ele tira sangue. Ele tem bastante proteção, eu acho. Ele tá com uma luva grande e com aquele negócio de colocar na cara. Com máscara. Aí, ele coleta sangue. Ele coleta bastante sangue, mais que um exame de sangue normal. E, aí, ele me entrega um papel, pra mim passar na recepção e tirar alguma coisa, qualquer coisa aí, que eu não sei o que é. E, aí, ele me fala quando vai sair, quando vai sair o exame. Vai sair depois de cinco dias. [Priscila, 16 anos]
>
> Estou preocupada (...) Essa médica... eu acho que ela atende como, como deve. Nem muito bem, nem muito mal. [Bruna, 17 anos]

Outra situação imaginada refere-se a um cenário de testagem em que em momento algum, um profissional faz qualquer tipo de pergunta ao jovem sobre o motivo do teste, desde a chegada ao serviço até a entrega do resultado.

> Vou falar no balcão: “Quero fazer um teste de HIV." E ele vai “Me dá sua carteirinha." Aí, ele vai assinar a carteirinha. Tem que assinar a carteirinha quando vai lá. E, aí, ele vai me passar por uma enfermeira. Eu vou ficar esperando. (...) Aí vem a enfermeira. Porque eu vi no Dráuzio Varella. Eu vou sentar. Eu vou esticar o braço, ela vai tirar [sangue].
> [Entrevistadora] Mas ela vai te perguntar alguma coisa?
> Não. Não. Ela já vai saber que eu quero fazer o teste. E, aí, ah... É, não. Acho que não. E, aí, eu vou tirar sangue, tudo mais. Aí, provavelmente, o resultado só estaria pronto depois, né? Porque na hora não sai. (...) Depois de uma semana ia pegar o teste, resultado. Aí, ia ver o resultado... Com dúvidas, curiosidade, angústia.... Aí eu pego com o moço do posto que dá os resultados. ‘Vim pegar o resultado do teste de Aids’. E, aí, ele vai procurar, vai me dar o papel. Aí, eu saio e pronto.’ [Renata, 18 anos]

Diferentemente dos relatos anteriores, alguns jovens imaginaram que o único momento que identificaram como sendo um bom atendimento seria o momento do diálogo com o médico durante a consulta logo antes da coleta de sangue. Seria o único momento em que os jovens poderiam falar sobre suas preocupações e os motivos que os levaram a procurar pelo do teste.

> Eu ia ficar bem tenso. Ia pedir informações, eu ia querer informações, eu ia querer falar com o médico, antes de falar, de fazer o exame eu ia querer saber todas as doenças, como que pega, como que se trata. Eu acho que, e acho que eles vão me tratar super bem assim, tipo, iam esclarecer as minhas dúvidas, por exemplo. [Sandro, 18 anos]

> Essa médica, provavelmente, acho que ela me diria "O que você pensa sobre isso?" Ou "O que você acha?" Ou "Por que você tá vindo aqui fazer esse teste? O que te incentivou?" Acho que eu diria pra ela. Eu acho que atenderia bem. Eu explico pra ela o que aconteceu. O porquê me incentivou. [Michele, 17 anos]

Entretanto, nessas narrativas, também foram frequente relatos de que a comunicação do resultado seria, basicamente, a entrega de um papel, seja dado pelo médico ou por outro profissional do posto de saúde, conforme ilustram os relatos a seguir:

> E eu pegaria e ficaria com o maior medo de abrir o resultado. É um papel. [Alguém conversa com você?] Não. Acho que seria mais sozinha e... Eu e o papel. Acho que eu só abriria em casa. [Michele, 17 anos]

Dessa forma, seja pelo silêncio, pelo tratamento formal/protocolar e, evidentemente, por posturas julgadoras a respeito da sexualidade dos jovens no contexto do atendimento, serviços que oferecem o teste foram imaginados como ambientes não amigáveis.

4.3.4 Aguardar e Receber o Resultado: ‘Antecipação’ Inevitável

Se, de modo geral, as narrativas dos jovens mostram que imaginam que todo o percurso envolvendo a realização do teste seria vivido com

ansiedade desde a chegada ao serviço, quando eles imaginaram dirigindo-se ao profissional para solicitar o teste até o momento em que estivessem aguardando e a coleta de sangue propriamente, o período entre a coleta de sangue e a entrega do resultado do exame foi referido como o mais angustiante e conflituoso. Imaginaram frequentemente que fariam um retrospecto de suas vidas e imaginariam diversos cenários negativos em suas vidas. Para muitos jovens, aguardar o resultado do teste seria vivido em grande medida como uma 'antecipação' do diagnóstico positivo para o HIV.

> Vou esperar [referindo-se ao tempo de entrega do resultado] também cinco minutos. Minha cabeça tá a mil. Muita coisa passando na minha cabeça... O quanto eu me amo e me odeio ao mesmo tempo... Pela burrice que eu fiz. [Carla, 18 anos]

As consequências dessa 'antecipação' do resultado positivo são expressas principalmente no medo e sofrimento que a revelação causaria na família, entre amigos e, eventualmente, entre namorados e parceiros sexuais.

Esse também foi descrito como um momento em que os jovens se preocupariam para que seus pais não percebessem sua ansiedade e, consequentemente, desconfiassem de que estariam fazendo o teste. O teste, nesse sentido, poderia revelar mais do que o sexo desprotegido: para algumas jovens, seria revelação de que não serem mais virgens, conforme ilustrado no relato a seguir de uma jovem que descreveu seu estado emocional enquanto aguardasse o resultado do exame:

> Eu tô tentando ficar normal pra minha mãe, pros meus pais. Mas, na verdade, eu não to conseguindo muito. E eu tô me isolando muito. Fico pensando o que fazer. Se for positivo, quais são minhas chances de vida. Por exemplo, porque eu sempre quando acontece alguma coisa assim comigo, eu sempre tento pensar no que vai, o que eu posso fazer. Como eu vou seguir minha vida a partir do momento que eu souber do... Eu começo a planejar como vou contar pros meus pais e porque eu, como eu vou falar pra eles que eu peguei aquilo. Sendo que eles não sabem nem

> que eu perdi a virgindade. Enfim, vai ser muito ruim. [Priscila, 16 anos]

Assim como descrito anteriormente sobre a procura pelo serviço, muitos jovens poderiam contar com amigos para compartilhar essa experiência nesse momento da realização do teste.

4.3.5 'Pagode na Laje' ou 'Um que te Abraça e Trinta que Afasta': Diferentes Diagnósticos, Diferentes Repercussões na Vida

Via de regra, todos os jovens imaginaram que sua primeira reação em receber o resultado negativo do teste seria um momento de grande alívio e alegria. Alguns, inclusive, 'celebrariam' o resultado, conforme ilustrado no relato a seguir.

> Nossa, faço uma festa. Pagode na laje com churrasco pra comemorar. Tipo, fogos de artifício soltando, assim, de alegria. Acho que muita coisa. Eu acho que eu saio gritando na rua, pulando. [Carla, 18 anos]

Em caso de resultado negativo, alguns relataram que a experiência de fazer o teste serviria como 'lição' que os ensinaria a garantir sua proteção – significada como uso de preservativo – em futuros encontros sexuais, conforme ilustrado no relato a seguir.

> [Entrevistador] Mas depois de fazer o teste, mesmo dando negativo, mudaria alguma coisa pras suas práticas sexuais, na forma como você transa?
> Aí nas sexuais mudaria. Ah, se eu fiquei preocupado uma vez, eu vou ficar de novo. Eu vou, vou ter que prevenir, né? É errando que se aprende. Eu usaria camisinha. [Antônio, 18 anos]

Outra possível decorrência da experiência de fazer o teste e ter recebido resultado negativo seria negociar que o parceiro fizesse também o teste de HIV no início de um relacionamento como procedimento de maior cuidado.

> [E] Aí, cê falou que teria que se cuidar mais, né? Então o que que mudaria na tua vida? Que que é se cuidar mais?
> Cuidar mais, acho que seria você se prevenir. Eu acho que diria pra pessoa, digamos, se a gente ia, como essa doença é transmitida por relações. Então eu acho que eu diria pra pessoa "Você quer fazer, então vai fazer primeiro o teste e depois que você me dá o resultado, aí, a gente vê." [Michele, 17 anos]

Um jovem do sexo masculino imaginou que aproveitaria o momento de receber o resultado negativo como uma oportunidade de ter mais informações sobre prevenção de DST, conforme ilustrado no relato a seguir:

> Eu ia falar com ele [referindo-se ao médico, após entrega do resultado], né? Ia pedir umas, umas orientaçõezinhas aí, além do que eu já tive, tal. Mais pra, como é que se diz? Pra, pra relembrar, se aperfeiçoar melhor assim. [Fábio, 18 anos]

Por outro lado, muitos consideraram o resultado negativo como um 'pesadelo': embora tivesse um forte impacto imediato sobre a necessidade de muita cautela em relação sem consequências para adoção do preservativo em futuros encontros sexuais.

> [Entrevistadora] Mudaria alguma coisa em relação à camisinha?
> Se eu descobrisse que eu não tenho? Então, aí é que tá. Por que aí eu ia, ia acontecer o que, ia falar assim: "Ah, não aconteceu comigo dessa vez.", e aí eu poderia outra vez beber de novo, vamos supor. E querer me arriscar de novo. Dá sorte, aquela história, dá sorte pro azar. [Maria Julia, 17 anos]

Ao imaginarem um possível resultado positivo, a maior parte dos jovens antecipou o momento da comunicação diagnóstica como traumatizante, cheio de arrependimento, de culpabilização individual e do parceiro, antecipando uma vida repleta de obstáculos e restrições, principalmente relacionadas à saúde, aos relacionamentos afetivos e à impossibilidade de ter filhos.

> Burra, burra, burra, burra, burra. Vou querer me matar. Vou, sei lá, acho que eu vou chorar muito. Vou ficar com muita raiva de mim.

Muita. Demais, demais. Estou brava comigo. Estou me enforcando, no momento. [Carla, 18 anos]

O que eu faço. Acho que eu ia, primeiro de tudo, chorar muito. Acho que ia também ligar pra Joana [referindo-se a melhor amiga] desesperada, mas ela não ia saber o que falar pra mim fazer, porque não tem como falar alguma coisa pra pessoa fazer numa situação dessa e eu ia desligar e ia... Eu ia tá, nossa, me sentindo horrível. Ia tá me culpando muito. Ia tá querendo me matar, planejando formas de suicídio.... Acho que no final não, mas é uma ideia que apareceu. É uma opção, assim. Eu ia ter essa opção. Eu ia pensar, assim, colocar os prós e contras de me suicidar. Mas acho que, no final, não ia acontecer isso. Eu ia falar com a minha mãe, primeiro. [Priscila, 16 anos]

Meu Deus do céu! Eu ia entrar em desespero. Ficaria inconsolável. E meu pai ia procurar um tratamento de alguma forma. Meus pais iam ficar abalados. (...) Ia ficar uma situação muito chata, né? Ia fazer um tratamento psicológico, um acompanhamento mais um tratamento pra tentar amenizar a doença.
[Entrevistadora] Além do desespero, que que cê tá sentindo na hora que se vê.
Arrependimento.
[E] Arrependimento. Cê tá brava?
Comigo mesmo.
[E] Só com você?
E com a pessoa.
[E] Cê tá brava com alguém?
Lógico. Na hora você vai sempre colocar, achar alguém pra culpar. (...)
Acho que eu não ia querer mais sair, não sei porque eu vou tá muito triste. Num vou querer mais fazer nada. (...) Num primeiro momento eu acho que eu vou querer largar tudo. No primeiro momento, mas depois eu acho que eu vou pensar e ver que num vou morrer da noite pro dia. Vou poder continuar seguindo a minha vida. Num sei quanto tempo eu vou durar ainda, mas...
[E] Quanto tempo cê acha que cê vai durar?
Então, é que eu não sei quanto tempo a aids dura. Sete anos, oito anos.
[E] Vai ficar? Vai namorar?
No começo, não. Eu vou tá muito abalada. Então eu não vou quere saber mais de nada. Depois, conforme o tempo, fazendo um tratamento, a cabeça vai mudando, suas ideias vão mudando e você vai ver que não é bicho de sete cabeças, assim. Cê pode continuar tendo a vida, mas não prejudicando o próximo. Não passar pra ninguém (...).
[E] Se cê tiver HIV, cê tem filhos?
Não. Porque ele vai sofrer tudo que eu tava sofrendo.
[E] Por que ele vai ter HIV?
Isso.' [Luana, 17 anos]

Ainda, experiências de estigma e discriminação também foram imaginadas caso outras pessoas caso tivessem conhecimento de sua sorologia.

> [Entrevistadora] Você imagina você sofrendo preconceito em relação a ter HIV?
> Ah, com certeza.
> [E] Preconceito de amigos?
> Sim. [Roberta, 20 anos]
> [E] Tem sempre um que te abraça e trinta que afasta

> ‘Porque sempre tem aquela rejeição, aquela coisa. Eu acho que, principalmente, no começo de alguma coisa que a gente precisa tá com, com todo mundo, rindo ainda, brincando ainda. Eu sei que a situação muda. Você chega, por exemplo, eu chegar hoje na minha sala, falar: “Gente, eu descobri que eu tô com HIV." Tem sempre um que te abraça e trinta que afasta. Eu acho. Acho que tipo um que te abraça e fala: “Meu, tô aqui do teu lado pra o que der e vier." E o resto sempre afasta. Mesmo querendo ou não, inconsciente ou não, a pessoa dá uma recuada. Fica diferente. Muda um pouco a situação.’ [Sonia, 16 anos]

Contudo, do ponto de vista da prevenção ao HIV, apenas o diagnóstico positivo garantiria uso de preservativo para proteger o parceiro.

A grande maioria relatou que revelaria o estado sorológico ao parceiro antes de ter relações sexuais, justificando que ‘o parceiro teria o direito saber’. Ainda, alguns jovens relataram que tal revelação seria inevitável, pois a não-utilização do preservativo seria uma decorrência esperada de um relacionamento que se tornasse mais estável.

> [Entrevistadora] Por que cê tem que contar se você vai usar camisinha?
> Pra pessoa saber. Vai que você depois continua tendo relacionamento? Vai pra frente e você não pode sem camisinha? E, aí, a pessoa vai achar estranho. Então, a pessoa tem que saber. [Luana, 17 anos]

No capítulo 4.2 (Cenas sexuais que levam ao teste), priorizamos a decodificação das cenas a partir dos scripts de gênero nas cenas sexuais. No presente capítulo, procuramos explorar o modo como os jovens

imaginariam a experiência de testagem ao avivar interações em diferentes planos, tais como na relação com profissionais de saúde, com suas famílias, amigos e na retrospectiva do relacionamento afetivo e/ou sexual mais intimamente relacionado ao teste.

Para fins de manter o foco no objetivo do presente trabalho, não decodificaremos todos os componentes das cenas que produziriam a interpretação dos diversos aspectos implicados nos sentidos e significados da imaginação ativa dos participantes.

Apresentaremos a seguir a decodificação de apenas uma cena com a finalidade de ilustrar a sua decodificação segundo o quadro dos direitos humanos. Tomemos como exemplo a cena do encontro sexual que levaria a jovem Carla a procurar o teste a fim de analisar elementos que emergem de sua trajetória sexual 'protegida pelo amor', de interação sexual normativa que, ao mesmo tempo, expressa como a norma produz desigualdade de gênero.

> 'Depois que eu vim da Bahia, tal. Por uma foto, eu vi o tio da minha amiga, achei ele lindo, maravilhoso, tudo de bom, tal. E, aí, eu comecei a ficar com ele. Aí, eu fui transar e ele acabou fazendo a cabeça da burra aqui e, aí, eu não usei camisinha. Triste. (...) Tudo que era de bom no mundo, eu achei nele. (...) Aí, depois, a gente começou a ficar... Alto, moreno, bombadinho, lindo. Tudo. (...) A gente foi pra um barzinho. Depois a gente ficou lá em casa. Aí, eu comecei a assistir o jogo. Ele tava me atiçando.... Aí, depois foi pro quarto e aconteceu.
> [Entrevistadora] Vocês transaram sem camisinha?
> Foi... Lá em casa tinha camisinha. Mas, também, na hora assim, no calor do momento eu nem pensei muito. Não sei. Acho que foi ali na hora, assim, tal.
> [E] Mas você chegou a falar pra ele?
> Falei. Falei: "Não tá esquecendo nada não, filho?" "Não. Não tô." "Tem certeza?" "Tenho." "Tá esquecendo sim." "Ah, não. Só dessa vez, vai." Aí, eu... Deixei... Eu tomei o remédio [referindo-se à pílula do dia seguinte] no outro dia.' [Carla, 18 anos]

Como vimos no capítulo anterior acerca do aprendizado do gênero e da sexualidade (Heilborn et al., 2006), a trajetória 'O amor protege' ensina que os namorados são os parceiros confiáveis porque há amor e, por oposição, os 'ficantes' são aqueles que apresentam risco e, após os

encontros sexuais, serão aqueles significados como responsáveis pela falta de proteção (‘o cara fez a cabeça da burra aqui’). Por que, então, justamente nesses encontros casuais mais ‘arriscados’ haveria um ‘vacilo’ no uso da camisinha?

Porque na trajetória ‘O amor protege’ essas jovens significam que o sexo esperado é com o namorado, não aprendem a usar camisinha porque confiam. Finalmente, é preciso de algum modo liberar a timidez (pelo consumo de álcool) para viver o desejo no sexo fora da norma (o ‘não-namorado’), sem nunca terem imaginado um encontro sem amor e fora da norma.

O exercício da imaginação ativa pode ajudar, como vimos neste capítulo, a superar o medo e a pensar e planejar aquilo que a norma silencia (como fazer o teste) ou proíbe (o sexo). Além de um recurso de investigação, como quase sempre em pesquisas qualitativas, a imaginação ativa é um bom recurso de intervenção, útil na ação psico-educativa para a prevenção.

A normatividade de gênero expressa, sem dúvida, um marcador social da diferença (Brah, 2006) que se transforma em desigualdade – das concepções de sexo no namoro como ‘naturalmente’ protegido pela confiança, e de menor possibilidade de controle no sexo casual, percebido como mais impulsivo – nessa cena, marcador que atravessa o plano individual, da trajetória da pessoa. Nesse sentido, podemos dizer que Carla não se sente sujeito de direito de ser assertiva para exigir a camisinha, não sendo, portanto, sujeito de direito ao autocuidado, agente no autocuidado, em qualquer cenário onde a cena sexual acontece.

Essa desigualdade social realizada no plano individual (da pessoa) é reforçada por um programa que trata o plano individual como o plano da vontade, do comportamento e do indivíduo biológico-comportamental. Portanto, não trata o plano individual como o plano da intersubjetividade, da interação com o outro, da interação com o programa, da interação da normatividade de gênero, construída no sujeito ao longo de sua socialização.

Se compreendemos o plano da pessoa como o plano de sua vida cotidiana, como pressupõe a perspectiva construcionista, devemos pensa-la sempre implicada em cenários e realizada intersubjetivamente a cada cena: a cada ato sexual, de interação com o parceiro do momento e a cada cena programática, na interação com as pessoas que promovem ou negligenciam seus direitos à informação, ao cuidado, sem moralizar a priori ou negar as diversas trajetórias pessoais (e sexuais) dos usuários de serviços.

Essa vertente construcionista também concebe o plano da pessoa, que é sujeito de sua vida cotidiana, como o plano do sujeito que é portador de direitos. O horizonte ético-político dessa compreensão da vida e trajetória sexual e da relação deste segmento de jovens com o teste como elemento do cuidado e autocuidado está implicado na análise que fazemos dessas trajetórias pensando saúde no quadro dos direitos humanos, que desenvolveremos a seguir.

4.4. OS DIREITOS HUMANOS ESTÃO IMPLICADOS NA DECISÃO DE REALIZAR O TESTE DE HIV

Além de uma pessoa não ser apenas o indivíduo puramente cognoscente ou biológico-comportamental, como podemos observar na dinâmica da vida cotidiana que foi trazida nas entrevistas ou no debate nos grupos focais, para pensarmos políticas públicas sob responsabilidade do Estado cada pessoa deve ser tomada como uma pessoa que é sujeito de direitos. O sujeito de direitos pode ser observado mais densamente e vivamente em cenas da vida cotidiana, na interação com os serviços, por exemplo. Espera-se que nos serviços o jovem não seja novamente tratado como indivíduo biológico-comportamental, com vontade e motivos que estão todos dentro dele, como se o outro polo da interação não existisse.

Nem sempre, entretanto, o jovem é tratado na interação com portador de direitos, haja vista as narrativas que indicam desconfiança acerca da garantia de sigilo profissional ou de potencial discriminação por parte do profissional no momento da procura pelo teste.

Posicionados em uma abordagem baseada nos direitos humanos, a pergunta teórica que nos orienta a examinar os dados é se o conteúdo e a dinâmica que se decodifica das cenas sexuais, do que imaginam que seria a interação com os serviços em situação de testagem e, portanto, das construções simbólicas compartilhadas em nível coletivo – as construções simbólicas sobre as relações de gênero, a interação sexual, assim como sobre a conduta da família sobre esses temas e as atividades de prevenção ao HIV na escola expressam maior ou menor vulnerabilidade dos jovens no que se refere à provisão de informação sobre o teste e de serviços de testagem por busca espontânea, por exemplo.

Apresentaremos um breve panorama sobre o contexto legal que informa as políticas de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Brasil e, posteriormente, analisaremos o contraste com as narrativas das discussões dos grupos focais no que se refere à disponibilidade, acessibilidade (com especial atenção à não-discriminação, acessibilidade física e acessibilidade financeira), aceitabilidade e qualidade da provisão de informação sobre o teste de HIV e dos serviços que oferecem o testagem.

4.4.1 Temos um Contexto Legal e Político Favorável para que os Jovens Procurem o Teste?

No que se refere ao contexto legal e às diretrizes técnicas que embasam a oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva do adolescente enquanto direito no Brasil, destacamos como referência dois documentos sobre o estabelecimento de questões e provisões legais acerca do atendimento de adolescentes em serviços de saúde: o 'Marco legal: saúde, um direito de adolescentes'[12] e as 'Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e

[12] Com base no Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade e, portanto, manuais e normas técnicas de saúde do adolescente terão esta faixa etária como referência.

Recuperação da Saúde' ambos produzidos pelo Ministério da Saúde, respectivamente, em 2005 e 2010 (Ministério da Saúde, 2007b, 2010).

O Marco legal apresenta instrumentos legais de proteção ao direito à saúde dos adolescentes, com base no ECA e nas Leis Orgânicas da Saúde, afirmando-os como sujeitos de direito e em forte recusa à concepção de objetos de intervenção do Estado ou da família. Por outro lado, as Diretrizes Nacionais reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, tendo como referência normativa a IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995.

No que se refere às normativas para testagem anti-HIV com adolescentes, em 1999, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas condições específicas para a oferta do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste para adolescentes com base no ECA e no Código e Ética Médica (Ministério da Saúde, 1999) que foram, em 2007, atualizadas pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/aids do Estado de São Paulo a fim de instrumentalizar profissionais de saúde quanto aos subsídios legais para o atendimento de adolescentes e jovens (Araujo e Calazans, 2007).

A presença de pais ou responsáveis na realização do teste anti-HIV é obrigatória para crianças (indivíduos de zero a 12 anos incompletos de idade). No caso de adolescentes (ou seja, indivíduos de 12 a 18 anos incompletos), após avaliação do profissional de saúde quanto à capacidade de compreensão e discernimento, fica a critério do adolescente realizar o teste, bem como informar o resultado a outras pessoas.

Essas diretrizes do Ministério da Saúde de 1999 referem-se ao atendimento de adolescentes na rede pública de saúde. Portanto, espera-se que sejam asseguradas tanto na atenção básica quanto na rede especializada em DST/Aids, a presença de aconselhamento pré e pós-teste, bem como as condições de sigilo e confidencialidade, conforme reiterado no 'Marco legal: saúde, um direito de adolescentes' pelo próprio Ministério em 2005.

Dessa forma, a produção dessas diretrizes e normas técnicas consiste em uma resposta à constatação de que adolescentes e jovens

encontram-se particularmente vulneráveis no que se refere à saúde sexual e reprodutiva em razão de sua idade:

> (...) adolescentes e jovens, de ambos os sexos, não têm reconhecimento social como pessoas sexuadas, livres e autônomas, estando submetidas a situações de vulnerabilidade no plano pessoal, social, e institucional e a interdições pessoais diversas que repercutem na saúde sexual e na saúde reprodutiva.' (Ministério da Saúde, 2010; p. 82)

Voltando à pergunta inicial desta subseção, do ponto de vista das leis e formulação de diretrizes em saúde, podemos afirmar que o Brasil deveria possuir um contexto altamente favorável para que os jovens procurem o teste de HIV na medida em que reconhece e incorpora diversos acordos internacionais como parte dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens.

Adicionalmente, o exame desses documentos mostra o reconhecimento do Estado de que tais direitos só podem ser plenamente realizados na medida em que se avance no sentido das equidades de gênero, de orientação sexual, racial, étnica, de classe social e que sejam fortalecidas a autonomia e participação de adolescentes e jovens na construção do seu projeto terapêutico.

Entretanto, conforme veremos nas subseções seguintes, esse caráter progressista e emancipatório presente nas leis e diretrizes brasileiras aparece de modo rarefeito, quando não ausente, no plano da vida cotidiana dos jovens, nas suas cenas de interação social – neste texto, cenas de interação para o sexo ou para busca de autocuidado e testagem junto aos serviços. Dessa forma, veremos uma grande disparidade entre os valores que orientam a formulação das políticas e a percepção, com base na experiência concreta do uso dos serviços, de que procurar e fazer um teste de HIV não seria tarefa simples para um jovem.

4.4.2 Disponibilidade da informação e dos serviços que oferecem o teste

No que se refere à provisão de informação, os jovens foram unânimes ao afirmar que o teste de HIV nunca foi tematizado em atividades de prevenção na escola. Relataram que para considerarem um teste de HIV dependem indiretamente das informações sobre prevenção ao HIV, as quais são centradas na mensagem 'use camisinha para evitar doença', frequentemente transmitida de modo superficial, sem discussão sobre como negociar prevenção e prazer e supondo somente práticas heterossexuais. Dessa forma, nada nos relatos indica o reconhecimento da sexualidade juvenil como direito, e a proteção que a testagem e o aconselhamento produziriam em tais atividades.

Lacunas no conhecimento sobre Aids também foram identificadas como relevantes. Alguns jovens relataram que gostariam de ter mais informações sobre o tratamento da Aids. Nesse sentido, para alguns jovens, essa informação pode operar como facilitador para procurar ou efetivamente dirigir-se a um centro de testagem.

> 'Eu queria saber mais sobre o tratamento. Porque só se fala como se evita. Muitos sabem como evita, mas muitos não sabem como fazer o tratamento. Quais sintomas.' (jovem sexo masculino)

Nesse sentido, particularmente tendo em vista que há 'silêncio' sobre o teste na escola, a grande maioria dos jovens procuraria informações sobre como e onde fazer o teste na internet. Os postos de saúde onde são atendidos, amigos próximos e professores que, excepcionalmente, eram considerados 'liberais' na discussão sobre sexualidade, também seriam fontes de informação sobre o teste.

No que se refere ao lugar onde fazer o teste, tendo ou não pesquisado previamente na internet ou consultado outras pessoas, a maior parte dos jovens procuraria fazer o teste no posto de saúde mais próximo de casa.

Não houve relato algum de obstáculo para fazer o teste em decorrência de ausência de serviço de saúde, ressaltando em nos nossos achados que a dificuldade de acesso ao teste, como veremos no item a seguir, não deve ser interpretada como falta de acesso a serviços de saúde.

4.4.3 Acessibilidade da Informação e Serviços que Oferecem o Teste

Não observamos nas narrativas quaisquer obstáculos para que os jovens acessem as fontes disponíveis de informação sobre o teste – internet, postos de saúde, amigos e, eventualmente professores –, uma vez que todos afirmaram ter acesso à internet, bem como frequentam serviços de saúde de modo geral e estavam matriculados na escola.

Entretanto, o total desconhecimento dos participantes sobre a existência de uma rede pública de saúde especializada em DST/Aids (Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA - e Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids - SAE) ilustram uma clara restrição no que se refere ao acesso à informação como direito.

A seguir, examinaremos como as dimensões relacionadas à não-discriminação e à acessibilidade financeira e física emergem nos relatos dos jovens sobre como seria seu acesso aos serviços em que fariam o teste.

Quanto ao princípio de não-discriminação, especialmente entre as jovens menores de 18 anos, muitas imaginaram que enfrentariam algum obstáculo ou constrangimento ao procurar um serviço de testagem em razão de posturas pré-julgadoras por parte dos profissionais de saúde com relação a sua idade, conforme vimos no capítulo anterior. Tal julgamento se daria principalmente em função de os profissionais manifestarem, direta ou indiretamente e particularmente no momento da chegada ao serviço, posturas que sinalizariam desaprovação quanto ao fato de os jovens terem vida sexual e, portanto, a procura pelo teste seria decorrente de um descuido típico de uma idade em que eles ainda não teriam “naturalmente” controle sobre sua sexualidade (como se os adultos se curassem desta falta

de controle). Fato que afeta mais claramente os rapazes. Ao mesmo tempo, essa visão essencialista sobre a sexualidade e adolescência se soma um valor moral que os participantes pressupõem que vão encontrar na interação com os pais que expressa a normatividade para o sexo na qual foram socializados, especialmente forte entre as meninas: não se deve fazer sexo nessa idade.

Outro aspecto preocupante relatado por alguns participantes foi a antecipação de que profissionais de saúde podem não ser confiáveis quanto ao sigilo e confidencialidade do uso que os jovens menores de idade possam eventualmente fazer dos serviços. Sobretudo, a grande maioria desconhece estes dois elementos como direitos. Como decorrência, muitos pensam que seria necessária a presença ou consentimento dos pais para utilização dos serviços e parte considerável desiste de procurar o serviço por esta razão.

Nesse sentido, independentemente de sexo ou orientação sexual, ser menor idade ou 'ter cara de adolescente' aparece como saliente entre os obstáculos de acesso ao teste em um serviço de saúde.

No que se refere à acessibilidade física, embora os relatos tenham sido diversos quanto a procurar um centro de testagem perto ou longe de casa para assegurar, respectivamente, comodidade ou privacidade, não foram mencionadas dificuldades relacionadas a transporte ou locomoção, independentemente da distância entre o local de moradia e o serviço de saúde escolhido.

Quanto à acessibilidade financeira, nenhum jovem imaginou obstáculos dessa natureza para realizar o teste de HIV, sendo bastante frequentes os relatos de que procurariam pelo teste no posto de saúde mais próximo de sua casa. Os poucos jovens que imaginaram que recorreriam à laboratórios privados utilizaram esse recurso como parte de seu plano de saúde.

Gastos com transporte para se deslocarem até algum serviço de saúde ou outras restrições não foram referidos como dificuldades de acesso ao teste.

4.4.4 Aceitabilidade da Informação e dos Serviços que Oferecem o Teste

No que se refere à provisão de informação, observamos diversas falas em que os jovens não reconhecem que as atividades de prevenção 'dialogam' com eles nos termos de sua vida cotidiana, reconhecendo, por exemplo, a diversidade de suas experiências, de orientação sexual, entre outros temas que os fazem diferentes.

Portanto, na prática, essa experiência dos jovens contrasta radicalmente com o que preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde:

> no plural, os termos – adolescências e juventudes – com o intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais (Ministério da Saúde, 2010; p. 10)

Quanto aos serviços de saúde, conforme apresentado no capítulo anterior, imaginar-se entrando no 'postinho', dirigindo-se à recepção e perguntando em voz baixa pelo teste de HIV foi relatado por diversos jovens como um momento de bastante preocupação, vergonha e ansiedade.

Poucos jovens imaginaram práticas profissionais relacionadas a aconselhamento para o teste. Muitos imaginaram um cenário em que 'ninguém conversaria com eles', especialmente sobre as circunstâncias que os levaram a fazer o teste. Com efeito, serviços de saúde foram frequentemente percebidos como lugares frios e pouco amigáveis aos jovens.

4.4.5 Qualidade da Informação e dos Serviços que Oferecem o Teste

As lacunas de conhecimento sobre a Aids e atividades de prevenção ao HIV sem interação ou diálogo parecem configurar um contexto em que a qualidade de informação sobre o teste é empobrecida uma vez que, ora

expressa a sinergia de estigmas que construíram socialmente a noção do que é a epidemia da Aids, a quem atinge, ora significa um mero procedimento de saúde como, por exemplo, uma coleta de sangue.

Com relação aos serviços de testagem, muitos jovens imaginaram pouco diálogo com o profissional de saúde e os poucos que imaginaram um 'bom atendimento' o imaginaram em uma consulta médica, anterior à coleta de sangue e não no momento da realização do teste e do pos-teste.

A obtenção do resultado do exame foi reduzida 'a entrega de um papel' e não há nas falas dos jovens a percepção de procedimentos relativos à prática de aconselhamento, particularmente pós-teste. Via de regra, a percepção desses jovens sobre como seria o teste, baseada em suas experiências de uso de serviços de saúde, não permite imaginar um cenário de encontro com o profissional. Está, portanto, claramente em direção oposta ao que se preconiza nas diretrizes sobre testagem e aconselhamento do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1999).

Em síntese, o 'silêncio' sobre o teste em um contexto em que as atividades de prevenção ao HIV na escola são meramente informativas e normativas, descontextualizadas da saúde sexual como direito, e a percepção de potencial constrangimento, discriminação e violação de sigilo e confidencialidade no acesso aos serviços de saúde não permitem que os jovens se posicionem como sujeitos de direito ao autocuidado ao imaginarem a procura pelo teste.

É necessário, portanto, haver investimento público em mediações que possam reduzir essa disparidade entre o plano da vida cotidiana e o que se preconiza nas diretrizes que formulam as políticas públicas.

É na direção deste desafio de aprofundar a qualidade das políticas públicas de prevenção entre jovens que construímos a discussão desses resultados que escolhemos analisar e apresentaremos a seguir, como momento de síntese da trajetória metodológica proposta.

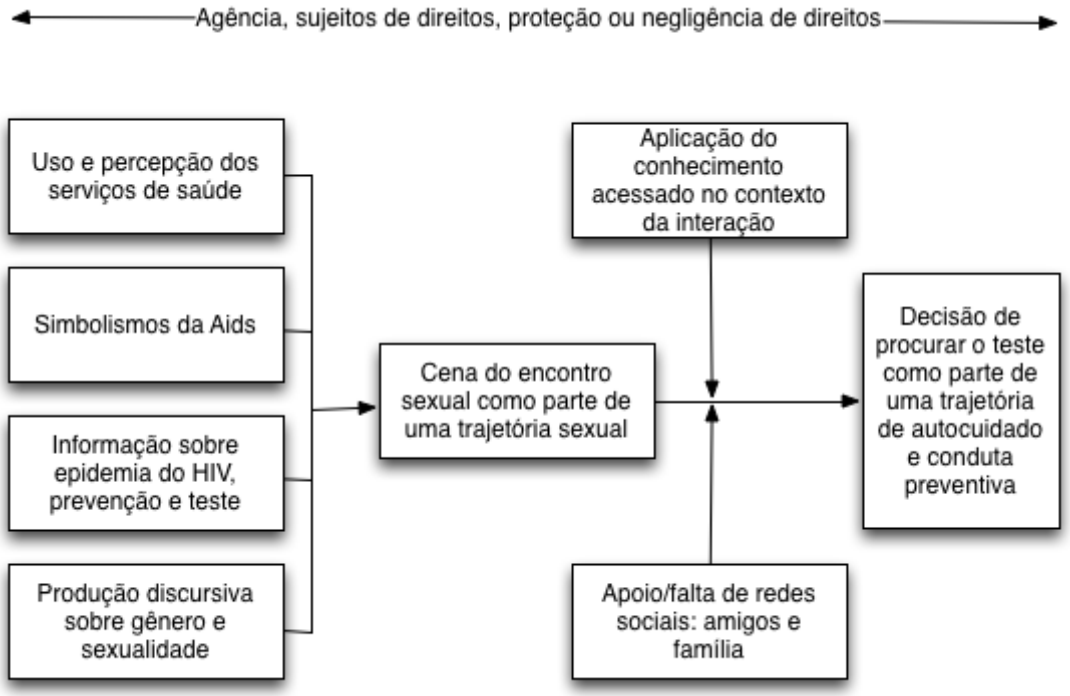
5. DISCUSSÃO

O processo de decisão dos jovens em relação ao teste é marcado por trajetórias afetivo-sexuais que, por sua vez, expressam diferentes normas de gênero para a sexualidade, constituindo diferentes trajetórias de autocuidado. Esse processo também é informado pelo modo como a prevenção tem sido significada pelos jovens a partir do acesso que têm em sua vida cotidiana à saúde e à educação para a prevenção.

Discutiremos nos quatro eixos a seguir como as cenas e trajetórias sexuais informam diferentes tipos de processos de decisão (Item 5.1) e como os serviços de saúde, família e amigos podem operar como moduladores desse processo a partir da relação de confiança que os jovens estabelecem com esses atores (Item 5.2). Posteriormente, veremos como o estigma da Aids sintetiza tanto a reprodução quanto a produção de novos significados atribuídos ao teste de HIV, dificultando seu acesso pelos jovens (Item 5.3), e, por fim, como o quadro dos direitos humanos constitui uma importante ferramenta para traduzir esses diferentes contextos de desigualdades presentes na cenas sexuais e de testagem ao explicitar os direitos sexuais e reprodutivos e à saúde que as políticas públicas devem respeitar, proteger e efetivar (Item 5.4).

A fim de ilustrar como compreendemos a interação entre os diferentes elementos implicados no processo de decisão dos jovens (particularmente os Itens 5.1, 5.2 e 5.3), apresentamos a seguir um esquema que sintetiza nossos achados (Figura).

Figura. Síntese dos principais elementos implicados no processo de decisão dos jovens em relação ao teste anti-HIV.



5.1 PROCESSO DE DECISÃO INFORMADO PELA TRAJETÓRIA SEXUAL (GÊNERO E SEXUALIDADE) E DE CONDUTA PREVENTIVA

No que se refere às trajetórias sexuais que levariam ao teste, as trajetórias ‘o amor protege’, ‘tá no fogo, então vamos que vamos’, ‘eu gosto de meninas... o perigo está nos meninos’ expressam mais acentuadamente os modelos de feminilidade subordinada e masculinidade hegemônica nas normas tradicionais e binárias para os *scripts* sexuais e gêneros – o feminino e masculino esperado como resultado da socialização. Assim, seja pelo ‘fogo do momento’ ou pelo desejo no sexo fora da norma, esses jovens se posicionariam em relação a uma possível exposição ao HIV muito mais de um modo que responsabiliza ou mesmo culpa o parceiro ou a parceira, uma vez que são pessoas em quem não se poderia ‘confiar’, dado que não há amor, ou são ‘minas que deram pra todo mundo’ ou ‘caras que comeram’ ou mesmo porque ‘homens não se cuidam’. Nesse sentido, uma característica comum a essas trajetórias é que elas informam um tipo de decisão que seria, nos termos dos jovens, baseada na noção de que se procura o teste por ter ‘transado com a pessoa errada’. Essas concepções acerca do acerto e erro quanto à escolha do parceiro estão articuladas pelas concepções de gênero e sexualidade que, por sua vez, participam dos simbolismos associados à Aids. A cena em que se ‘transa com a pessoa certa’ não desperta a noção de que o teste se colocaria como opção de autocuidado.

Por sua vez, as narrativas das duas jovens da trajetória que classificamos como ‘Forçou a barra’ mostrariam uma experiência mais extrema, articulada ainda ao cenário cultural dos *scripts* expressivos masculinidade hegemônica nas últimas décadas colocados em cheque: quando ela resulta em violência de gênero, ‘minando’ tanto o desejo, a confiança e o afeto que essas jovens tinham pelos parceiros quanto as chances de negociação de sexo mais seguro. Assim, essa trajetória informa um tipo de processo de decisão que poderia ser traduzido como procurar o teste de HIV porque ‘a pessoa certa fez a coisa errada’.

Por outro lado, os jovens das trajetórias ‘não é bem assim... o amor não protege’ e ‘um único vacilo na vida’ apresentam um perfil de trajetória diferente das anteriormente mencionadas no que se refere ao seu posicionamento em relação à exposição ao HIV. Esses jovens apresentam maior agência a respeito do próprio desejo e da conduta preventiva, tanto pelo uso consistente de preservativo em parcerias estáveis ou casuais, mas principalmente por considerarem que a exposição ao HIV pode acontecer em parcerias estáveis e casuais, sem racionalizar o evento da exposição como decorrente da lógica do acerto e erro quanto ao parceiro. São trajetórias que informam o processo de decisão de procurar o teste pela ‘necessidade de cuidado’ e expressam que articulam melhor o acesso à informação que tiveram sobre Aids e prevenção, os *scripts* de gênero atualizados pelas novos discursos presente no cenário cultural de sua socialização.

Se entendemos que a trajetória sexual para o teste expressa também uma trajetória de autocuidado e conduta preventiva, o processo de decisão em relação ao teste está, portanto, também assentado sobre outros processos de decisão ao longo da vida do jovem como, por exemplo, a primeira relação sexual, o uso de preservativo ou da pílula, a opção pela contracepção de emergência, entre outros. Tais processos, assim como as trajetórias, sempre dependeram das interações com outras pessoas e diferentes discursos e envolveram maior ou menor agência do jovem sobre essas práticas. Entendemos que a agência ao longo desses processos e trajetórias é expressão da maior ou menor autopercepção do jovem como sujeito de direitos. É particularmente nessa direção que nos interessa analisar como as normas de gênero para sexualidade que definem os *scripts* masculinos e femininos estão presentes nas cenas dos encontros sexuais.

Retomando o uso analítico que Brah (2006) faz da diferença como experiência, os significados que moças a rapazes atribuem ao sexo são bastante distintos. Embora haja consenso entre os jovens de que ‘transar’ seja um ato sexual, a presença de envolvimento afetivo (‘transar como uma troca de amor’, ‘uma entrega’) foi referida por parte considerável das jovens

do sexo feminino enquanto os rapazes diferenciam o ‘transar com quem se gosta’ do ‘transar por transar’ ou ‘com alguém que não tem muita importância’.

Independentemente de terem sido ou não classificados em alguma das seis trajetórias sexuais para o teste, a desigualdade de gênero presente nos encontros sexuais foi saliente nas narrativas dos jovens, seja no início da vida sexual (por exemplo, levar o jovem ao ‘puteiro’ para ‘provar’ que é homem) ou no encontro que levaria ao teste (por exemplo, o sexo sob coerção), e tem implicações diferentes para rapazes e moças.

Frequentemente essa desigualdade parece estar organizada em torno de uma tensão entre ‘desejo’, ‘prazer’ e ‘confiança’ no encontro sexual que modula a avaliação da moça ou do rapaz sobre o ‘risco’ para HIV que o parceiro representa. Nesse caso, utilizamos a palavra risco entre aspas para destacar que as falas dos jovens expressam a moralização do quadro do risco, e não o seu uso probabilístico. Uma exemplo clássico na história da Aids dessa moralização foi o uso da expressão ‘grupos de risco’ para reforçar e legitimar processos de estigmatização das pessoas afetadas pela Aids que fossem homens que faziam sexo com homens, trabalhadoras do sexo, usuários de drogas injetáveis (Paiva e Zucchi, 2012).

‘Era uma oportunidade única’, ‘não consegui me segurar’, entre outros, são descrições da cena de sexo casual imaginada de exposição ao HIV que ilustram o processo de socialização masculina para o sexo. A construção da virilidade masculina está apoiada em valores nos quais os homens são ensinados para estarem ‘sempre prontos para o sexo’ e que seu desejo para o sexo é, em grande medida, significado como incontrolável. Esse aspecto também desempenha um fator de pressão da socialização masculina para encontrar uma parceira com a qual seja possível estabelecer rapidamente uma situação de sexo casual, ou forçando a namorada para fazer sexo como prova de amor. Quando a pressão para esta demanda não é atendida, sansões são esperadas, a exemplo das narrativas de Kleber ter transado porque a moça o provocava dizendo que ele era gay, e Antônio ter sido levado pelo tio ao ‘puteiro’ para que ‘provasse que era homem’. Ambos,

justamente por terem vivido a norma como opressão, se arrependeram do que fizeram por não ter sido com ‘a pessoa certa’, significada como uma namorada. A agência e o sujeito de direitos como virtualidade a ser mobilizada por discursos alternativos na experiência da construção da diferença é avivada como resultado da experiência significada como opressiva, articulada pelos *scripts* intrasubjetivos. Por outro lado, nas situações em que sentiam desejo, esses jovens tiveram relações de sexo casual exatamente como a masculinidade hegemônica prescreve: imediata e impulsiva e associável à parceira errada porque ‘de risco’.

Nesse aprendizado do gênero e da sexualidade, ‘quanto mais pegador, mais homem’ e, portanto, não é ao acaso que a experiência sexual (‘macaco velho’) é significada tanto como quantidade de parceiras sexuais (‘pega todo mundo’) como fator que leva o homem adulto a perceber mais rapidamente as consequências do sexo desprotegido (‘a ficha cai na hora’) associado aos velhos simbolismos estigmatizantes na história da Aids. Assim, a norma da masculinidade associada ao *script* masculino de ter muitas parceiras sexuais (o acúmulo de ‘oportunidades abraçadas’) opera como mediador sobre como se constrói a percepção do jovem de exposição ao HIV e da necessidade de fazer o teste. Portanto, quanto mais ‘pegador’, mais ‘esperto pra Aids’. São justamente os ‘pegadores’ que ‘pegam’ Aids.

Estar ‘esperto’ para o HIV ou a Aids depende também do quão confiável a parceira é. Essa confiança que se constrói acerca das parceiras parece expressar um tipo de ‘fidelidade sexual’ expressivas do *script* masculino: namoradas são confiáveis porque não têm outros parceiros e as ‘ficantes’ ou ‘peguetes’ possivelmente ficaram com vários outras pessoas, reiterando-se os estereótipos que associam namoro a ‘segurança’ e sexo casual a ‘perigo’ que permanecem entre rapazes.

Portanto, não foi ao acaso que nenhum rapaz heterossexual imaginou possível exposição ao HIV no contexto de uma parceria estável: ao introduzir o contraste de parceria, solicitando aos jovens que substituíssem a moça com quem estavam ficando por uma namorada, a preocupação em relação ao HIV desapareceu completamente da cena sexual.

Da mesma forma, não foi qualquer sexo casual que os levaria a pensar em HIV: independentemente de terem sido classificados em alguma trajetória, os seis rapazes heterossexuais imaginaram um encontro sexual com uma 'mina que deu muito mole'. Por outro lado, Carlos, um jovem gay, imaginou o encontro sexual com o namorado como sendo aquele que o faria procurar o teste, mostrando que quando as concepções sobre masculinidade estão sendo ressignificadas em novos cenários culturais, produzem *scripts* diferentes, há a possibilidade de se pensar tanto a exposição quanto uma prevenção dialogada entre sujeitos.

Se pensarmos em termos de uma complementariedade da norma, a 'mina que deu muito mole' ou foi 'muito fácil' representa maior risco justamente porque faz aquilo que a norma prescreve para servir aos homens. Dessa forma, o contraste de maior idade da parceira foi unânime entre os rapazes como um fator que aumentaria sua preocupação em relação a fazer o teste de HIV, mostrando a ambivalência da experiência sexual do 'macaco velho' como sendo, ao mesmo tempo, 'mais esperto para a Aids' a ponto de chegar na mulher mais velha que, por outro lado, no *script* complementar, não é ingênua nem subordinada, portanto é 'mais perigosa'.

Nos encontros de sexo casual, a naturalização da impulsividade do desejo, outro elemento do *script* masculino, serve como explicação para o não uso do preservativo entre os rapazes, a exemplo das falas em que 'não deu tempo' ou que o preservativo estava 'muito longe'.

Para algumas jovens, conceber um teste de HIV em um namoro ou relacionamento estável só seria possível se houvesse 'quebra de confiança' no parceiro, entendida como infidelidade ou conhecimento de inúmeras parceiras sexuais. Tais acontecimentos seriam incompatíveis com o sentido do 'sexo com amor' ou envolvimento afetivo, o qual confere segurança contra qualquer doença ou mal transmitido nesse contexto e, portanto, essas moças se cuidariam tão somente para não engravidar, parte do *script* feminino e não masculino. Uma relação semelhante a essa é observada na literatura sobre as jovens que vivem sob algum imperativo de estar em um

relacionamento afetivo-amoroso estarem mais suscetíveis à dificuldade de negociação do uso de preservativo com o parceiro e, consequentemente, mais suscetíveis a se infectarem com DST (Raiford et al., 2013).

Por outro lado, diferentemente das cenas 'românticas', vimos também outras narrativas que expressam diferentes normas de gênero para a sexualidade: já é possível maior liberdade para experimentar relações de sexo casual sem ser, necessariamente, rotuladas como 'peguetes'.

Outra diferença quanto à ampliação dessas normas disputando o cenário cultural que produz *scripts* sexuais femininos e masculinos é a mudança do status de 'virgem' como pressão do grupo de amigas, haja vista a narrativa de Natália, em que ela 'acabou indo de tanto que as amigas enchiam'. Essa norma e *script* eram exclusivos dos rapazes e hoje passam a ser parte do universo de discursos presentes na interação cotidiana das moças, no qual há disputa pela atenção da ação como sujeitos de dois desejos: o de se adequar à norma e o de viver a experiência.

Ao pensarmos gênero como uma relação social que se situa em intensa disputa discursiva (Brah, 2006), não é produtiva a generalização 'consensual' de que significados de atividade, dominação e racionalidade são atribuídos ao masculino e assim encarnados em oposição à passividade, submissão e emoção atribuídas ao feminino. Embora esses significados participem da socialização, é fundamental observarmos justamente como a intercambialidade entre essas posições na normatividade dicotômica para os gêneros se dinamiza nas cenas de interação viva, com pares e parceiros, e no acesso aos discursos em disputa no cenário cultural.

Essa compreensão é relevante para evitar polarizações estereotipadas de que os rapazes seriam os 'algozes' da prevenção e, as moças, suas vítimas. A mesma polarização que significa como algozes as moças na posição extrema da "peguete", "fácil" – um *script* que também é tratado como menos portador de direitos de cuidados à saúde – e mantém como sem direitos os *scripts* que expressam submissão.

Um claro exemplo do limite da literatura que discute a não-utilização de preservativo é o uso isolado da variável 'não aceitação pelo parceiro'

(Galvão et al., 2002), sem que outras variáveis sobre as parceiras sejam incorporadas dinamicamente, por exemplo, a intenção de uso da menina, entre outros.

Nesse sentido, conforme referido anteriormente, a maioria dos encontros de sexo casual sem preservativo que levariam ao teste ocorreram em cenas em que as circunstâncias da interação resultaram em falta de assertividade das jovens. Com efeito, pudemos observar nas narrativas das moças e dos rapazes que elas próprias, assim como algumas parceiras referidas pelos rapazes, também vivem situações em que não querem usar e algumas retiram o preservativo durante a relação sexual. Assim, a experiência de desejo e prazer em alguns encontros, utilizando os termos de Brah (2006) como prática de atribuição de sentido, é de que a camisinha 'atrapalha aquela emoção', a qual possui significado semelhante a 'transar no pêlo', referida entre os rapazes.

Se concebemos cada jovem como sujeito sexual e adotamos a noção de que para estimular a prevenção devemos fortalecer essa dimensão do agente da interação em cena, contestar modelos, implícitos ou explícitos, de feminilidade subordinada será crucial para que as moças tenham liberdade para, assim como os rapazes o fazem, dizer que não gostam de usar preservativo sem serem julgadas por falaram sobre seu prazer e que possam, consequentemente, alcançar outros modos compartilhados de autocuidado com seus parceiros ou parceiras, como, por exemplo, fazer exames de DST ou de HIV e poder conversar sobre isto.

Considerando-se a diversidade de experiências que observamos nas trajetórias e nas cenas sexuais dos jovens participantes, é significativo que somente uma jovem tenha imaginado o teste de HIV como antecipação em relações sexuais futuras. Este fato é emblemático de uma dificuldade de prever e antecipar a prevenção, de um lado, em razão de sexualidade juvenil ser culturalmente marcada pelo significado do espontaneísmo (Heilborn et al., 2006), de outro, porque a educação para prevenção é mais frequentemente pautada na moralização da sexualidade do jovem (Altman, 2007), 'recomendando' o adiamento do início da vida sexual como medida

de proteção, e na normatividade técnica, que estabelece o preservativo como compulsório nas relações sexuais, sem considerar, por exemplo, o plano intersubjetivo que informa o autocuidado. Ou que cenas sexuais e a interação viva resultaram em não uso do preservativo e, portanto, se beneficiariam do teste para o autocuidado. Os jovens vivem em contextos difíceis para a expressão plena e segura da sexualidade e de suas opções, na gestão possível na dinâmica de cada cena, do autocuidado.

No caso dos jovens homossexuais, em que a questão da reprodução não está colocada, ressalta um elemento êmico importante para a prevenção ao HIV: a narrativa de Carlos, que faz uso consistente de preservativo, em que a cena sexual que levaria ao teste seria a camisinha ter rompido durante a relação com seu namorado. Podemos compreender essa cena como resultado do cenário cultural em que os *scripts* homossexuais resultam de acesso ao discurso preventivo e da noção de que homossexuais têm direito ao cuidado e à saúde.

O rompimento do preservativo nas relações sexuais acontece com maior frequência especialmente entre aqueles que fazem uso consistente do preservativo (Lindberg et al., 1997), sejam homens hetero ou homossexuais. Há também um silêncio sobre o rompimento do preservativo nos programas de prevenção, tema fundamental para pautar a oferta do teste nessas circunstâncias de exposição, levando em consideração que homens que fazem sexo com homens constituem o segmento de maior proporção de uso consistente de preservativo (Glick et al., 2012) e mais afetado pela epidemia de HIV (Beloqui, 2008).

Outra expressão de temas muito pouco abordados pelos programas de prevenção ao HIV com jovens está ilustrada nas falas das duas jovens lésbicas (Flávia e Elaine) em que elas nunca haviam ouvido falar que seria possível se infectar com DST em relações com outras mulheres e, portanto, nunca tomaram qualquer tipo de medida de proteção. Mais ‘invisível’ ainda para os programas de prevenção é reconhecer que essas jovens, que se identificam como lésbicas, podem manter relações sexuais desprotegidas

com rapazes, sendo estes apontados por elas como os únicos que efetivamente apresentam ‘risco de doença’.

Entre os jovens heterossexuais e as jovens lésbicas que mantém relações sexuais com rapazes, evitar a gravidez continua sendo o evento de maior preocupação na ausência do uso de preservativo, conforme amplamente descrito desde os trabalhos com prevenção de HIV com jovens na década de 1990 (Paiva, 2000). Nesse sentido, a crescente presença da contracepção de emergência, conforme vimos nas narrativas das jovens, ressalta tanto a dificuldade da antecipação da contracepção como a importância da oferta do teste como alternativa a essa gestão do risco mais saliente para essas jovens, o da gravidez.

Em diversas narrativas de cenas de sexo casual foi bastante expressivo o consumo de álcool como parte da sociabilidade de moças e rapazes, especialmente nas ‘baladas’. O álcool apareceu como um facilitador nas interações de aproximação entre os jovens que, ao diminuir a inibição ou a timidez, permite que aconteça o sexo casual com um(a) parceiro(a) que acabou de conhecer, como já descreviam também as primeiras reflexões sobre prevenção (Paiva, 2000) e estudos mais recentes. Entretanto, embora a aproximação com o parceiro seja facilitada, os jovens também atribuíram uma perda de controle decorrente do consumo excessivo de álcool, expressa pelo não-uso de preservativo. Os contrastes das cenas mostram que, quando os jovens foram solicitados a ‘excluir’ o álcool das cenas, alguns imaginaram que teriam usado camisinha e outros que o encontro sexual nem teria acontecido. Isso ressalta a importância de que os programas de prevenção considerem tanto o uso do preservativo como a oferta do teste no contexto dos elementos presentes na sociabilidade dos jovens em que podem estar mais expostos ao sexo desprotegido, em especial dos rapazes.

Vimos uma diversidade das cenas e de trajetórias sexuais que expressam diferentes tipos de processo de decisão, informados por maior ou menor agência/autonomia dos jovens em relação a sua conduta preventiva.

Igualmente diversas são as circunstâncias em que eles se perceberiam expostos ao HIV a ponto de procurar o teste como, por exemplo, recordar o ‘momento bom’, o ‘fim do porre’, a preocupação com gravidez, o aparecimento de sintomas no corpo, uma conversa com um amigo ou mesmo assistir algo na televisão.

Isso mostra o caráter dinâmico do processo de decisão, pois sempre mobiliza intra e intersubjetivamente os elementos da cena, com ou sem mediação direta de outros atores e raramente prescinde da espontaneidade resultante da interação. Portanto, não é possível abordar esse processo supondo uma linearidade de eventos na qual, por exemplo, o indivíduo racional que, ao perceber-se exposto, procuraria o teste imediatamente, como preconizam as abordagens de prevenção cognitivo-comportamentais centradas no indivíduo.

Entretanto, é comum a todos os jovens participantes que, independentemente de maior ou menor agência na trajetória que informa o processo de decisão, a expectativa de que a experiência de fazer o teste seria marcada por grande dificuldade emocional. Com efeito, aquilo que os jovens participantes imaginaram/anteciparam como obstáculos para procurar ou durante a realização do teste – medo de ter HIV e potencial discriminação –, Soares e Brandão (2013) identificaram como fatores subjetivos que determinam o não-retorno de usuários para obter o resultado de sua sorologia em um centro de testagem e aconselhamento no Rio de Janeiro.

Se, por um lado, os jovens têm a possibilidade de viver a sexualidade como um domínio de experiências e interações afetivo-sexuais e, se significado como portador de direitos sexuais e à saúde sexual, cada vez mais como sujeitos sexuais (Paiva, 2007; Paiva et al., 2008), aumenta sua habilidade para negociar e gerir seu autocuidado, desejo e prazer, esse mesmo gradiente crescente de emancipação psicossocial não acontece necessariamente na esfera do uso de serviços de saúde, haja vista as narrativas, vividas ou imaginadas, de terem sido tratados como objetos de intervenção profissional, da pretensão de modelagem de seu comportamento, tomados como indivíduos biológico-cognoscente-

comportamentais, não como sujeito de direitos sexuais em cenas das quais participam outros parceiros.

De modo semelhante, a experiência cotidiana de convívio com a família e os amigos parece frequentemente configurar praticamente dois polos opostos quanto ao reconhecimento da legitimidade da sexualidade como parte da vida dos jovens.

É nessa direção, portanto, que vamos analisar importantes moduladores e momentos articulados no processo de decisão em relação ao teste mais periféricos ao encontro sexual: com a finalidade de compreender mais densamente o que os jovens expressam por 'em quem poderiam confiar' para fazer o tese, considerando que esta sempre seria uma experiência difícil, vamos analisar como os jovens se relacionariam com serviços de saúde, família e amigos no que se refere ao sigilo e confidencialidade.

5.2 SIGILO E CONFIDENCIALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, NA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E ENTRE AMIGOS NO PROCESSO DE DECISÃO

Considerando-se que o processo de decisão em relação ao teste é também informado pelo modo como a prevenção tem sido significada pelos jovens a partir do acesso à serviços de saúde, as cenas de testagem imaginadas expressam os diversos tipos de experiência na relação com a organização e com os profissionais dos serviços de saúde. Tais experiências são, na maioria das vezes, de um atendimento protocolar, frio e potencialmente discriminatório.

Várias narrativas expressavam dúvida ou desconfiança quanto à garantia do sigilo profissional, bem como a possibilidade de atendimento no serviço sem a necessidade de consentimento dos pais. São emblemáticas as falas de Claudia e Michele de que o profissional de saúde pode revelar aos pais o motivo do atendimento da jovem no serviço, bem como de ter presenciado adolescentes tendo atendimento recusado no serviço em razão

de serem menores de idade. Superar esse obstáculo programático é fundamental para que os jovens possam fazer o teste a partir de uma relação de confiança estabelecida com o profissional do serviço, na qual seu direito ao sigilo e confidencialidade será protegido e não violado.

Com efeito, vemos na literatura que, quando a perspectiva dos jovens é considerada, a confidencialidade é a característica que eles atribuem como mais importante no que se refere à atenção à saúde sexual e reprodutiva (Erulkar et al., 2005).

Em Cape Town, África do Sul, Mathews et al. (2009) avaliaram serviços de testagem anti-HIV como parte de uma iniciativa nacional de oferta de serviços amigáveis aos adolescentes. Embora a iniciativa tenha resultado em ampliação do acesso ao teste, persistiram barreiras relacionadas à aceitabilidade, especificamente a relação entre profissional e usuário e falhas na confidencialidade do atendimento. Em nosso estudo, as narrativas produzidas pelos jovens mostram que não haveria dificuldade quanto ao acesso, haja vista a disponibilidade do teste na rede pública. Entretanto, assim como Mathews et al. (2009) observaram em Cape Town, as principais barreiras para o teste estão nas condições de atendimento do serviço.

Além do atendimento propriamente, há a questão de o serviço ser vivido numa experiência de extremo constrangimento e medo, conforme a fala de Livia sobre ter sido ‘levada’ pela mãe a uma consulta ginecológica pela primeira vez para ‘comprovar’ sua virgindade. Se a jovem significar o serviço de saúde como espaço de cuidado ‘seguro’ e livre da intervenção familiar seus direitos podem começar a ser considerados e protegidos, como sempre quando se pensa no quadro dos direitos humanos, com repercussões para a promoção e proteção de sua saúde.

As narrativas das cenas de testagem mostram que, via de regra, moças e rapazes manteriam segredo sobre a realização do teste uma vez que ela revelaria ou tornaria explícito o fato de que os jovens mantem relações sexuais. Embora as moças imaginaram que sofreriam as consequências mais negativas por tornar público aquilo que os pais fazem

‘vista grossa’ – a ‘perda da virgindade’ –, os rapazes também sentiriam constrangimento em ter sua vida íntima exposta para os pais, pois, mesmo que a socialização para a masculinidade ainda ensine que os rapazes devam sempre procurar sexo, a produção discursiva sobre a sexualidade no contexto familiar é marcada pelo silenciamento. Portanto, o sigilo sobre o teste é, no âmbito familiar, a negação e o segredo sobre a sexualidade viva dos jovens.

Com efeito, a opção de alguns jovens por procurar serviços mais distantes de suas casas é justamente a tentativa de manter a realização do teste em condições de sigilo e confidencialidade, tanto pelo fato de evitar a possibilidade de encontrar vizinhos (ou pessoas conhecidas) como também de assegurar que, caso o profissional de saúde não garanta sigilo, não aconteçam situações em que os jovens tenham a realização do teste revelada para os pais, haja vista os relatos apresentados no Capítulo 4.1 de que os jovens não necessariamente confiam na garantia de sigilo profissional. Nesse sentido, fazer o teste longe de casa é duplamente protetor para o jovem: da família e da desconfiança do profissional de saúde.

A produção dos significados de que a sexualidade dos jovens de ensino médio é desviante ou anormal, em contraste com a normalidade e normatividade da sexualidade adulta, concebida, por oposição, como responsável e controlada, (Calazans, 2005) está presente tanto na família quanto nas práticas dos profissionais de saúde. Um estudo qualitativo que analisou a percepção de profissionais sobre testagem anti-HIV na atenção básica em São Paulo e Fortaleza mostra uma ampla gama de dificuldades na prática do aconselhamento que podem ser entendidas como o 'deslize' da autoridade técnica para a moral (Zakabi, 2012). No caso dos jovens, tal ‘deslize’ seria, por exemplo, o profissional que identifica como limite de sua ação educativa o fato de que a instrução sobre o uso correto do preservativo pode ter como efeito o aumento da frequência de relações sexuais dos jovens (Zakabi, 2012). Nesse sentido, na contramão do que estabelecem as diretrizes contidas no documento Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica ao definir jovens como mais vulneráveis (Ministério da

Saúde, 2003), podemos dizer que muitos dos jovens participantes ‘intuem’ ou ‘desconfiam’ corretamente de que não seriam devidamente acolhidos nos serviços de saúde para buscar preservativos e tampouco solicitar um teste de HIV.

Diferente e alternativamente aos profissionais de saúde e familiares, a importância dos amigos está em diversos planos do processo de decisão; desde o momento em que são os confidentes sobre os encontros sexuais, como aqueles que podem alertar o jovem sobre a possibilidade de ter se exposto ao HIV nas conversas e interações sociais típicas de sua trajetória. Parceiros que fortalecem o diálogo interno sobre a necessidade do teste e também a principal companhia que os jovens elencaram na ida ao serviço de saúde para fazer o teste.

Se considerarmos a juventude como uma fase de transição para a vida adulta, com crescente ganho de autonomia em relação à família por meio do trabalho, amizades e sexualidade, vemos a importância da rede social de amigos tanto como fonte de informação como de apoio na formação de decisão dos jovens (Heilborn et al., 2006). Essa priorização da rede social de amigos parece ocorrer simultaneamente ao um estreitamento da possibilidade de participação de adultos nas questões cotidianas que envolvem a procura por cuidado relacionado à saúde sexual dos jovens. Adultos não os significam como sexuados ou portadores de direitos sexuais.

Evidentemente, recorrer à ajuda de amigos não se dá sem crítica ou ponderação no processo de decisão, haja vista os relatos dos jovens em que há momentos em que os ‘amigos atrapalham’, pois podem falar demais e deixá-los ‘ainda’ mais preocupados ou mesmo espalhar boatos a respeito do amigo. Vimos que o ‘medo’ de se descobrir soropositivo para HIV foi frequentemente elencado pelos jovens como uma barreira para procurar o teste ou compartilhar com os amigos tal experiência.

Nesse sentido, não compartilhar ‘tudo’ com os amigos pode ser uma maneira de manejar/administrar o medo que os jovens sentiriam em procurar o teste. Portanto, utilizando os termos do interacionismo simbólico formulado por Goffman (1978) sobre o modo como as pessoas lidam com o estigma –

neste caso, o estigma do teste – o ‘medo’ do teste é administrado pelo controle da informação.

5.3 ESTIGMA DA AIDS COMO EXPRESSÃO DE MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA QUE PERMEIAM O IMAGINÁRIO DO TESTE

Do ponto de vista analítico, o estigma da Aids, que compõe o cenário cultural que afasta ou aproxima o jovem da busca pelo teste, constitui também a diferença como experiência e como expressão de relações sociais. As cenas dos encontros sexuais mostram, por exemplo, como os *scripts* sexuais masculinos fazem gestão de risco sexual, colocando ‘na balança’ a preocupação com DST e gravidez versus o prazer de transar ‘no pelo’. Indicam o modo como as relações sociais estão implicadas na experiência da diferença quando atribuem sentido de maior risco para o HIV nas relações de sexo casual com parceiras que ‘deram mole’ ou que eram ‘faveladas’ e/ou negras.

A diferenciação das relações sociais de gênero, classe e raça possui intrínseca relação com os simbolismos da Aids na medida em que expressam tanto a construção social da norma sexual de virilidade masculina (‘homem tem que comer a mina que deu mole’) como os estereótipos de risco para HIV construídos no início da epidemia atribuídos à parceira que simboliza ‘promiscuidade’, pobreza e menor valor na hierarquia social da diferença, como ser negra.

Retomando a definição de Brah (2006) sobre a diferença como experiência e relação social, observamos nas narrativas coletadas entre os participantes muitas práticas de atribuição de sentido no plano individual que espelham a articulação entre regimes micro e macro de poder, ou seja, articulações que também informam o processo de decisão do jovem em relação ao teste. É bastante expressiva a intersecção com o estigma da Aids no significado atribuído à busca pelo teste de HIV, por exemplo, como uma consequência de ter ‘comido ‘no pelo’ a mina favelada que deu mole’.

Parker e Aggleton (2001) analisam que os processos de estigmatização e discriminação relacionados ao HIV/Aids repousam sobre diversas formas pré-existentes de desigualdade e exclusão, produzindo assim uma sinergia de estigmas com novos significados. As interações entre o estigma da Aids e divisões desiguais de classe e raça produzem o sentidos de ‘Aids como doença de pobres’, ‘Aids como uma peste negra’ ou ‘Aids como uma doença africana’ (Parker e Aggleton, 2001).

As associações que os jovens fizeram entre procura pelo teste e promiscuidade também são expressões do estigma da Aids que podem se tornar um importante obstáculo para o teste. Com efeito, Malta et al. (2007) observaram em investigação qualitativa no Rio de Janeiro, RJ, que usuários com forte percepção de estigma em torno das DST eram aqueles que apresentavam maior demora na procura por tratamento nos serviços.

A forte expressão das sinergias que compõem o estigma da Aids emerge também nas cenas de testagem, particularmente enquanto os jovens imaginaram como seria aguardar o resultado do teste. Desse modo, antecipação do diagnóstico positivo e percepção de que viver com HIV é viver com estigma correspondem ao ‘custo social’ do teste ou, nos termos da jovem Sonia, ‘Tem sempre um que te abraça e trinta que afasta’.

As narrativas dos jovens mostram uma mudança no plano simbólico de que ter HIV não é mais sinônimo de sentença de morte. Entretanto, do ponto de vista das pessoas que antecipam o diagnóstico positivo, o principal custo de fazer o teste de HIV é saber que se vai viver com as limitações decorrentes do diagnóstico positivo.

Relacionamentos afetivo-sexuais e maternidade seriam os domínios com maior preocupação de evitar a infecção para outras pessoas.

Do ponto de vista relacional, relacionamentos, amizades e convívio familiar são os domínios em que os jovens percebem que enfrentariam mais estigma e discriminação. Há uma norma, ora implícita, ora explícita, de que futuros parceiros sexuais ou pessoas com quem vierem a se relacionar, têm o ‘direito de saber’ sobre o diagnóstico de HIV do jovem e essa comunicação dificulta a aproximação em relacionamentos, sejam duradouros ou casuais.

Nesse sentido, o ‘custo’ do teste é imediatamente associado ao ‘custo’ da revelação diagnóstica e implica tanto a exposição pessoal do jovem quanto a possibilidade de sofrer preconceito pelo parceiro.

Por outro lado, apoio e solidariedade viriam de amigos e família e, excepcionalmente, de um parceiro, somente quando houvesse ‘muito amor’.

Isso explica porque tantos jovens relataram que, se tivessem HIV, teriam uma vida mais focada em trabalho e estudo, distanciando-se de relacionamentos afetivos ou tendo ocasionalmente relações casuais em que se viveria esse imperativo da revelação diagnóstica. Nesse sentido, campanhas de incentivo à testagem espontânea que veiculam a lógica da saúde pública – fazer o teste para, caso seja diagnosticado como soropositivo, inicie logo o tratamento – parecem não dialogar com esses obstáculos que os jovens imaginaram.

É importante notar, ainda, que ao menos nesse caso os serviços não foram percebidos como discriminadores e moralizadores da infecção e do fato de serem portadores. Isso é algo a ser explorado se articulado a não moralização da sexualidade adolescente.

5.4 RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS COMO DESAFIO CENTRAL À SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS PARA A PROCURA DO TESTE

Vimos nas cenas e trajetórias sexuais que as normas de gênero para a sexualidade restringe a assertividade das moças para negociar o uso do preservativo ou ‘ensina’ tanto as moças quanto os rapazes que devem viver a sexualidade no impulso. Assim, esses jovens não se veem nas cenas como sujeitos de direito ao autocuidado e do cuidado do parceiro/a.

Já as cenas de testagem e as falas sobre as atividades de prevenção nas escolas mostram como os jovens não são vistos na qualidade de pessoas que têm direito à proteção de saúde sexual e reprodutiva. Como consequência, os jovens se afastam do serviço e as informações que ‘aprendem’ na escola não são consideradas relevantes.

O reconhecimento da necessidade de serviços amigáveis à população jovem na prevenção e assistência à saúde sexual e reprodutiva é praticamente consenso na literatura (Calazans et al., 2006). Contudo, conforme discutem Marcell e Ellen (2012), permanecem desafios quanto à inclusão da população de jovens do sexo masculino, assim como lidar com questões relacionadas à promoção da saúde sexual, identidade sexual e comportamento sexual de modo a expandir o campo da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, o qual, atualmente, encontra-se restrito à prevenção às DST e gravidez não planejada.

De modo análogo, observamos também a necessidade de que a abordagem da prevenção às DST e gravidez nas escolas não seja circunscrita, por exemplo, somente às aulas de biologia sobre reprodução, conforme Altmann (2009) tem discutido ao avaliar as ações de prevenção no campo da educação sexual.

Não observamos relatos dos jovens sobre atividades de prevenção ao HIV com discussões abertas sobre relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, dificuldades na negociação do uso de preservativo ou encaminhamentos para situações em que não foi possível adotar nenhuma medida de proteção. Tão importante quanto ter acesso à informação sobre transmissão do HIV é ter acesso à informação sobre os direitos que os jovens possuem para que possam decidir sobre procurar o teste informados e livres de qualquer tipo de constrangimento em razão da idade: adolescente e jovens devem saber que têm direito à garantia de sigilo e confidencialidade e não-obrigatoriedade de consentimento parental para fazer uso de qualquer serviço de saúde. Compreender a prevenção ao HIV sob esse espectro mais amplo que considere também a interatividade e intersubjetividade viva de seu cotidiano, e ainda, marcados pelas relações de gênero, identidades e práticas sexuais, entre outros, de modo dialógico entre educadores e educandos tem o potencial de transformar o estatuto de legitimidade que os jovens conferem ao saber: da ‘matéria de biologia a ser decorada’ para o conhecimento incorporado em sua vida cotidiana.

Embora orientações nacionais e internacionais sobre saúde sexual e reprodutiva dos jovens preconizem que todas as ações sejam informadas pelo princípio de jovens como sujeitos de direitos, o teste entre jovens (que não estão no contexto da atenção pré-natal) que aparece pouco nos documentos e produz um emblemático ‘silêncio’ sobre o teste em atividades de prevenção ao HIV na escola que são majoritariamente informativas e normativas, descontextualizadas da saúde sexual como direito. Como vimos, ‘silêncio’ que se torna mais grave na medida em que jovens ‘pressentem’ potencial constrangimento, discriminação e violação de sigilo e confidencialidade no acesso aos serviços de saúde, novamente não se posicionando como sujeitos de direito ao autocuidado ao imaginarem a procura pelo teste.

A análise dos resultados mostrou que a decodificação das cenas sexuais, tomar a cena e a pessoa em cena como unidade de intervenção, e não o indivíduo biológico-comportamental, têm o potencial de promover: 1) participação ativa que construa um conhecimento sobre HIV que mobilize práticas de prevenção que sejam apropriadas a diferentes contextos locais; 2) melhor comunicação com profissionais de saúde e de seus discursos e 3) ampliação da consciência de sujeitos sexuais e de direitos sobre o contexto, seus limites e possibilidades, que relacionem tais discursos as suas vidas cotidianas e produzam agência necessária.

A abordagem baseada nos direitos humanos permite analisar diferentes etapas nos processos de trabalho – desde desenho, monitoramento e avaliação de resultados – de modo a promover a agência dos jovens quanto ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, o que inclui estabelecer o direito à prevenção como um direito positivo (Paiva, 2008).

5.5 LIMITES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo que buscou uma certa diversidade e alguma profundidade. Jovens de mesma idade que estejam fora da escola

podem apresentar diferentes trajetórias como, por exemplo, a saída da escola mediada pelo ingresso no mundo do trabalho, ou mesmo por já ser chefe de uma família que teriam repercussões distintas no estabelecimento de relações afetivo-sexuais e, consequentemente, na percepção de exposição ao HIV e no processo de decisão em relação a procurar um teste.

Os dados colhidos ao longo deste estudo representam um corpo muito maior do que o espaço de uma tese de doutorado ou do que o tempo para a escrita e o foco deste trabalho permitiram incluir neste texto. Serão certamente abordados em futuros artigos.

A discussão deste recorte de dados analisados nos permitiu, de todo modo, avançar e contribuir para aumentar a compreensão do processo de busca do teste e dos desafios de incorporar a testagem no escopo das intervenções sobre prevenção da Aids entre jovens.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos permitiu compreender que os diferentes encontros sexuais e trajetórias para o teste salientam uma singularidade da experiência que é, simultaneamente, intersubjetiva e, portanto, possui uma dimensão relacional. Ainda, o recurso aos contrastes permitiu emergir com mais clareza o cenário cultural e programático do teste (idade, desigualdade de gênero, parceiro, classe, cor da pele) que expressam a intersecção entre diferentes relações de poder produtoras de desigualdade que constituem obstáculos à realização de direitos sexuais, à saúde e à educação.

Ao examinar as cenas sexuais e de testagem, assim como as trajetórias que levariam ao teste, vemos que o intervalo entre as experiências e a percepção de exposição ao HIV não correspondem de forma alguma à norma técnica para realização do teste que pressupõe uma linearidade de eventos a qual o indivíduo cognoscente deve seguir: após o sexo desprotegido, haverá imediatamente percepção de exposição ao HIV ou a alguma DST e a procura por um serviço de testagem.

Compreender a decisão sobre o teste enquanto processo implica reconhecer que dúvidas, hesitações ou ‘esquecimentos’ são formas de aplicar um conhecimento acessado no contexto da interação (não só com o parceiro, mas também com a cultura e os programas e serviços de saúde), bem como de recorrer a redes socais de apoio.

Como sugestões de ações programáticas na direção de fomentar ampliação do acesso e qualidade da testagem entre jovens e sua incorporação como instrumento de programas de prevenção este estudo nos permite indicar que a produção de tecnologias de intervenção para prevenção às DST/HIV com jovens deve investir em uma linguagem que dialogue com essa dimensão de temporalidades, utilizando aquelas ‘roteirizadas intrapsiquicamente’ com as outras ‘roteirizadas tecnicamente’.

A estratégia de adotar inversões comunicacionais é conhecida na literatura. Um claro exemplo é o trabalho de Simon e Gagnon (1984) no campo da sexualidade: em oposição à linguagem psicanalítica, criaram o

termo ‘homossocial’ para se livrar da centralidade causal da sexualidade, privilegiando o caráter social e depois o sexual propriamente.

A história da Aids é particularmente marcada por essas estratégias na ativa produção de novos significados, especialmente fomentada pelo movimento social. De forma análoga, poderíamos nos beneficiar substancialmente de comunicações que enfatizassem, no plano simbólico, a sensibilidade para diferentes perspectivas sobre ‘necessidades em saúde sexual’ que sejam muito claras que seu público-alvo é específico somente quanto à faixa etária e absolutamente diverso quanto a sexo, orientação sexual, religião, cor da pele e condição socioeconômica.

A expressão da campanha de incentivo à testagem ‘Fique Sabendo’ possui um apelo de marketing com resultados muito positivos e se dirige claramente a indivíduos com autonomia para recorrer a um exame diagnóstico a partir da reflexão de suas práticas sexuais. Isso pressupõe pessoas com dois níveis de experiências prévias: de olhar sua vida sexual retrospectivamente e de familiaridade com uso de serviços de saúde, públicos ou privados, que se percebam como sujeitos de direito à saúde. Dessa forma, a expressão ‘Fique Sabendo’ privilegia um interlocutor adulto.

E o que fazemos quando a heteronomia dos jovens em idade de ensino médio é obstáculo ao acesso aos serviços de saúde e atravessa e tensiona o cuidado com a própria saúde e a prevenção ao HIV?

Considerando-se que a juventude está assentada em um contexto em que é significada como portadora das transições, entre experimentação e incertezas, reconstituir a vida sexual iniciada há poucos anos (se não forem dias, semanas ou meses para outros tantos!) não faz imediatamente parte do repertório simbólico e da experiência para a maioria dos jovens. É inclusive possível argumentar da perspectiva de um adulto que muitos deles vivem essa temporalidade da sexualidade como predominantemente presente ou futura. Dessa forma, pensar a sexualidade retrospectivamente dependerá em boa parte da sucessão de outros relacionamentos afetivo-sexuais.

Ainda, jovens constituem o segmento etário de mais alto uso de preservativo na primeira relação sexual, mas de baixa utilização de serviços de saúde, sendo a maior parte correspondente ao período da infância e início da adolescência, como continuidade de consultas pediátricas e atendimentos emergenciais. Trata-se, portanto, de experiências em aparelhos de saúde nas quais os jovens estiveram majoritariamente acompanhados por algum adulto responsável e a natureza de tais atendimentos não envolvem necessariamente um processo de decisão do próprio jovem e de produção de autonomia do autocuidado.

Dessa forma, a combinação de mensagens como 'Fique Sabendo' com 'vá até um posto especializado mais próximo de sua casa' tem menor alcance a uma população na qual a autonomia para incluir profissionais e serviços de saúde no cuidado com a própria saúde é um processo há pouco iniciado.

Brah (2006) enfatiza o caráter de constante disputa no plano discursivo sobre as diferenças. Na construção da autonomia, a noção de participação depende da superação da recusa/rejeição e reiteração da noção sexualidade na adolescência como problemática, que coexistem. Vimos que os jovens também reproduzem nas suas narrativas significados atribuídos à sexualidade juvenil de irresponsabilidade e imaturidade. Calazans (2005) observa que a produção desses significados da sexualidade dos jovens como desviante ou anormal tem como referência de normalidade e normatividade a sexualidade adulta, concebida, por oposição, como responsável e controlada.

Assim, o significado do que é ser jovem também compõe o cenário cultural do teste de HIV. Temos como exemplo depoimentos de que os jovens não (ou nunca) procurariam o teste por 'não estarem preocupados com nada' ou por pensarem que 'nada de mau' pode acontecer a eles.

Especificamente nos encontros sexuais descritos por jovens do sexo feminino, observamos por meio do uso de contrastes, que parceiros sexuais mais velhos eram significados como 'mais experientes e, portanto, mais responsáveis' tanto para o uso consistente do preservativo como para o

autocuidado com a saúde. Consequentemente, relações sexuais com esses parceiros não mobilizariam essas jovens a procurar o teste uma vez que se relacionaram com ‘homens’, em oposição aos ‘moleques’ de sua idade.

Por outro lado, as críticas que os jovens dirigem à má qualidade das ações de prevenção e do conflito geracional no convívio familiar expressam uma reivindicação da legitimidade da sexualidade como parte de suas vidas. Escola e família não têm mais o monopólio sobre os processos de socialização dos jovens, mas continuam sendo importantes espaços formativos. Escola e família são, portanto, espaços transformados e dar conta dos sentidos e significados atribuídos a essa mudança permite criar dispositivos discursivos que dialoguem com a realidade vivida nos termos dos próprios jovens.

Particularmente no que se refere às ações de prevenção ao HIV no âmbito escolar, a normatização sobre o adiamento do início da vida sexual, assim como a compulsoriedade do uso do preservativo, ‘cai’ em um vácuo de sentido para a grande maioria jovens.

Do ponto de vista programático, para que o aumento da testagem entre a população jovem aconteça com sujeitos exercendo seu direito à saúde, é crucial pensar em estratégias que promovam uma mudança no plano simbólico, no qual qualquer mudança social costuma começar.

A partir dos nossos achados, indicamos como recomendações específicas:

- Recorrer aos meios de informação mais utilizados pelos jovens, especialmente as redes sociais na internet, para disponibilizar informações em sites e fóruns de discussão sobre prevenção ao HIV, locais em que o teste pode ser realizado (rede especializada em DST/Aids e atenção básica) e, especialmente, a garantia do direito ao sigilo e confidencialidade como dever do profissional de saúde e a possibilidade de uso do serviço de saúde sem necessidade de consentimento dos pais. É importante também que sejam

veiculados nesses meios mecanismos aos quais os jovens possam recorrer em caso de desrespeito ou violação de seus direitos.

- Qualificar os profissionais de saúde para o atendimento de jovens e adolescentes a fim de superar a moralização da sexualidade dos jovens. O quadro dos direitos humanos pode ajudar nesse debate no sentido da afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos como com inter-relacionados ao direito à saúde.
- Da mesma forma, qualificar profissionais de educação de modo que as ações de prevenção ao HIV na escola sejam pautadas no reconhecimento da legitimidade da sexualidade dos jovens e tendo em vista que o direito à educação é promotor de outros direitos, entre eles os direitos sexuais e reprodutivos. Isso tem potencial de promover uma mudança na perspectiva dos jovens quanto à relevância do que eles aprendem sobre prevenção às DST.
- O fortalecimento e a continuidade de iniciativas de prevenção ao HIV apoiadas em ações de educação entre pares nas escolas ou na rede de saúde, tal como a experiência do Plantão Jovem no município de São Paulo (Calazans et al., 2006). Vimos a importância da rede social de amigos em todos os momentos que envolvem o processo de decisão dos jovens em relação ao teste. Promover efetiva participação, ao reconhecer e valorizar o saber cotidiano dos jovens, é central para compreender como, na prática, suas interações podem contribuir mutuamente no sentido de fortalecer sua agência e, consequentemente, que possam dialogar sobre sua prevenção enquanto sujeitos de direito ao autocuidado.
- Ao compreendermos o acesso ao teste como a realização de um direito ao autocuidado que se constrói ao longo de

> processos e trajetórias com diversas instâncias de interação, defendemos o uso do quadro dos direitos humanos como uma importante ferramenta que operacionaliza a análise de diferentes contextos de desigualdades em termos dos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde dos jovens que as políticas públicas devem respeitar, proteger e efetivar. Direitos humanos são dinâmicos na medida em que dependem de constante interação entre diversos atores e, portanto, ressaltamos a importância de que as políticas que informam os programas de prevenção ao HIV com adolescentes e jovens utilizem uma abordagem baseada em direitos em todas as etapas de trabalho – análise de situação, desenho, implementação, monitoramento e avaliação.

O percurso da história da Aids mostra uma dinâmica luta política no que se refere à construção dos diversos sentidos atribuídos à doença e às pessoas vivendo com HIV como reação aos processos de estigmatização e discriminação. Mesmo reconhecendo a permanência do estigma em várias instâncias sociais e culturais, ouvir a palavra 'aidético' certamente nos causa hoje um estranhamento e uma recusa que não existiam há 15 anos. Da mesma forma, dar este passo além do incentivo ao uso do preservativo e, de fato, promover um engajamento para que adolescentes e jovens possam ir a um centro de testagem informados e livres de qualquer tipo de constrangimento requer ter acesso a informações sobre a prevenção ao HIV em um ambiente escolar que não moralize a sexualidade de modo que o teste de HIV esteja longe de ser significado como um 'vacilo' de quem 'é governado pelos hormônios', 'não poderia nem transar e pior ainda sem camisinha', ou em outras palavras, que esteja em oposição à sinergia dos estigmas da Aids associados à 'promiscuidade', uso de drogas, pobreza e racismo.

7. REFERÊNCIAS

Aguiar BS. Análise espacial dos casos de aids e prevenção em campo no município de São Paulo [monografia de especialização]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. Educação em Revista. 2007; (46): 287-310.

Altmann H. Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. Cad. Pesqui. 2009; 39(136): 175-200.

Araújo TW, Calazans GJ. Subsídios legais para o atendimento de adolescentes e jovens nos serviços de saúde. In: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo , Coordenadoria de Controle de Doenças , Coordenação Estadual de DST/aids. Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde. São Paulo; 2007. (Prevenção às DST/Aids). p. Brochura 2.

Ayres JRCM, Paiva V, França Junior I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabillidade e Dirieitos Humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. Livro I: Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. (Coletânea Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde).

Beloqui J. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(3): 437-42.

Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. Am J Public Health. 2005; 95(7): 1162-72.

Berquó E, Barbosa RM, Lima LP, GEPSAIDS. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(Supl 1): 34-44.

Blessa CRB. Cenas afetivo-sexuais e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo em comunidades anfitriãs litorâneas de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2008.

Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. Cadernos Pagu. 2006; (26): 329-376.

Buglione S. Sujeito de direito e sujeito sexual: conflitos sobre os direitos sexuais dos adolescentes. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MPC, organizadores. Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos.: EDUSP; 2005. p. 53-74.

Cabral CS, Heilborn ML. Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In: Villela WV, Saar Eo. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para Cairo +20. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2010. p. 107-134.

Calazans GJ. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores. Retratos da Juventude Brasileira: Análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Instituto Cidadania, Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 215-242.

Calazans GJ, Kiss L, Cappellini S, Sequeira D, Vieira RM, França Junior I. Plantões jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. Saúde Soc. 2006; 15: 22-36.

Committee on the Rights of the Child. General Comment N 3. HIV-AIDS and the rights of the child. 2003 [acesso em 3 mai 2013]. Disponível em: http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/hiv.

De Witt JBF, Adam PCG. To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. HIV Med. 2008; 9(Suppl 2): 20-22.

Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. Afr J Reprod Health. 2005; 9(3): 51-8.

Flowers P, Knussen C, Church S. Psychological factors associated with HIV testing amongst Scottish gay men. Psychol Health. 2003; 18: 739-752.

França Junior I, Calazans GJ, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(Supl 2): 84-97.

Gagnon J. Uma interpretação do desejo. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2006. Revisitando a Conduta Sexual (1998); 403-424.

Galvão MTG, Ramos-Cerqueira ATA, Ferreira MLSM, Souza LR. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2002; 14(1): 25-30.

Glick SN, Morris M, Foxman B, Aral SO, Manhart LE, Holmes KK, et al. A comparison of sexual behavior patterns among men who have sex with men and heterosexual men and women. J Acquir Immune Defic Syndr. 2012; 60(1): 83-90.

Goffman E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Gruskin S, Tarantola D. Health and Human Rights. In: Gruskin S, Grodin M, Annas G, Marks SP, editors. Perspectives on Health and Human Rights. New York: Routledge; 2005. p. 3-57.

Gruskin S, Mills E, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. Lancet. 2007; 370: 449-455.

Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadoras. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.

Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. Construção de si, gênero e sexualidade; p. 40-59.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010 [dados na internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 20 dez 2013]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra

Kalichman AO, Diniz SG. AIDS treatment in Brazil: what kind of evidence do we need?. Lancet. 2009; 374: 1066-1066.

Kippax S, Stephenson N, Parker RG, Aggleton P. Between Individual Agency and Structure in HIV Prevention: Understanding the Middle Ground of Social Practice. Am J Public Health. 2013; 103(8): 1367-1375.

Lindberg LD, Sonenstein FL, Ku L, Levine G. Young men's experience with condom breakage. Fam Plann Perspect. 1997; 29(3): 128-140.

MacPhail CL, Pettifor A, Coates T, Rees H. “You Must Do the Test to Know Your Status”: Attitudes to HIV Voluntary Counseling and Testing for Adolescents Among South African Youth and Parents. Health Educ Behav. 2008; 35(1): 87-104.

Malta M, Bastos FI, Strathdee SA, Cunnigham SD, Pilotto JH, Kerrigan D. Knowledge, perceived stigma, and care-seeking experiences for sexually transmitted infections: a qualitative study from the perspective of public clinic attendees in Rio de Janeiro, Brazil. BMC Public Health. 2007 Feb 1;7:18

Mann JM, Tarantola D, Netter TW. A AIDS no Mundo Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

Marcell AV, Ellen JM. Core sexual/reproductive health care to deliver to male adolescents: perceptions of clinicians focused on male health. J of Adolesc Health. 2012; 51(1): 38-44.

Mathews C, Guttmacher SJ, Flisher AJ, Mtshizana YY, Nelson T, J M, et al. The quality of HIV testing services for adolescents in Cape Town, South Africa: do adolescent-friendly services make a difference? J Adolescent Health. 2009; 44(2): 188-190.

Ministério da Saúde. Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Brasília (DF); 1999.

Ministério da Saúde, Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília (DF); 2003.

Ministério da Saúde, RIPSA, IDB-Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). 2006.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e Prevenção nas Escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e educação. Brasília (DF); 2007a. (Série Manuais n° 76).

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2007b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais. Brasília (DF); 2008.

Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Saúde na Escola. Brasília (DF); 2009. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/Aids (2010-2011). Brasília (DF); 2012.

Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2012. Brasília (DF); 2013.

Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança – 1989. Adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIV) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro e 1990 [convenção na internet]. [acesso em 16 jun 2013]. Disponível em: http://www.direisp.br/index.php/Crian%C3%A7a/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.html.

Paiva V. Sexualidades adolescentes: escolaridade e gênero, e o sujeito sexual. In: Parker R, Barbosa RM. Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 213-234.

Paiva V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p. 250-269.

Paiva V. Fazendo Arte com Camisinha: sexualidades jovens em tempos de AIDS São Paulo: Summus; 2000.

Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. Psicologia USP. 2002; 13(2): 105-133.

Paiva V, Ayres JRCM, França Junior I. Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. Sex Res & Soc Policy. 2004; 1(1): 83-84.

Paiva V, Pupo L, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(Supl): 109-119.

Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian Teenagers. In: Parker R, Aggleton P, editors. Culture, Society and Sexuality: a reader. New York: Routledge; 2007. p. 427-442.

Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? Psicol. estud. 2008; 13(4): 641-651.

Paiva V, Calazans GJ, Venturi G, Dias R, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(Supl 1): 45-53.

Paiva V. Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. Livro I: Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. (Coletânea Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde). p. 165-208.

Paiva V, Zucchi EM. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. Livro I: Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. (Coletânea Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde).

Paiva V. Psicologia na Saúde: Sociopsicológica ou Psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids. Temas em Psicologia. 2013; 21(3): 531-549.

Parker R, Aggletton P. Estigma, Discriminação e AIDS Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001.

Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003; 57(1): 13-24.

Peralta L, Deeds BG, Hipszer S, Ghalib K. Barriers and Facilitators to Adolescent HIV Testing. AIDS Patient Care ST. 2007; 21(6): 400-408.

Raiford JL, Seth P, DiClemente RJ. What girls won't do for love: human immunodeficiency virus/sexually transmitted infections risk among young African-American women driven by a relationship imperative. J Adolesc Health. 2013; 52(5): 566-71.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações Brasília (DF): OPAS/OMS; 2002.

Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezoff J, Miller K, Pappas-Deluca K, Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. Journal of Adolescent Health. 2004; 34(1): 3–26.

Santos BS. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade; p. 56.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Programa Municipal de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de Aids, HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo. ; 2008. (Ano XII, n. 11).

Siegel K, Lekas HM, Olson K, VanDevanter N. Gender, Sexual Orientation, and Adolescent HIV Testing: A Qualitative Analysis. J Assoc Nurse AIDS C. 2010; 21(4): 314-326.

Simon W, Gagnon J. Sexual Scripts (1984). In: Parker R, Aggleton P, editors. Culture, society and sexuality: a reader. London: UCL; 1999. p. 31-40.

Soares PS, Brandão ER. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. Physis. 2013; 23(3): 703-721.

Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(7): 1385-96.

UNAIDS, IPU. Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights: Action to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact Geneva; 1999.

United Nations Special session for HIV/Aids. UNGASS. Declaration of Commitment. New York; 2001.

Vance C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico (1991). Physis. 1995; 5(1): 7-32.

Ventura M, Correa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(x): 109-118.

Ventura M. Sexualidade e reprodução na adolescência: uma questão de direitos. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MPC, organizadores. Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos. São Paulo: EDUSP; 2005. p. 31-51.

World Health Organization. 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. 2002.

Zakabi D. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação de mestrado na internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2012.

Zucchi EM, Paiva V, França Junior I. Intervenções para Reduzir o Estigma da Aids no Brasil: Uma Revisão Crítica. Temas em Psicologia. 2013; 21(3): 1067-1087.

ANEXOS

Anexo I – Aprovação do estudo em comitê de ética em pesquisa

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César –
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3061-7127 / 3061-7703
Fax.: (011) 3085-0240

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Escolhas envolvidas na realização do teste anti-HIV entre jovens.

O objetivo desse projeto é compreender aspectos individuais e culturais que influenciam a decisão de jovens para fazer o teste anti-HIV.

Os procedimentos de coleta de material serão entrevistas individuais com jovens e grupos específicos de discussão com jovens.

Pode haver algum desconforto para você expor suas opiniões pessoais sobre o tema da pesquisa. No entanto, essa pode ser uma oportunidade para você conversar abertamente, inclusive para tirar possíveis dúvidas que tenha sobre doenças sexualmente transmissíveis em geral.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No entanto, caso haja custos com transporte ou alimentação decorrentes do trajeto para realização da entrevista, você será reembolsado em relação a estes custos.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE E DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Eliana Miura Zucchi e Prof. Ivan França Junior e certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Eliana Miura Zucchi, o Prof. Ivan França Junior no telefone (11) 3061-7127 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 2011.

Nome do participante (jovem):_____

Assinatura: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____

ANEXO III – Roteiro de entrevista individual

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL COM JOVENS

I) Aquecimento para a entrevista: apresentação do entrevistador e a procura para estabelecer um bom *rapport* para que o(a) entrevistador(a) e o entrevistado sintam-se à vontade, facilitando o encontro.

II) Processo de consentimento: informações sobre a pesquisa, ressaltar o caráter voluntário, confidencial e sigiloso da participação, podendo desistir em qualquer etapa da pesquisa, explicar sobre a utilização do gravador e posterior sessão de validação, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

III) Início da entrevista: ressaltar a importância do que a pessoa tem a dizer sobre suas experiências de vida, não existindo um modo certo ou errado dele(a) contar, estimular a espontaneidade do relato.

1. **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**: idade, sexo, escolaridade, trabalho (convívio com outros adultos e renda para aquisição de insumos), situação familiar (com quem mora, se tem filhos, situação conjugal), religião, cor da pele.

2. VOCÊ PODERIA ME CONTAR COMO É SEU DIA-A-DIA?

[explorar situação de lazer, festas (o que costuma rolar nas festas?)]

[pedir uma cena de sociabilidade envolvendo pessoas "ficando", por exemplo, amigos]

3. RELACIONAMENTO AFETIVO (NAMORO), SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

No momento, está namorando ou ficando com alguém?

Você pode contar o que rola no namoro ou quando vocês ficam juntos [sugestão: trocar nome do parceiro(a)]?

[se não aparecer espontaneamente, perguntar] "Vocês já transaram?" O que é transar pra você?

4. CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS

[Acabamos de perguntar se vocês usaram(iam) algum método para evitar gravidez ou doenças que são transmitidas em relações sexuais. Vamos conversar mais um pouco sobre isso.]

Existe diferença entre usar pílula e camisinha?

Você conhece alguma DST? Você já teve alguma DST?

5. USO DE SERVIÇO DE SAÚDE

[caso o jovem tenha relatado ter tido DST] Você procurou algum serviço de saúde para tratar essa doença?

Você freqüenta algum serviço de saúde?

Já chegou a pegar preservativo no serviço de saúde? [explorar atendimento do serviço (inclusive imaginado)]

6. SIMBOLISMOS DA AIDS e INFLUÊNCIA ATIVIDADE PREVENÇÃO NA ESCOLA

Estávamos falando sobre DST. Você já deve ter ouvido falar de Aids. Sabe como se "pega" (explorar sexo e drogas)?

Onde você teve informação sobre HIV e Aids?

O que você sabe sobre o tratamento da Aids?

Você conhece alguém que tem Aids?

Quando você escuta a palavra "Aids", o que vem a sua cabeça?

7. TESTAGEM ANTI-HIV

O HIV é o vírus da Aids. Você já deve ter ouvido falar do teste de HIV. Sabe como é feito?

Em que situações você imagina que alguém faria o teste para saber se tem HIV?

E as pessoas da sua idade: você imagina situações em que elas fariam o teste de HIV?

Imaginando que um jovem vá até o serviço, você poderia imaginar o que facilitaria e dificultaria pra ele fazer o teste?

Você já fez este teste?

SIM

Pode contar como foi? [CENA]

[não queremos saber o resultado do teste] gostaríamos que você contasse como foi dado o resultado? [explorar o que sentiu, dúvidas, postura do profissional]

Contrastes: sexo, idade (mais velho), cor da pele, situação econômica, namorado/ficante, resultado positivo, resultado negativo

E qual situação te levou a fazer o teste? (CENA SEXUAL)

Quando/onde

O que sentiu

Vocês fizeram alguma coisa para evitar gravidez ou DST? [perguntar sobre camisinha]

Investigar uso álcool ou outras drogas

NÃO

Por quê?

Imagine uma situação em que você achasse importante fazer um teste de HIV. Como seria? [CENA]

[não queremos saber o resultado do teste] gostaríamos que você contasse como foi dado o resultado? [explorar o que sentiu, dúvidas, postura do profissional]

Gostaríamos que você imaginasse e contasse como foi dado o resultado? [explorar o que sentiu, dúvidas, postura do profissional]

Contrastes: sexo, idade (mais velho), cor da pele, situação econômica, namorado/ficante, resultado positivo, resultado negativo

E qual situação teria te levado a fazer o teste? (CENA SEXUAL)

Quando/onde

O que sentiu

Vocês fizeram alguma coisa para evitar gravidez ou DST? [perguntar sobre camisinha]

Investigar uso álcool ou outras drogas

Além de saber o resultado do teste, você vê alguma vantagem em ir até o serviço e fazer o teste de HIV? [explorar aconselhamento] E para seu parceiro: haveria vantagens em fazer esse teste?

8. PRÁTICAS APÓS RESULTADO

Você se vê fazendo o teste novamente em 30 dias?

Mudaria alguma coisa na sua vida por ter feito o teste? Há coisas que você pensaria ou faria diferente? (investigar sexo seguro)

PARA FINALIZAR: Conversamos sobre várias coisas que nem sempre são discutidas abertamente na escola, na família ou mesmo entre os amigos. Primeiro, gostaria de agradecer por sua colaboração e reforçar que tudo o que foi dito será mantido em sigilo e só utilizado para fins de pesquisa. Portanto, seu nome ou qualquer coisa que possa identificá-lo não vai ser divulgado.

Agora, queria que você ficasse à vontade para comentar o que achou dessa conversa, como está se sentindo (algum desconforto?) e se há alguma dúvida que posso esclarecer.

Anexo IV – Roteiro de grupo focal

ROTEIRO GRUPO FOCAL

AQUECIMENTO

CONTRATO DE SIGILO

DIREÇÃO PARA O TEMA

Quando a gente fala 'teste de HIV', o que vem à cabeça de vocês?

APRESENTAÇÃO DA HISTÓRIA

Daniela (17 anos) está ficando há dois meses com Jonas (18 anos). Eles se conheceram em uma balada e foram apresentados por amigos em comum. Daniela havia terminado recentemente um namoro de 1 ano e Jonas, embora já tenha namorado, estava 'solteiro' há algum tempo. Ambos já tinham transado antes. Daniela estava gostando bastante de Jonas e queria que ele fosse seu namorado. Jonas, por sua vez, embora gostasse de Daniela, queria continuar curtindo sua vida de solteiro, 'sem compromisso', podendo sair à noite com seus amigos. Como tinham interesses diferentes, resolveram terminar.

Depois de alguns meses, Daniela soube por amigos que Jonas era mais 'galinha' do que imaginava, que havia ficado, inclusive, com pessoas que ela conhecia.

Passou a lembrar que nas primeiras vezes que transaram, usaram camisinha. No entanto, nas vezes seguintes, como Daniela tomava pílula, foram deixando a camisinha de lado.

Passou pela sua cabeça fazer um teste de HIV.

O que vocês acham dessa idéia de a Daniela fazer o teste? Faz sentido? Será que ela não está exagerando um pouco ou `viajando`?

Como ela vai fazer o teste?

Em qual lugar? Como vai encontrar? O que ajuda a ir até o lugar? O que dificulta? [explorar: medo do diagnóstico, preconceito da aids]

Alguém vai junto?

Como é esse lugar?

- percepção atendimento

- demora no serviço

- lugar 'amigável' ao público jovem: dá pra dizer que este serviço é adequado pra receber jovens ou ele serve mais para adultos?

E o Jonas; ela vai falar com ele que vai fazer o teste? Vai pedir pra ele fazer também? Faz sentido pedir pra ele fazer?

Nesse tipo de situação, existe alguma coisa que ela tenha visto ou aprendido na escola que possa ajudar ou que tenha contribuído na decisão de procurar um teste de HIV?

[explorar percepção sobre o que se aprendeu sobre prevenção na escola]

- DST: o que são? Com quem pode acontecer? Em que situação?

- uso de camisinha: por que usar? A conversa é a mesma para meninos e meninas? E para as meninas que ficam (só ou também) com meninas? E os meninos que ficam (só ou também) com meninos?

- em algum momento na escola da Daniela foi conversado sobre o que fazer quando 'não rolou usar caminha' e a pessoa está preocupada?

- há pessoas na escola – professores, coordenadores ou outros – com quem a Daniela poderia contar em uma situação assim?

Nesse tipo de situação, a Daniela tem alguém na família que possa ajudá-la ou que tenha contribuído na sua decisão de procurar um teste de HIV?

[explorar percepção sobre o papel da família como rede de apoio]

A Daniela pode falar em casa que está pensando em fazer um teste de HIV?

Pra quem pode? Pra quem não pode? Quais são as dificuldades?

- explorar percepção da família sobre: virgindade, contracepção e prevenção DST

- Com relação a transar, tem algum 'pacto de silêncio' na família da Daniela do tipo `Eu não falo e você não me pergunta'?

- E se ela ficasse com meninas, seria diferente conversar desses assuntos com a família? A família saberia que ela fica com meninas? Será que `fingiriam` não saber?

Isso faria diferença na decisão de fazer o teste de HIV ou na forma com que ela procuraria o teste?

E se fosse o Jonas procurando o teste de HIV, seria diferente essa reação da família?

Com quem ele poderia falar? Com quem não poderia? Quais são as dificuldades?

- explorar percepção da família sobre: virgindade, contracepção e prevenção DST

- Com relação a transar, tem algum 'pacto de silêncio' que nem na família da Daniela do tipo `Eu não falo e você não me pergunta'?

- Existe na família do Jonas um incentivo (explícito ou implícito?) pra que ele seja 'garanhão', `pegue todas`?

- E se ele ficasse com meninas, seria diferente conversar desses assuntos com a família? A família saberia que ele fica com meninos? Será que `fingiriam` não saber?

Isso faria diferença na decisão de fazer o teste de HIV ou na forma com que ele procuraria o teste?

Voltando para a ida da Daniela ao serviço que faz o teste:

Como ela fez o teste?

Resultado negativo	Resultado positivo
Como foi dado o resultado (explorar aconselhamento)? Como reage? Conta pra alguém? - família - amigos - Jonas Muda alguma coisa? - sexo seguro O passar do tempo `diminui` esse susto que a pessoa passou? O resultado negativo foi dado de forma adequada (explorar aconselhamento)? Ela vai fazer o teste de novo em 30 dias?	Como foi dado o resultado (explorar aconselhamento)? Como reage? Conta pra alguém? - família - amigos - Jonas Muda alguma coisa? - trabalho / estudo - filhos Sofreria preconceito? - família - amigos - seria 'tocada' e abraçada da mesma forma? Ficar e namorar - sexo seguro - contar para parceiro O passar do tempo `diminui` esse susto que a pessoa passou? O resultado positivo foi dado de forma adequada (explorar aconselhamento)? Ela vai fazer o teste de novo em 30 dias?

Se a Daniela ficasse com meninas, haveria algo diferente após receber o resultado negativo do teste de HIV? E se fosse positivo?

E agora imaginando que o Jonas no mesmo serviço fazendo o teste:

Como ele fez o teste?

Resultado negativo	Resultado positivo
Como foi dado o resultado (explorar aconselhamento)? Como reage? Conta pra alguém? - família - amigos - Jonas Muda alguma coisa? - sexo seguro O passar do tempo `diminui` esse susto que a pessoa passou? O resultado negativo foi dado de forma adequada (explorar aconselhamento)? Ele vai fazer o teste de novo em 30 dias?	Como foi dado o resultado (explorar aconselhamento)? Como reage? Conta pra alguém? - família - amigos - Jonas Muda alguma coisa? - trabalho / estudo - filhos Sofreria preconceito? - família - amigos - seria 'tocada' e abraçada da mesma forma? Ficar e namorar - sexo seguro - contar para parceiro O passar do tempo `diminui` esse susto que a pessoa passou? O resultado negativo foi dado de forma adequada (explorar aconselhamento)? Ela vai fazer o teste de novo em 30 dias?

Se o Jonas ficasse com meninos, haveria algo diferente após receber o resultado negativo do teste de HIV? E se fosse positivo?

CONCLUINDO

Se estivesse nas mãos de vocês poderem contribuir e decidir sobre o que é importante pra tratar a questão da prevenção ao HIV às DST com jovens na escola, vocês fariam:

Alguma coisa igual ao que foi feito com vocês, que consideram que 'funciona' ou é legal?

Alguma coisa diferente de acordo com o 'público'?

- meninos e meninas

- diversidade sexual

Que tipo de informação sobre prevenção vocês acham importante ou gostariam de ter?

Incluiriam a participação das famílias nessa tarefa?

- o que é necessário para aproximar as famílias ao tema da prevenção ao HIV?

- o que os jovens podem fazer com suas famílias?

Com relação às pessoas na escola, o que poderia ser feito?

- relação aluno / professor

- relação entre colegas

ENCERRAMENTO

Agradecimento pela colaboração

O que acharam da discussão? Teve algum momento em que se sentiram desconfortáveis ou expostos? Sugestões?

Reforço do 'contrato de sigilo`

Seminário de apresentação dos resultados da pesquisa; lista com e-mail para divulgação de publicações que resultarem do estudo.

CURRÍCULO LATTES