

O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser:  
A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas  
do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes

**Navegar É Preciso, Avaliar...**

Também é preciso, embora muitas vezes avaliações nos "cheirem" mais como uma burocracia, um empecilho à ação, uma amarra que nos impede de içar velas e zarpar, como algo que nos rouba, com papéis e registros, tempo e energias que poderiam estar voltados para pensamentos e ações. Mas não é bem assim, ao menos não precisa ser assim. Como uma carta de navegação e uma bússola são os instrumentos indispensáveis para qualquer "sonho náutico", a avaliação de um programa de intervenção é quase tão importante quanto os ideais que nos orientam e as ações que realizamos. Ela nos ajuda a dar corpo a esses ideais e ações - quando nos obriga a antecipar mentalmente o ponto aonde queremos chegar e os caminhos que devemos trilhar- e a nos assegurarmos de que, pelo menos no que compete a esses ideais e ações, estamos fazendo a "coisa certa".

A avaliação é algo que se faz ao término do trabalho, ao menos ao término de suas etapas. Será? Não. A avaliação deve começar quando vamos estabelecer o que fazer. Uma carta náutica não se traça à chegada, ou no meio da travessia, mas em terra firme, antes de partir. Também não deve ser deixada no porto. Se não for sendo consultada e, eventualmente, corrigida, complementada, de nada terá servido fazê-la. O reencontro da terra firme, ainda que não seja exatamente no porto que se pensou à saída, não é a hora de usar a carta náutica, embora, por paradoxal que pareça, seja sua hora de maior "glória". É ali que ela realiza plenamente seu papel, embora já ali não sirva mais à viagem. Não serve àquela viagem, nem àquele navegador, mas poderá servir a outras viagens e navegadores.

1 Médico sanitário, doutorem Medicina Preventiva, professor do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e coordenador do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE do Butantã)..

Em suma, a carta de navegação não faz sentido sem o barco e sem o mar, não substitui o frescor da brisa marinha, não revela qualquer impressão da travessia ou a emoção da chegada, e no entanto não há barcos, mares, brisas, travessias e portos sem ela. Ou seja, tudo que pensarmos ou fizermos de nossas atividades no projeto de prevenção de drogas/DST/AIDS entre nossos escolares não será trabalho de prevenção de verdade sem esse norte que é a avaliação. Se quisermos chegar a algum lugar e de algum modo minimamente racional, teremos de expressar essa racionalidade em meios e fins claramente definidos e objetivamente verificáveis. Devemos, portanto, partir com um protocolo de avaliação capaz de expressar e retroalimentar constantemente essa racionalidade.

Eis aí o primeiro desafio: balizar a racionalidade do trabalho e exprimi-la em critérios objetivos e aferíveis, verificáveis com a periodicidade e o conteúdo julgados apropriados. Ora, a metáfora náutica está aí a nos chamar a atenção para o fato de que sua racionalidade (sua razão de ser) não está dada a priori, de uma vez para sempre. Um plano de navegação depende das características do barco, da natureza da viagem e do ponto a que se quer chegar. Também no que diz respeito aos projetos de intervenção, se a avaliação não se baseia numa racionalidade particularizada nas características do projeto, aí sim ela vira burocracia, papelório, entrave. Por isso, há dois pressupostos básicos que devem ser considerados na formulação de processos de avaliação de projetos de intervenção como este:

- a avaliação deve ter algum princípio, uma linha mestra a partir da qual se desdobra em critérios e métodos pormenorizados;
- dado esse princípio norteador, a avaliação deve ter flexibilidade suficiente para absorver a dinâmica de desenvolvimento do projeto, transformando suas formas e pormenores sempre que isso se fizer necessário para manter-se fiel à sua linha mestra.

É claro que, apesar das particularidades de cada projeto, existem alguns elementos básicos, aos quais, de um modo ou de outro, sempre estarão relacionados os protocolos de avaliação. Racionalidade econômica é um deles: como atingir os melhores resultados com os menores gastos, eis uma orientação frequentemente encontrada em processos de avaliação. Certamente não é a nossa principal preocupação. Para outro projeto, pode interessar, ao contrário, que para um mesmo objetivo estabelecido um crescente montante de recursos seja mobilizado. Para um projeto pode interessar resultados bem fechados; para outros, a maior abertura possível de resultados; para alguns projetos o rendimento dos meios pode ser vital, enquanto para outros pode interessar mais a eficácia do que a eficiência dos meios, e assim por diante.

Em nosso projeto, o que interessa é a saúde física e mental de crianças e adolescentes, seu crescimento livre e criativo como indivíduos e como coletividades, sua auto-estima e solidariedade. É essa busca de caminhos e destinos que deve orientar a auto-avaliação de nosso trabalho; é desse princípio básico que deve originar-se a racionalidade de nossos protocolos de avaliação.

Mas como fazer isso na prática? Que critérios podem demarcar o sucesso na perseguição desses objetivos? Que parâmetros medirão o seu alcance? É para orientar a escolha desses critérios (qualidades balizadoras) e parâmetros (indicadores quantitativos) que queremos introduzir aqui a noção de **vulnerabilidade**; é para tentar dar mais concretude e operacionalidade a esse compromisso do projeto com a emancipação de nossos jovens escolares que a estamos propondo como eixo organizador de nossos processos de avaliação.

## O Que É Vulnerabilidade?

Um dos maiores obstáculos a qualquer trabalho preventivo com populações de crianças e adolescentes parece ser a **forma estereotipada e naturalizada com que temos tratado os jovens em nossos serviços de educação e saúde**, especialmente os adolescentes. Tomando o processo de crescimento e desenvolvimento como conjunto de fenômenos biológicos e universais, experimentamos sérias limitações no recurso à adolescência como categoria instrumental para a apreensão e transformação dos comportamentos e condições de saúde dos grupamentos populacionais por ela designados. Uma respeitável produção teórica já atestou a indissociabilidade das dimensões sociais, culturais e psicológicas para uma adequada compreensão do que seja a adolescência e a saúde na adolescência. No caso das drogas e das DST/AIDS isto é especialmente verdadeiro, dada a conhecida importância da dimensão sociocultural do problema. Se a condição mínima necessária para que o indivíduo possa proteger-se contra esses problemas é, como se acumulam evidências, tomar-se ativamente **sujeito de sua própria saúde**, assumindo comportamentos protetores e solidários, então não bastarão a base biológica e os aspectos transculturais da adolescência para nos orientar. Há que se resgatar a **particularidade social e cultural** que marca a identidade concreta de nossas crianças e adolescentes, aquela que os torna suscetíveis ao abuso das drogas, às DST e à AIDS, e que deverá fazê-los mais sensíveis às efetivas possibilidades de superação dessa suscetibilidade.

Com efeito esses grupamentos sociais particulares não têm chegado a travar com os serviços e programas encarregados de cuidar de sua educação e sua saúde senão contatos bastante superficiais. Estes contatos estão longe de realizar o profundo diálogo que precisa ser estabelecido entre esses jovens e os serviços para torná-los mais aptos a implementar sua proteção contra o abuso de drogas, as DST e a AIDS, contendo a disseminação desses problemas. Entre os obstáculos à tarefa de superá-los, destacam-se limites relacionados ao tradicional instrumental científico-tecnológico normalmente utilizado para a orientação e avaliação de ações preventivas de um modo geral.

Quando se fala de "instrumental científico-tecnológico" para a prevenção em saúde, somos imediatamente remetidos à disciplina que está no núcleo desse instrumental, organizando-o e validando-o: a **epidemiologia e seus indicadores**. Essa ciência tem fornecido, é verdade, preciosos elementos para conhecer a dimensão coletiva dos fenômenos da saúde e da doença, permitindo trazê-la para o âmago das práticas assistenciais. Não obstante, a própria epidemiologia aponta, através de suas contribuições efetivas, importantes restrições e desafios. O caráter concretamente assumido por seus conceitos e métodos formalizados - orientados de forma a abstrair das associações estabelecidas por seu intermédio as determinações propriamente sociais dos fenômenos que estuda - constitui, sinteticamente, o principal limite do instrumental epidemiológico clássico para instruir objetivamente o necessário diálogo, já referido, entre os serviços, tanto de saúde quanto de educação, no caso, para lidar com as particularidades socioculturais de nossa população-alvo.

Neste aspecto, as inquietações relativas às ações assistenciais de prevenção confluem com as de outros campos de exploração da epidemiologia da AIDS - a vigilância epidemiológica e a investigação científica propriamente dita, por exemplo. Conceitos como "fator", "grupo" e "comportamento" de risco, já bastante conhecidos pela maioria de nós, têm servido de base para sucessivas estratégias de conhecimento e controle epidemiológico da doença. Mas o conceito de risco tem, freqüentemente, apresentado "custos" técnicos, sociais e políticos superiores a seus benefícios. O preconceito em

relação aos chamados "grupos" de risco ou a injustificável despreocupação de quem não tinha "comportamento" de risco são exemplos de "efeitos colaterais" do uso desse conceito.

Foi a partir desse incômodo diagnóstico que uma estimulante, embora ainda bastante inicial, estratégia de aproximação preventiva à epidemia da AIDS passou a ser explorada nos EUA: a noção de vulnerabilidade. Ela busca estabelecer uma "síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis (doença e morte)".

A noção de vulnerabilidade visa não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.

Não cabendo detalhar todo o extenso conteúdo da proposição desenvolvida por MANN e colaboradores (1993), pode-se afirmar que a noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) ante a epidemia da AIDS em três planos analíticos básicos: o individual, o programático ou institucional, e o social. Desenvolvimentos ainda mais recentes têm procurado estender o uso da noção de vulnerabilidade para outros aspectos ligados à saúde de populações e estratégias preventivas, como a questão da violência nas relações de gênero, e, agora conosco, ao problema das drogas.

Mas entendamos um pouco melhor o que se baseou e o que significa a noção de vulnerabilidade no campo em que ela surgiu: o da prevenção da AIDS.

No primeiro dos planos de consideração da suscetibilidade à AIDS aqui indicado - o individual -, a vulnerabilidade é relacionada basicamente a **comportamentos** que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas (transmissão sexual, uso de drogas, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Destaca-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade devem ser entendidos não como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, mas como relacionados a condições objetivas do meio natural e social em que se dão esses comportamentos, ao grau de consciência que estes indivíduos têm sobre tais comportamentos e condições objetivas e ao efetivo poder de transformação de comportamentos a partir dessa consciência.

O segundo plano é o da vulnerabilidade social, já passando, portanto, à avaliação de coletividades. Aqui a vulnerabilidade deve ser avaliada através de aspectos como:

- o acesso à informação que tem o grupo social em questão;
- a **porcentagem do produto nacional bruto destinado a investimentos na saúde** pelas autoridades e legislação locais;
- o **acesso a serviços de saúde** nos diversos estratos sociais;
- o comportamento de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de mortalidade infantil;

- os aspectos sociopolíticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações específicas, restrições de exercício de cidadania são considerados elementos que tornam as mulheres especialmente vulneráveis à epidemia);
- o grau de liberdade de **pensamento e expressão dos diversos sujeitos**, sendo a maior vulnerabilidade de populações associável à sua incapacidade de se fazer ouvir, formal ou informalmente, nas esferas decisórias de seus governos;
- a relação entre gastos militares e gastos com saúde, como indicador da inclinação dos governos instituídos para as questões sociais;
- as condições de bem-estar social, como condições de moradia, nível de escolarização, acesso a bens de consumo etc.

O terceiro plano refere-se ao desenvolvimento de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da AIDS, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como "pronunciamentos oficiais demonstrando compromisso com a solução do problema expresso por autoridades locais, ações efetivamente propostas pelo Estado, coalizção interinstitucional para atuação, planejamento de ações, qualidade do gerenciamento dessas, capacidade de resposta das instituições envolvidas, tipo de financiamento previsto para os programas propostos, continuidade dos programas, a utilização de mecanismos de avaliação e retroalimentação dos programas".

Buscando renovar pressupostos, métodos e categorias analíticas, essa proposição já tem o inegável mérito de dar um passo positivo com vistas a **superar a compreensão tecnocrática** da relação entre conhecimento e práticas de saúde, pois busca ativamente relacionar os subsídios científicos a respeito do HIV e da AIDS às implicações de caráter sociopolítico da epidemia. Em suma, o valor prático e teórico que essa proposição atribui à caracterização de "situações subjetivas particulares" de exposição e suscetibilidade ao HIV e à doença vem ao encontro da necessidade de indicadores sociocomportamentais que se impõe no trabalho preventivo que estamos iniciando.

Vejamos, então, que características comportamentais, institucionais e sociais vêm tornar (ou não) nossos jovens mais vulneráveis à AIDS, relacionando a discussão às drogas e, obviamente, às demais DST.

### **Adolescência e Vulnerabilidade**

Dentre os aspectos da vulnerabilidade à AIDS mais especificamente associáveis à adolescência destacam-se aqueles referentes à sexualidade, ao uso de drogas e, como explorações mais recentes, à exposição à violência.

Em relação à sexualidade, é importante, antes de mais nada, considerar o seu caráter não estritamente natural, devendo-se entendê-la como uma construção cultural sobre uma base natural. Algumas conseqüências de importância fundamental decorrem desse caráter cultural para trabalhar as questões de vulnerabilidade:

- enquanto dado cultural, o exercício da sexualidade implica "**aprendizados**" e **possibilidades sociais** concretas de concepções e atitudes que variam profundamente de grupo para grupo (por exemplo, ser ou não homossexual tem um poder de indicar vulnerabilidade nos Estados Unidos diferente do que tem no Brasil, onde a polarização

ativo/passivo demonstra ter maior relação com os **padrões prevalecentes de práticas sexuais e, portanto**, mais estreita relação com a vulnerabilidade à epidemia);

- os códigos sexuais sancionados culturalmente determinam "**redes sexuais**", isto é, sistemas de interações sexuais entre os diversos sujeitos sociais, que precisam ser elucidados para a compreensão da "circulação do vírus" e, portanto, das situações de maior "vulnerabilização" individual e social (tem sido bastante debatida, por exemplo, a importância da prática bissexual na conformação de padrões de indistinção de vulnerabilidade atribuível ao sexo dos indivíduos);
- a situação, culturalmente determinada, de **intranquilidade** com que a busca de identidade sexual é vivida na adolescência pode estar associada a uma maior vulnerabilidade do grupo;
- o caráter intersubjetivo da construção da sexualidade remete à importância das relações de poder entre os diversos sujeitos sociais. A **questão de gênero é, portanto**, uma das mais fundamentais situações de relação de poder que precisam ser consideradas na discussão da vulnerabilidade;
- elementos simbólicos de força numa cultura sexual podem ser importantes instrumentos para interferir na vulnerabilidade, por sua maior capacidade de gerar identificação e comunicação. É o caso do elemento "**transgressão**" na cultura sexual brasileira. Mensagens transgressivamente erotizadas podem ser estratégicas para o controle da epidemia na sociedade brasileira.

Em relação às drogas, de novo coloca-se a importância dos padrões socioculturais: não é o uso de droga, em si mesmo, que determina maior vulnerabilidade ao HIV, mas **o modo como a droga é usada**. Cabe aqui uma idéia correlata à de "redes sexuais", a de "redes de aplicação", ou seja, é preciso conhecer, para cada grupo, as concepções e atitudes que orientam o uso da droga (quem, quando, em que condições) e, conseqüentemente, identificar os padrões de exposição à infecção. Há que se estar atento, por exemplo, aos diversos padrões de uso já identificados pela psicologia social (experimentador, usuário ocasional, usuário habitual, dependente). Terão essas categorias algum poder elucidativo de diferentes condições de vulnerabilidade?

A "economia da droga" também pode tornar-se um fecundo indicador de vulnerabilidade. A produção e a circulação das drogas seguem lógicas geopolíticas que, uma vez conhecidas, podem tornar-se instrumentos de apreensão e transformação de vulnerabilidade. Rotas de exportação, mercado consumidor, disponibilidade de mão-de-obra barata são aspectos que explicam, por exemplo, o maior peso da infecção por via do uso de droga nos padrões epidemiológicos da AIDS em regiões como Santos, interior de São Paulo, e Rio de Janeiro.

Por fim, uma frente de investigação que se está abrindo, atualmente, é a associação entre vulnerabilidade à epidemia e violência. Essa associação já positivamente observável precisa, não obstante, ser explicitada em seus mecanismos íntimos. A **diminuição da auto-estima** em indivíduos expostos a situações sistemáticas de violência pode ser uma explicação. Esses indivíduos teriam menores chances de adotar atitudes de proteção.

De outro lado, essa associação expõe o caráter imediatamente político da discussão da vulnerabilidade. A forma como as questões cotidianas da cidadania permeiam a relação entre violência e AIDS (e não só ela, como foi visto) aponta a necessidade de tratar o

problema não como um desafio estritamente técnico. É preciso "militar" nessa "pequena política" do cotidiano da epidemia, assim como penetrar com ela a "grande política". É preciso favorecer a "aglutinação de poder" dos sujeitos sociais mais vulneráveis (em nosso caso os adolescentes) para que sua voz se faça ouvir nas pequenas e grandes decisões que determinam suas chances de vida, liberdade e felicidade.

Em síntese, os adolescentes podem ser considerados um segmento populacional de elevada vulnerabilidade, especialmente num país com a estrutura social do Brasil e onde ações programáticas voltadas para o grupo são freqüentemente precárias ou mesmo inexistentes. Alguns dos aspectos particularmente associados com essa aumentada vulnerabilidade são:

- onipotência, sensação de invulnerabilidade;
- dificuldades de informação adequada - dificuldades com a linguagem prevalente na mídia, descaso dos meios de comunicação, barreiras impostas por preconceitos, barreiras socioeconômicas ao acesso, limites próprios à fase para a ancoragem simbólica das informações;
- necessidade de explorar, buscar o novo, experimentar riscos, transgredir;
- sistema educacional pobre e desestimulante para a individuação e capacitação do adolescente para uma sociabilidade rica;
- dificuldade de escolher, indefinição de identidades, conflito entre razão e sentimento;
- percepção da temporalidade: urgência, dificuldade de "administrar" esperas, adiar desejos, a virtualidade do futuro;
- carência e baixa qualidade de serviços de saúde;
- carência de profissionais, nas diversas áreas, que se proponham a ser efetivamente interlocutores;
- despreparo e falta de suporte institucional dos interlocutores socialmente privilegiados no lidar com adolescentes (educadores e profissionais da Saúde);
- gregarismo: suscetibilidade a pressões grupais, modas, necessidade de afirmação grupai;
  
- desagregação familiar (na acepção ampla do conceito): falta de referência, baixa estimulação intelectual e afetiva, favorecimento da baixa auto-estima, exposição à violência;
  
- barreiras sociais na adoção de medidas protetoras: dependência econômica, inexistência de produtos adequados, medo de expor-se;
  
- baixa "densidade" de cidadania: carência de mecanismos de solidariedade social, limitada capacidade de organização, representação e pressão políticas;
  
- drogas: segmento visado como consumidor e como mão-de-obra da indústria da droga, obstáculos morais, psíquicos e materiais para um uso seguro, pulsões psicossociais já citadas;
  
- clandestinidade, insegurança e elaboração fantasiosa das primeiras atividades sexuais.

### **Que Desafios nos Aguardara, Então?**

Em primeiro lugar, ampliar a aplicação do raciocínio desenvolvido no item anterior, da AIDS em particular, para o conjunto de nossas preocupações - drogas e DST, da adolescência para as situações de desenvolvimento limítrofes a essa, na infância. Em segundo lugar, cabe aplicar as categorias básicas às nossas realidades locais, procurando ouvir o que nos dizem aquelas categorias (comportamentais, institucionais e sociais) a respeito das populações-alvo com as quais estaremos concretamente trabalhando. Por fim, cabe estabelecer algumas categorias de avaliação que, dadas as características da vulnerabilidade da população-alvo e a estratégia educativa planejada, permitam o mais

sensível e ágil acompanhamento e retroalimentação dos rumos da intervenção.

Quanto mais cada unidade do projeto conseguir formular indicadores de avaliação capazes de dar conta da especificidade de sua população-alvo e do desenrolar particular de suas estratégias de intervenção, melhor tenderá a ser seu processo avaliatório. Por isso não devemos fornecer aqui qualquer fórmula pronta, tipo *agite e use*. Alguns "lembretes" sobre diretrizes gerais para a construção de protocolos de avaliação poderão, no entanto, ser de alguma utilidade:

- a. Alguns indicadores deverão ser bem **específicos** para as características locais do trabalho, e algumas vezes poderão ter apenas interesse local mesmo. Sempre que possível, no entanto, os indicadores utilizados, ao menos alguns mais fundamentais, devem permitir transcender as particularidades locais e ser agregados em consolidados **gerais** - ao nível de distritos, regiões, municípios e estado -, já que o projeto precisa ser avaliado desde o plano local até esses planos mais abrangentes.
- b. Sempre (mas apenas quando se mostrarem adequados), os indicadores devem ser traduzidos em **quantidades**, ainda que essa quantificação só dê conta grosseira e indiretamente do aspecto em avaliação. Por exemplo, quantidade de monitores recrutados, para avaliar a legitimidade do projeto; número de atividades mensais realizadas, para avaliar velocidade da implantação do programa; número de camisinhas distribuídas, para avaliar incorporação de comportamentos protetores etc.
- c. Os indicadores quantitativos devem resultar de **metas** previamente fixadas e adequadamente planejadas. As metas são resultados ou atividades-meio desdobradas a partir de objetivos do projeto expressáveis em termos quantitativos.
- d. Devem ser criados alguns quantificadores ruão absolutos, como os dos exemplos do item b, mas **coeficientes** do tipo "resultado esperado/resultado encontrado", "recurso disponível/recurso utilizado", "população-alvo/população atingida". Esses coeficientes são necessários para avaliar mais claramente a efetividade das ações propostas e/ou a adequação das metas previamente estabelecidas.
- e. Variáveis não imediatamente quantitativas podem ser quantificadas de forma convencional e aproximativa; por exemplo, atribuindo escores à sensibilidade da escola às ações preventivas, quantificando a atitude da direção: direção proíbe atividades preventivas (0 pt.); direção não proíbe mas não estimula atividades (1 pt.); direção estimula mas não cria condições objetivas para as atividades (2 pts.); direção eventualmente cria condições objetivas para as atividades preventivas (3 pts.); direção criou condições regulares para a realização de atividades preventivas (4 pts.). É claro que, neste caso, quanto maior for o escore da escola, potencialmente menor tenderá a ser a vulnerabilidade de seus alunos. Segundo o mesmo raciocínio, se o

projeto em andamento conseguiu levar uma escola a aumentar seu escore neste aspecto, a partir de suas atividades, isso pode ser considerado um indicador positivo na avaliação da eficácia da proposta.

- f. A análise do desenrolar e dos impactos do programa não deve restringir-se, porém, a critérios quantificáveis. Considerações que busquem interpretar o conjunto da situação localmente conformada, incorporando dados não-quantificáveis, como a percepção da emergência de um novo nível de politização local da questão; de mudanças no modo como crianças e adolescentes se relacionam entre si ou com as suas questões; de transformações na dinâmica grupai do corpo de professores; de configuração de problemáticas inéditas etc. têm um papel insubstituível e fundamental a realizar numa avaliação que adote como linha mestra a questão da vulnerabilidade.

Bem, muito mais haveria a dizer, que não cabe no espaço deste texto. Mas, pensando bem, é melhor mesmo que o resto seja dito e pensado em situações mais próximas àquelas em que estaremos efetivamente trabalhando, ou estaríamos "traindo" a aposta Fundamental desta proposta de avaliação, que é a busca das nossas crianças e adolescentes de carne e osso", que é a perseguição de valores que sejam não preceitos morais abstratos, mas positiva busca de liberdade e felicidade, que é o desafio de fazer da prevenção não uma simples tarefa profissional, mas um efetivo **encontro** de seres humanos.

### **Bibliografia**

AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco. 1995.

AYRES, J. R. C. M., FRANÇA JR., I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática programática e saúde do *adulto*: ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec (no prelo). Programa Editorial da Faculdade de Medicina da USP, v. 4.

CAMARGO JR., K. R. *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências*. Rio de Janeiro: Relume- 1994.

CRIMP, D. (Ed.). *AIDS: cultural analysis, cultural activism*. Cambridge/London: MIT Press, 1980.

FEE, E., FOX, D. M. (Eds.). *AIDS: the burdens of history*. Berkeley: University of California Press, 1988.

KALICHMAN, A. O. *Vigilância epidemiológica da AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

L ABATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, 1994.

MANN, J., TARANTOLA, D. J. M., NETTER, T. W. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 275-300.

MARCONDES, E. Introdução ao estudo da adolescência. In: SETIAN, N., COLLI, A.,

MARCONDES, E. (Orgs.). *Adolescência*. São Paulo: Sarvier, 1979.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R., BASTOS, C., GALVÃO, J., PEDROSA, J. S. (Orgs.). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 231-50.

PARKER, R. G. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.