
ARTIGO DE REFLEXÃO

VULNERABILIDADE E ADOLESCÊNCIA

Vulnerability and adolescence

Vulnerabilidad y la adolescencia

José Roberto da Silva Brêtas¹

Resumo

Este artigo pretende ampliar a discussão sobre vulnerabilidade e adolescência, destacando as situações de vulnerabilização de adolescentes. Acreditando que tal proposto contribuirá para promover a discussão da temática na perspectiva da atenção ao adolescente.

Descritores: Adolescente; Fatores de risco; Vulnerabilidade

Abstract

This article aims to broaden the discussion on vulnerability and adolescence, highlighting the situations of increasing the vulnerability of adolescents. Believing that such proposed will help to promote the discussion of this issue in perspective of the adolescent.

Keywords: Adolescent, Risk factors, Vulnerability

Resumen

Este artículo tiene como objetivo ampliar la discusión sobre la vulnerabilidad y la adolescencia, poniendo de relieve las situaciones de aumento de la vulnerabilidad de los adolescentes. Estimando que tal propuesta ayudará a promover la discusión de este tema en la perspectiva del adolescente.

Descriptores: Adolescente; Factores de riesgo; Vulnerabilidad

¹ Psicólogo, Enfermeiro, Professor Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Líder do Grupo de Estudos sobre Corporalidade e Promoção da Saúde (GECOPROS). e-mail: bretas.roberto@unifesp.br

INTRODUÇÃO

Este texto teve origem na apresentação da temática em reunião ordinária do Grupo de Estudos sobre Corporalidade e Promoção da Saúde (GECOPROS) da Universidade Federal de São Paulo. Desta forma, o tema: “vulnerabilidades e adolescência” foi selecionado como eixo central de um ciclo de debates que será promovido pelo GECOPROS durante a gestão 2011.

Nos últimos anos, a noção de vulnerabilidade de crianças e adolescentes vem sendo mais empregada, expressando distintas perspectivas de interpretação nos meios acadêmico e governamental. Na América Latina, a noção de vulnerabilidade social é recente, foi desenvolvida com o objetivo de ampliar a análise dos problemas sociais, ultrapassando a referência à renda ou à posse de bens materiais, para incluir a população em geral⁽¹⁾. Desta forma, pode-se dizer que esta noção está relacionada às concepções do estado de bem-estar social, cuja intervenção muitas vezes acontecia baseada no cálculo e na possibilidade de prevenção dos riscos. Não obstante, a percepção do risco social tem se modificado ao longo dos anos, contando que foi construída com base na identificação da questão social ou de um problema de disfunção familiar, passando a ser interpretada como uma questão de relacionamento. Assim, a situação começa a ser analisada tomando como ponto de partida a interação social.

Neste texto, o modelo de vulnerabilidade adotado tem o caráter de interligar os aspectos individuais, sociais e programáticos, que reconhecem a determinação social da doença e colocam-se como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade.

A abordagem na perspectiva da determinação social da saúde-doença e o modelo de vulnerabilidade a ser apresentado incorpora e aponta para a necessidade da interdisciplinaridade, o que é fundamental, quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, à medida que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, sob pena de reduzir as ações a “tarefas pontuais”.

Neste contexto, para intervenção em situações de vulnerabilidade é imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam a resposta social que, segundo Ayres e

col.⁽²⁾, diz respeito à participação ativa da população na procura solidária de estratégias possíveis de execução e de encaminhamento/ equacionamento de problemas e de necessidades de saúde.

ASPECTOS GERAIS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Adotamos a compreensão de vulnerabilidade como um movimento a considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos⁽³⁾. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, propõe-se que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades⁽²⁾.

O marco conceitual proposto por Ayres⁽³⁻⁵⁾ difere daquele de Mann e col.⁽⁵⁾, que se apresenta impregnado da tradição norte-americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual, segundo os aspectos comportamentais e cognitivos, pois não enfatiza excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. Ayres⁽²⁻³⁾ refere que a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, propõe sua operacionalização por meio de diferentes situações de vulnerabilidades dos sujeitos individuais e coletivos, que podem ser particularizadas pela avaliação articulada de três componentes interligados: o individual (vulnerabilidade individual), o social (vulnerabilidade social) e o programático ou institucional (vulnerabilidade programática).

O componente individual da vulnerabilidade refere-se ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-la a seu repertório cotidiano de preocupações; e, finalmente, ao interesse às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras^(2,6).

Neste contexto, podem ser incluídos os aspectos cognitivos, ou seja, a capacidade do indivíduo em processar informações, por exemplo, sobre DST/AIDS, sexualidade, prevenção e os aspectos comportamentais que dizem respeito à possibilidade de transformar informações processadas em comportamentos.

Assim, só podemos compreender os aspectos comportamentais se levarmos em conta: (1) as características pessoais, que são construídas ao longo da história do indivíduo, envolvendo os aspectos biopsicológicos e sociais do desenvolvimento humano e as experiências proporcionadas pelo meio. Dentre as características pessoais, podemos destacar um fator que as pessoas costumam denominar autoestima. A história individual acontece em um determinado contexto familiar, cultural e social que proporciona um significado e, ao mesmo tempo, é responsável pela construção das características pessoais. Assim, por exemplo, uma garota pode deparar-se com situações envolvendo discriminação, preconceito, violência e desigualdade de gênero, como quando uma pessoa que sofreu violência sexual na infância tem sua história de vida marcada por esse episódio. Desta forma, atitudes pessoais frente a uma situação envolvendo sexo e sexualidade são norteadas pela vivência e história de vida; (2) as habilidades individuais também fazem parte dos aspectos comportamentais da vulnerabilidade individual, como por exemplo, a iniciação sexual, as práticas sexuais que exigem das pessoas envolvidas uma negociação do tipo de relação sexual, o local onde vai acontecer, a prevenção pelo uso de preservativo e outros⁽⁷⁾.

Contudo, ser vulnerável não é o mesmo que ser incapaz, e sim ter a condição de desenvolver comportamentos adaptativos para superar os fatores de risco que podem afetar seu bem-estar⁽⁸⁾, esses comportamentos adaptativos estão associados ao grau e a qualidade da informação que os adolescentes e jovens dispõem⁽⁹⁾.

O componente social diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas, de aspectos, como o acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas etc.

Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade^(1,5). Trata-se do componente mais complexo e heterogêneo, no qual o pressuposto básico é o de que fatores coletivos, sociais influenciam fortemente na vulnerabilidade individual e programática. Nesta dimensão de análise, incluem-se: (1) aspectos econômicos – em contextos de desigualdade, há grande contingente de pessoas sem acesso aos recursos mínimos para a sobrevivência; (2) violência – em contextos muito violentos, nas quais a morte por causas externas é muito expressiva, as atitudes de autocuidado perdem sentido, já que se está permanentemente ameaçado pela perspectiva de morrer repentinamente; (3) acesso à educação – em contextos em que o índice de evasão escolar é muito grande, não se criam condições para o exercício efetivo da cidadania; (4) desigualdades de gênero, raça/etnia e outras – são criados grupos com menor poder de negociação e de voz; (5) ausência de participação coletiva nas decisões políticas da comunidade.

Já o componente programático, para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para se expor às enfermidades e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade do compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidados relativos à enfermidade, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia^(1,5). Este contexto de vulnerabilidade está mais diretamente relacionado às políticas de saúde e com a maneira, como estão organizadas as instituições na comunidade.

Desta forma, cada um desses componentes ou tipo de vulnerabilidade pode ser tomado como referência para interpretação de vários agravos à saúde. Esta abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de ações e de políticas de saúde com base nas necessidades da coletividade.

Neste sentido, esse modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos indivíduos nos mais variados recortes (desenvolvimento, faixa etária, sexo, raça, grupo social e outros), trabalhar as comunidades e

realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica de práticas de saúde para sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade⁽⁵⁾.

O conceito de vulnerabilidade traz implícito, ainda, a intervenção e exige adoção de um marco referencial diverso do utilizado historicamente pela epidemiologia clássica. Desse modo, a vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, o reconhece, mas busca superá-lo. Privilegia como unidade analítica o plano do coletivo, e a estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica de dados. Essa perspectiva analítica amplia o horizonte para além da abordagem que se restringe à responsabilidade individual, que é empregada, tradicionalmente, em vários estudos que analisam o papel da pessoa na trama da causalidade. Ademais, incorpora o trabalho participante com a população, de maneira, a contribuir para que este seja sujeito de sua vida⁽³⁾.

É importante ressaltar a existência de três qualidades indissociáveis de vulnerabilidade como conceito, sob pena de importantes prejuízos éticos⁽¹⁾: a vulnerabilidade não é binária, é multidimensional, ou seja, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger sob outro; a vulnerabilidade não é unitária, não responde ao modelo “sim ou não”; há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus; a vulnerabilidade não é estável – as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo.

Assim, pode-se dizer que as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e em certo ponto do tempo e do espaço.

Vale ressaltar que as vulnerabilidades podem ser consideradas positivas, apresentando um sentido de alerta que muitas vulnerabilidades sugerem: como desencantos, buscas, pedidos de socorro, falta de referências, projetos coletivos que mobilizem os jovens, assim como limites de uma cultura de consumo e por um individualismo narcísico. Vulnerabilidades positivas também abrangem questões que podem potencializar mudanças civilizatórias e engajamentos positivos que podem fazer a diferença⁽¹⁰⁾.

VULNERABILIDADE E ADOLESCÊNCIA

O enfoque de risco, em particular, na adolescência aparece fortemente associado a repertórios expressos por: gravidez não planejada, aborto, risco ao contrair o HIV, risco de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, risco de morte frente à violência⁽⁹⁾. Neste contexto, o risco generalizado parece, assim, definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas absurdas em relação aos adolescentes. Estes aspectos assumem nuances distintas se adotarmos a noção de vulnerabilidade para entender as experiências dos adolescentes e jovens frente aos riscos.

Assim, não devemos apenas falar da adolescência, mas, das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao entorno, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura.

Atuar sob a égide desta perspectiva é passar a fazer perguntas a respeito do sujeito sobre o qual estamos falando, nas dimensões individual, social e programática, e, identificando questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos, tais como: relações de gênero, cruzadas com raça/etnia e classe social; condições de vida; condições de saúde; acesso ou não a informações; insuficiência de políticas públicas em saúde e educação e outros.

Neste contexto, algumas questões mostram-se relevantes, quando falamos de vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social e programático.

De maneira geral, o processo de desenvolvimento do adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas em nosso meio cultural, mostrando-nos períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas, nas quais se pode oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional. Nesta etapa da vida, a estabilização da personalidade acaba passando por certo grau de conduta patológica que deve ser considerada, como evolução normal, levando-se em conta os efeitos da grande cisão corpo/mente⁽¹¹⁾.

Um componente individual importante que liga a

vulnerabilidade à adolescência é, muitas vezes, atribuído à baixa autoestima, relacionando-se ao fato de que o indivíduo deixa de perceber motivos para cuidar de si. Em outro aspecto, a maior vulnerabilidade pode estar relacionada com a autoestima elevada, com uma sensação de onipotência. Se o adolescente sente-se invulnerável e onipotente, ele poderá adotar certas atitudes que criarão situações de exposição e risco, por exemplo, como o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas (situação associada também à baixa autoestima), consumo de drogas ilícitas e displicência nas práticas sexuais.

Nesta fase, o corpo é um importante elo de identificação para os adolescentes, a preocupação com a beleza, que é imposta pela mídia, atua primordialmente como formadora e reprodutora de estereótipos sociais, por exibir continuamente nos meios de comunicação padrões de beleza pelo exibicionismo e culto público dos corpos malhados de modelos e de atores. Os adolescentes passam a ser o principal alvo desta idealização, pois utilizam seus corpos para chamar atenção sobre si. Essa idealização do corpo é notadamente marcante, independente do segmento social e sexo⁽¹²⁾.

Quanto à onipotência do adolescente, pode-se concebê-la como um dos fatores que atrapalham a contracepção e prevenção das DST. O sentido de onipotência, tão característico desta fase, pode ser evidenciado baseado na justificativa corrente de que “isto não vai acontecer comigo”. Desta forma, adquirir DST ou engravidar, não é visto como uma consequência da atividade sexual não protegida, pois com eles isto não acontecerá, não havendo, portanto, justificativa para o uso da contracepção na adolescência⁽¹³⁾.

A onipotência constitui uma característica importante e frequente entre adolescentes, este exercício de autoafirmação faz com que pensem ter imunidade contra tudo o que acontece ou possa acontecer em seu meio, acham que nada de mal irá acontecer consigo. O pensamento do adolescente frente ao tempo também expressa uma defesa muito importante, uma vez que a busca da identidade adulta está intimamente ligada à capacidade de conceituar o tempo; nesta fase de transição, vive intensamente o presente, não aceitando o futuro⁽¹¹⁾.

Outra questão, que norteia o conceito de vulnerabilidade é a forma como esses adolescentes e

jovens vivem sua sexualidade e, aí, entramos na área dos valores, conceitos, preconceitos e vivências, de cada uma dessas pessoas.

No quadro cultural contemporâneo, as tendências, por um lado, estimulam a sexualidade precoce e, por outro, incentivam as resistências em educar, sensibilizar e oferecer os meios para evitar que tal atividade favoreça a gravidez não planejada e o contágio por DST⁽¹²⁾.

Atualmente, o início da atividade sexual na adolescência torna-se cada vez mais precoce e contrariamente, ao que se pensava, não há relação entre educação preventiva e início precoce das relações sexuais. Dados apontam que 32,8% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram sua vida sexual⁽¹⁴⁾, aumentando as chances de paridade juvenil entre 12 e 20 vezes⁽¹⁵⁾. O grande problema com que nos deparamos, é o de convencer os adolescentes a usarem uma forma de prevenção, que significa enfrentar questões anteriores a esta decisão, que envolve desde o “próprio desejo” até o enfrentamento da família, associadas ao tipo de relacionamento a ser estabelecido com o parceiro. Para isso, o adolescente necessita de um nível de maturidade emocional antes que possa assumir seu papel de risco em uma gravidez ou DST, o que depende de seu desenvolvimento físico, mental e sexual⁽¹⁶⁾.

No contexto individual, o uso de drogas representa por vezes um auxílio para o adolescente superar suas inibições e ousar experimentar situações novas, afirmando-se como igual dentro de seu grupo. Além disso, há a sedução por algo que é proibido e pela curiosidade da experiência. Mas, na perspectiva social, o uso e o abuso de álcool e outras drogas têm sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. Não fosse o consumo de drogas um problema suficientemente grave, temos ainda a problemática do tráfico, que representa uma séria ameaça à estabilidade social no Brasil e em outros países.

Outro fato individual/coletivo de suma importância é quando o adolescente recorre a um comportamento defensivo em busca de uniformidade, que pode proporcionar segurança e estima pessoal. Aí surge o

espírito de grupo, pelo qual ele mostra-se tão inclinado. Há um processo de grande identificação em massa, onde todos se identificam com cada um. Assim, as atuações do grupo e de seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e uma maneira ativa de determinar uma identidade diferente daquela do meio familiar. No grupo, o adolescente encontra um reforço necessário para os aspectos mutáveis do ego que se produzem nesse período da vida⁽¹¹⁾.

Desta maneira, o fenômeno grupal adquire uma importância transcendental, já que se refere ao grupo grande parte da dependência que anteriormente se mantinha com a estrutura familiar e com os pais especialmente. O grupo constitui assim a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta.

Nesse contexto, desenrola-se a vivência denominada como risco, que é uma variante que abrange vários sentidos, dentre os quais se destacam: risco de perder a identidade por submissão ao meio social e familiar, risco de se perder e desmoronar como indivíduo, risco de fracassar na conquista de um lugar valorizado no mundo e, finalmente, o risco de se aniquilar na busca de si mesmo. Também sob a forma de sintomas ou condutas autodestrutivas, em um amplo espectro, que vai desde atos simbólicos de destruição até formas mais dramáticas de autodestruição (consumo de drogas em geral, brigas violentas, velocidade em motos ou automóveis). Por vezes aparecem impulsos suicidas, chegando muitas vezes ao suicídio real. Sendo também comum a ocorrência de fracassos nos estudos ou maltratos no próprio corpo (bulimia, anorexia, lesões cutâneas por agressão direta, mutilações e marcas como as tatuagens, certos cortes de cabelo, brincos, piercing's e outros). Também maltratos aos objetos amorosos, como pais, namorado (a) e amigos (as), com a consequente perda e o inevitável sentimento de solidão. Como violência dirigida a objetos concretos, pelo descuido e destruição de coisas alheias, podendo chegar a atos de vandalismo⁽¹⁷⁾.

No indivíduo, a agressão tem início em seu próprio interior, sendo sinônimo de atividade e motilidade. A agressão modifica suas características, à medida que o sujeito cresce e se desenvolve. Esta mudança depende totalmente do tipo de ambiente com que o bebê em sua relação primária, a criança e o adolescente se deparam.

Com uma maternagem suficientemente boa e um ambiente facilitador, a agressão do adolescente desenvolve-se e transforma-se em algo integrado. Por outro lado, se o ambiente não for adequado para suprir as necessidades do sujeito, a forma encontrada pela agressão para manifestar-se será por meio de atitudes antissociais, às vezes, da delinquência, ou seja, surge a destrutividade. Neste sentido, para Winnicott⁽¹⁸⁾, é o ambiente externo que exerce influência sobre o modo como o sujeito irá lidar com essa agressão inata. Isso quer dizer que, em um ambiente suficientemente bom, a agressão passa a integrar a personalidade individual, como uma energia proveitosa relacionada ao trabalho e ao brincar, ao passo que, em um ambiente de privação, a agressão pode vir a se tornar carregada de violência e destruição.

A violência, tendo os adolescentes e jovens como vítimas ou agentes, está intimamente ligada à condição de vulnerabilidade social desses indivíduos. Atualmente, esses atores sofrem um risco de exclusão social sem precedentes pelo conjunto de desequilíbrios provenientes do mercado, Estado e sociedade tendem a concentrar a pobreza entre os membros desse grupo e distanciá-los do curso central do sistema social. Outro aspecto perverso da vulnerabilidade é a escassa disponibilidade de recursos materiais e simbólicos a indivíduos ou grupos excluídos da sociedade. O não acesso a determinados insumos (educação, saúde, trabalho, lazer e cultura) diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento desses recursos, que são fundamentais para que adolescentes e jovens aproveitem as oportunidades oferecidas pelo Estado, mercado e sociedade para ascender socialmente⁽¹⁹⁾.

Segundo Abramovay⁽¹⁾, a partir da associação de vulnerabilidade com a desigualdade social e a segregação juvenil, tem-se conseguido esclarecer cenários das complexas nuances da relação juventude e violência, que é percebida como o produto de dinâmicas sociais, pautadas por desigualdades de oportunidades, segregações, uma inserção deficitária na educação e no mercado de trabalho, de ausência de oportunidades de lazer, formação ética e cultural em valores de solidariedade e de cultura de paz e de distanciamento dos modelos que vinculam esforços e êxitos.

A combinação desses fatores tem sido responsável por situar os jovens à margem da participação democrática

que colabora na construção de identidades sensíveis à diversidade cultural e à solidariedade por compromissos de cidadania, assim como no fortalecimento de autoestima e de um sentimento de pertencimento comunitário. Em decorrência, muitos ficam relegados às influências que nascem de sua interação cotidiana nas ruas, com outros que compartilham das mesmas carências quando não são atraídos pelo mundo da delinquência, do crime e das drogas, inclusive por seus símbolos e práticas autoritárias de imposição de poder, ou de protagonismo negativo.

Por outro lado, se um serviço de saúde de uma determinada comunidade não atende os adolescentes que chegam ao serviço sem o acompanhamento dos pais, está criando um obstáculo programático, para que os adolescentes possam cuidar de si. Se outro serviço não distribui preservativos para adolescentes menores de idade ou torna a distribuição muito burocrática, podemos afirmar a mesma coisa. O mesmo vale para a escola que não cria espaços para se discutir os fenômenos do adolescer, a sexualidade, as drogas e a prevenção das DST/AIDS. Por outro lado, quando serviços de saúde estão desenvolvendo ações de maneira articulada com outras organizações da comunidade e quando estão estruturados de modo a promover o acesso dos adolescentes e jovens, é possível afirmar que está sendo construída uma resposta programática adequada de enfrentamento da vulnerabilidade de adolescentes aos problemas que os afetam⁽⁶⁾.

Nesta perspectiva, torna-se claro que a construção de uma resposta social para as necessidades de adolescentes e jovens depende da ampliação do acesso dos indivíduos à informação e aos recursos para sua

proteção, da construção de respostas por parte das instituições que acolhem adolescentes e jovens e de transformações sociais mais profundas, que diminuam as desigualdades na maneira como o poder é distribuído em nossa sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a abordagem adotada, o conceito de vulnerabilidade apresenta-se como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais históricas, por meio do trabalho com diferentes setores da sociedade e da interdisciplinaridade e quem sabe, até mesmo da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar das práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas que promovam impacto nos perfis epidemiológicos.

Nesse contexto, as abordagens para redução da vulnerabilidade devem procurar ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo das intervenções. Desse modo, assumem uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de alertar sobre o problema. É preciso concorrer, para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis, mesmo quando individualmente alertas. Mais que ser informadas é preciso que as pessoas saibam como se proteger e mobilizar-se, para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas.

REFERÊNCIAS

1. Abramovay M. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO; 2002.
2. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. (orgs.) Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.
3. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; 2003. p.117-139.
4. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.

5. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p.276-300.
6. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 319-324.
7. Brasil. Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS. Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; 2007.
8. Brêtas JRS. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. *Temas sobre Desenvolvimento* 2004; 12(72): 29-38.
9. Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação / UNESCO. Guia para a formação de profissionais de saúde e educação: saúde e prevenção nas escolas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
10. Abramovay M; Castro MG; Pinheiro LC; Lima FS; Martinelli CC. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas. Brasília: UNESCO; 2002.
11. Aberastury A; Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1981.
12. Brêtas JRS; Muroya RL; Goellner MB. Mudanças Corporais na Adolescência. In: Borges ALV; Fujimori E. (org.) *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri (SP): Manole; 2009. p.82-115.
13. Brêtas JRS. Conhecimento e utilização de contraceptivos por adolescentes. *REME. Revista mineira de enfermagem* 2005; 9(3): 223-229.
14. Vignoli JR. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: um marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
15. Castro GC, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
16. Villela WV, Doreto DT. Sobre e experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11): 2467-72.
17. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(4): 581-7.
18. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
19. Winnicott DW. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.