

***Prevenção às DST/AIDS
em Ações de Saúde e Educação***

Organização
Regina M^a M. D. de Figueiredo

São Paulo – 1998

Índice

1. Introdução
2. Perspectiva Cultural em Sexualidade
3. Evolução das Designações Atribuídas aos Grupos Visados pela Epidemia de AIDS no Brasil ..
4. Os Diferentes Modelos de Prevenção à AIDS Adotados em Campanhas e Projetos
5. Metodologia e Técnicas de Trabalho
6. Repensando Estereótipos e a Mulher Frente às DST/AIDS para Ações de Saúde
7. Medo, Vergonha, Machismo ou Inibição: e quem não consegue usar a camisinha?
(Proposta de Redução de Danos em Sexualidade)
8. Bibliografia
9. Sobre as Autoras

Apresentação

Há muitos anos, trabalhei com Regina Figueiredo num projeto sobre o uso do diafragma, e as possibilidades deste método passar a compor o rol de alternativas contraceptivas das mulheres brasileiras.

Assim, não me surpreendeu quando, alguns anos mais tarde, encontrei Regina trabalhando no sentido de ampliar o uso do condom, masculino e feminino, entre uma população da periferia de São Paulo. Neste reencontro, fiquei sabendo que, durante o tempo em que ficamos afastadas, Regina esteve trabalhando em projetos de prevenção de aids entre jovens, e concluindo sua pós-graduação, onde a proposta foi utilizar seu olhar antropológico para entender melhor o reflexo da cultura de gênero nas práticas de saúde reprodutiva de uma população especificada.

Feliz com a identidade temática mantida após tanto tempo, senti-me orgulhosa quando Regina passou a compor nosso grupo de pesquisadores do NEPAIDS, e ainda mais quando nos foi proposto a publicação desta coletânea, que sintetiza algumas das suas reflexões desenvolvidas ao longo destes anos de trabalho com prevenção da transmissão sexual do HIV.

Concebidos a partir de treinamentos para multiplicadores promovidos pelo FDE – Fundação de Desenvolvimento da Educação – suas reflexões são apresentadas de forma didática e de simples leitura, sem, contudo, prescindir do rigor teórico que a abordagem de temas tão complexos e atuais exige.

Particularmente interessante é a sua sistematização das estratégias escalonadas de redução dos riscos numa relação sexual entre homens e mulheres, onde o uso do preservativo – masculino ou feminino – em todas as relações sexuais, tem se mostrado um feito ainda nem sempre de fácil consecução. Inspirada nos modelos de redução de danos no uso de drogas, esta proposta, sem dúvida, permite que aprofundemos nosso conhecimento sobre as barreiras culturais e simbólicas ao uso de medidas preventivas no âmbito da sexualidade, na medida que considera as dimensões de prevenção de gravidez e das DST/AIDS, e apresenta os gradientes de risco/benefício para as diferentes alternativas possíveis para a dupla proteção.

Temos certeza de que a leitura deste trabalho será tão útil e estimulante quanto tem sido para nós a convivência, pessoal e profissional, com a autora.

Wilza Villela

Introdução

Esta publicação foi elaborada, procurando unir uma série de textos construídos de forma sintética e clara para facilitar iniciantes ou veteranos a atuar na intervenção em Saúde e Educação na prevenção da aids*. Todos os textos contidos em seu interior são de minha autoria, sendo que o terceiro “*Os Diferentes Modelos de Prevenção à AIDS Adotados em Campanhas e Projetos*” foi escrito juntamente com a grande amiga e companheira de trabalho Rosana Gregori, que também colaborou com sugestões para o quarto texto “*Metodologia e Técnicas de Trabalho*”.

Acreditamos que ela dê uma idéia geral da evolução dos conceitos e modelos de ações adotados diante desta doença e apresente uma proposta de abordagem, atuação metodológica e técnica para trabalhos em prevenção, retomando e contribuindo não apenas na Educação Sexual, mas também, na união dos Programas de Contracepção e Prevenção a DST/AIDS, bastante distanciados nas ações de Saúde.

O primeiro texto foi escrito no final de 1996, para a capacitação de educadores do projeto *Prevenção Também se Ensina*, da FDE, buscando fazer com que os leitores dêem um passo para fora de nossa sociedade e procurem desnaturalizar o que nos vem sendo imposto em termos de valores e sexualidade antes de fazer qualquer tentativa de tratar deste tema.

O segundo texto, recente, procura fazer uma trajetória e uma reflexão dos termos utilizados para definir a população alvo da doença e tentar explicar porque, ainda, a noção de grupo de risco permanece.

O terceiro, explica e exemplifica as linhas adotadas na prevenção da aids já fazendo uma proposta da utilização do conceito de Redução de Danos, também escrito na mesma época para o projeto *Prevenção Também se Ensina*, junto com o citado logo abaixo.

O quarto texto procura enfatizar a técnica de trabalho de oficinas, bastante utilizada no trabalho de prevenção, resgatando sua construção e aspecto científico, procurando orientar aos que dela se utilizam, evitando que caiam na “recreação”.

O quinto texto foi escrito em 1994 para resgatar a mulher real, a que existe e que está aí, contrapondo-a ao que os trabalhadores da saúde idealizam receber em seus serviços. Foi elaborado como introdução de um manual para profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O sexto texto “acaba de sair do forno” e tem como objetivo explicitar a proposta de Redução de Danos em Sexualidade que está sendo estudada em minha intervenção como pesquisadora do NEPAIDS.

Esperamos que este conjunto sirva, se não para uma ação, pelo menos para uma reflexão profunda dos múltiplos aspectos que a prevenção da aids traz para o campo do saber científico teórico e prático.

Regina Figueiredo

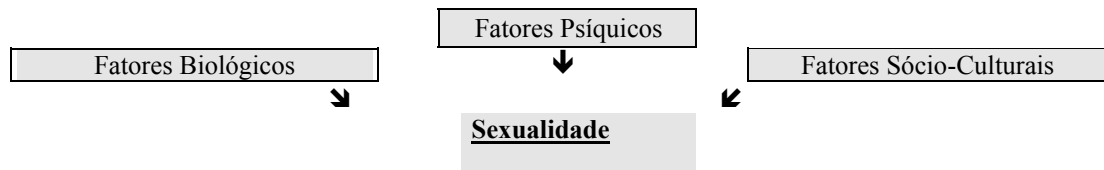
* A utilização do termo em letras minúsculas é proposital e propõe, como afirmou Denise Martim (1995), torná-la uma doença como outra qualquer e tirar o seu caráter de “monstruosidade” ao reificá-la. Apesar de ser uma sigla para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, suas iniciais estão dispostas conforme no inglês e não no português, como se usa nos países latinos, com o nome de SIDA. Portanto, para os brasileiros aids designa a doença, como hepatite, toxoplasmose, sarampo, etc, todas escritas em minúsculo.

Perspectiva Cultural em Sexualidade

Regina Figueiredo

Normalmente quando se realiza um trabalho de educação sexual ou em sexualidade a maioria dos profissionais são psicólogos ou, atualmente até, sexólogos, geralmente especializados após sua formação em Psicologia.

No entanto, as teorias atuais convergem de que a sexualidade humana possui na sua construção um componente subjetivo/psíquico e outro social. A estes alguns autores acrescentam o componente biológico ou genético.



O objetivo deste texto é relevar o aspecto social e, portanto, cultural da sexualidade, procurando contribuir para as discussões e intervenção em Educação Sexual e ações de prevenção às DST e à AIDS.

Reconhecer a sexualidade como construção social, assemelha-se a dizer que as práticas e desejos são também construídos culturalmente, dependendo da diversidade de povos, concepções de mundo e costumes existente, mesmo quando integrados em um só país, como ocorre no Brasil. Isso envolve a necessidade de questionamento de idéias majoritariamente presentes na mídia, nas condutas idealizadas, que são “naturalizadas”, e, assim, generalizadas para todos os grupos sociais, independentemente de suas origens e localização.

As condutas devem ser repensadas e vistas como relativas ao contexto em que estão presentes, portanto produto da ação de grupos humanos, nunca imutáveis ou ‘petrificadas’. Abaixo exemplificamos um caso de como uma mesma situação pode ser diferentemente entendida conforme o referencial do observador; escolhemos um assunto bastante exótico para possibilitar sua melhor visualização:

Na Índia existe o templo de Khajuraho, uma dos grandes achados arqueológicos do povo drávida, com os muros cheios de esculturas de homens e mulheres com posições e expressões eróticas e imagens de cópula de humanos com animais.

Com relação a cópula de animais poderiam haver as seguintes interpretações:

- para a nossa sociedade urbana, a cópula com animais tende a ser vista como um desvio sexual, uma aberração - portanto aquelas imagens seriam repulsivas e incompreensíveis do ponto de vista comportamental;
- na nossa sociedade no meio rural, a cópula com animais ocorre mais freqüentemente, principalmente na adolescência - portanto aquelas imagens poderiam ser aceitas como comportamento se remetidas a um período de descobertas sexuais.
- para um observador as imagens de cópula de animais poderiam ser interpretadas como um registro das práticas existentes naquela época;
- Já para um outro, poderiam ser lidas como um símbolo da união harmônica entre homem e natureza, atribuída miticamente (e de forma desenformada) aos povos considerados mais primitivos.

Na realidade, com um estudo mais minucioso, os arqueólogos acreditam que a cópula entre homem e animal seja uma referência à cópula divina entre Shiva e Parvati, freqüentemente representados em animais, onde teria nascido a energia cósmica que cria todo o universo.

Seria muito difícil para a nossa sociedade conceber tal simbolismo, porque aqui as divindades são castas, abstinências e puras e onde a sexualidade tem um conceito pejorativo, já que é vista como uma pulsão animal que deve ser contida e controlada, conforme orienta o pecado original.

Na Índia, ao contrário, a religião contempla a prática sexual como o alcance do absoluto. Daí terem surgido técnicas como o Kama Sutra e a Tantra Yoga, que tem como objetivo através do orgasmo obter o contato com o divino e o real domínio sobre os sentidos da paixão.

Não é apenas a sociedade indiana que tem o sexo em alta como uma prática libertadora, Sahlins já descreveu como na sociedade havaiana, existiam práticas como a dança do Ula-Ula e a alto índice de cópulas, etc, de grande importância e valorização pelas pessoas devido a sua simbologia religiosa e cosmológica.

Sociedade Ocidental	Sociedade Indiana
<ul style="list-style-type: none"> • Divindade é representada apenas como ser humano • Religião vê sexualidade como algo negativo / pecado original • Objetivo: Pureza, abstenção • Sexo com animais: aberração (com exceção do meio rural, onde pode ser um período de descobertas para meninos adolescentes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Divindades podem ser representadas como animais • Religião vê sexualidade como positiva • Objetivo: desenvolver o potencial sexual e obter o orgasmo = contato com o Absoluto • Sexo com animais: representação não repulsiva da união de divindades dando origem ao universo.

Com isto, fica clara a necessidade de uma maior abrangência no olhar que realizamos da sexualidade em geral, incluindo, o interior da nossa própria sociedade. Dessa forma acreditamos estar complementando com outros aspectos da sexualidade, o psíquico e o orgânico que outras ciências já vêm estudando.

Ciências como a Psicologia, procurando dar conta de práticas “estranhas” na nossa sociedade, tendem a criar explicações de desenvolvimento da identidade psíquica, conforme seu referencial conceitual. Isso ocorreu com relação à homossexualidade, à prática de masturbação contínua por pessoas adultas, à abstinência de práticas sexuais (desenvolvendo teorias de sublimação, etc) e à própria prática de cópula com animais, entre outras.

Cabe lembrar que a homossexualidade masculina na Grécia Antiga era amplamente praticada, sendo que boa parte dos jovens tinham a sua iniciação sexual dessa forma e não eram repreendidos ou considerados insanos por isto. O que mostra que não há necessariamente um determinante psíquico ‘mal resolvido’ na homossexualidade, mas que pode ser considerada como uma situação normal ou sadia dependendo do momento histórico e do contexto cultural.

Sem querer desconsiderar as contribuições que a Psicologia tem trazido ao tratamento de distúrbios de comportamento, neuroses, disfunções, etc, vale observar que não foi apenas a nossa sociedade que desenvolveu técnicas para trabalhar a sexualidade humana. A energia sexual e a sexualidade como impulso foram percebidas como uma força motriz do ser humano e suas condições físicas e psíquicas em várias sociedades e culturas.

Hoje sabemos que a Acupuntura, o Do-in, o Chiatso, trabalham com canais (meridianos) energéticos da energia vital sexual. Da mesma forma, a dança do ventre, a tantra yoga e terapias corporais de origem reichiana, baseiam-se no equilíbrio energético da sexualidade e suas pulsões no organismo, procurando prevenir e lidar com disfunções e doenças psicossomáticas.

A própria psicanálise, apesar de não realizar um trabalho diretamente sobre a parte física das pessoas surge com a observação dos estímulos vitais da sexualidade e sua estruturação a nível psíquico para o indivíduo.

Com todas essas considerações pretende-se relevar a capacidade das pessoas e povos de criar conhecimentos e respostas para as dificuldades físicas e psíquicas universais da existência humana, chamando a atenção de profissionais que lidam com pessoas à terem a percepção desta amplitude para serem mais compreensivos com pessoas que adotam posturas e/ou comportamentos por eles não aceitos ou compreendidos e com pessoas que trazem consigo um imaginário, um modo de vida e, portanto, uma cultura diferente.

Para um trabalho em Educação Sexual e Prevenção às DST, AIDS e ao Abuso de Drogas procura-se, assim, trazer as contribuições que as Ciências Sociais como a Sociologia, a História e a Antropologia, ou mesmo as pesquisas e intervenções não acadêmicas que realizam trabalhos de campo têm produzido a respeito dos grupos de adolescentes, usuários de drogas e outros seguimentos, pesquisando suas motivações de comportamento, códigos de conduta, lógicas de procedimento e as possibilidades de intervenção para uma prática preventiva em saúde.

Evolução das Designações Atribuídas aos Grupos Visados pela Epidemia de AIDS no Brasil

Regina Figueiredo

O primeiro caso de AIDS diagnosticado no Brasil ocorreu em 1982. Nessa época, os jornais já noticiavam que uma doença que atacava o sistema imunológico vinha crescendo entre os homossexuais masculinos americanos e atingia também hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, provocando a morte de seus portadores.

Logo, a imprensa sensacionalista brasileira a designou como “Peste Gay”, associando-a ao comportamento masculino homossexual, ao desvio sexual e práticas comportamentais que levavam esse grupo à morte. Várias outras especulações surgiram, assegurando que a doença consistia num castigo divino dos “desviantes”, dos “promíscuos”, que não seguiam as normas sexuais pregadas pela sociedade.

As repercussões das descobertas científicas nos anos 80 sobre a AIDS, sigla dada a partir da configuração Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, desencadeada pela presença de um vírus, o HIV, que contaminava as pessoas por via sexual (mucosas e sêmen), pelo sangue e pela amamentação, parece que não repercutiram numa reflexão sobre a designação que se criou para os grupos visados pela doença, que continuaram a ser chamados **Grupos de Risco**, em outras palavras, os gays, trabalhadores (as) do sexo, os usuários de drogas injetáveis e, por falta de opção, os hemofílicos, que seriam as vítimas da doença.

Assim, uma das primeiras medidas com relação a prevenção da AIDS foi justamente o controle dos bancos de sangue, evitando que pessoas que fizessem transfusão se contaminassem. Ao mesmo tempo, a comunidade médica passou a designar apenas os componentes desses grupos de risco como alvo de ações específicas de prevenção. Não foi a toa que a doença se espalhou para outros grupos sociais que se consideravam inatingíveis: mulheres, homens heterossexuais e adolescentes.

Ao mesmo tempo a noção de Grupo de Risco permaneceu e, ainda permanece, como um reforço para a discriminação de grupos que já não eram aceitos pela sociedade, vulgarmente denominados pejorativamente de *putas, bichas e drogados*. Partindo desse princípio, ser portador do vírus HIV, ou estar desenvolvendo a AIDS, já supunha que a pessoa havia feito algo errado, tinha se aproximado ou pertencia a esses grupos marginais, era o *aidético*. Ser portador do vírus ou ter AIDS trazia junto com a doença a discriminação, o preconceito e a rejeição, quando não, a vergonha de todos.

Frente a esta situação foram criados slogans procurando humanizar o paciente de AIDS e associá-lo como vítima de um vírus que atacava seres humanos involuntariamente, campanhas como a “SOLIDARIEDAIDS” e outras que fundavam associações de amigos e contribuidores para os portadores doentes, renomeados como *soropositivos*.

Em torno de 1993, devido a repercussão negativa que vinha ocorrendo com a nomenclatura Grupo de Risco, profissionais da área começaram a se preocupar em avaliar esse conceito, inclusive pelo inegável crescimento da doença entre as pessoas não integradas nesses grupos, como homens heterossexuais, mulheres e adolescentes. Foi desenvolvida a noção de **Comportamento de Risco**, que procurou associar a doença e sua manifestação não a pessoas de determinados grupos, mas a condutas adotadas por eles, como o uso de drogas, a prática de sexo com vários parceiros, a prática do sexo anal, etc.

Dessa fase resultaram as cartilhas e folders que continham sempre a recomendação: *reduza o número de parceiros*, entre outras, mostrando a enorme carga moral que a prevenção da doença carregava, mesmo sem intenção. Pois como poderíamos esperar que os profissionais do sexo, prostitutas ou travestis reduzissem o número de parceiros? E alguém que eventualmente ou constantemente não se contentasse com a monogamia, o que faria? Novamente estava-se impondo padrões de comportamento baseados numa moral majoritária que supunha relações heterossexuais, monogâmicas e, de preferência, vaginais, já que as relações anais expunham a um risco maior de contaminação. Era ainda a prescrição de comportamentos.

A noção de Comportamento de Risco não respondia às necessidades de prevenção entre grupos, como por exemplo o de mulheres casadas, monogâmicas, que vinham adquirindo a doença; adolescentes grávidas, que

contaminadas, passavam o vírus para os seus bebês; mulheres parceiras de usuários de drogas que não faziam uso dessas substâncias.

Em 1994, rapidamente foi elaborado uma nova designação, que procurava abarcar todas as pessoas independente de seus padrões comportamentais: *Situação de Risco*. Sem considerar a preferência sexual, o número de parceiros ou as práticas sexuais realizadas ou até o uso de drogas injetáveis, englobavam-se todos aqueles que realizassem tais condutas **sem** as medidas preventivas.

Não era mais o uso de droga o considerado contaminador, mas o uso de drogas injetáveis com troca de agulhas e seringas; não era mais o número de parceiros que implicava em fator contaminador, mas o não uso de preservativo nas relações sexuais com quantos parceiros fossem; não era mais o fato de ser hetero, homo ou bissexual com relação anal ou vaginal que apresentava risco, mas a realização da prática sexual sem precauções. Foram então desenvolvidas técnicas preventivas para as diversas situações: sexo oral, anal, vaginal seguro e troca de seringas e agulhas ou esterilização das mesmas no uso de drogas injetáveis, deixando de lado o julgamento das ações humanas e a busca de sua modificação, passando a reforçar a necessidade da incorporação de medidas preventivas quaisquer que fossem essas ações.

A partir daí, a visualização dos grupos de adolescentes, mulheres, homens heterossexuais que vinham crescentemente sendo contaminados foi alvo das primeiras campanhas dirigidas a esses públicos, surgiram projetos tentando enfatizar a educação para a segurança frente a situações de risco.

Embora a população em geral ainda esteja presa às noções de Grupo de Risco e da caracterização do portador do HIV/AIDS como magro, esquelético, fraco, perdendo os cabelos, etc, divulgada nas primeiras campanhas de prevenção do governo brasileiro, a noção de Situação de Risco foi um grande avanço na medida em que motivou a solidariedade dos grupos socialmente excluídos, a integração de toda a sociedade como suscetível à contaminação e a busca de condutas preventivas ao invés de prescritivas.

A maioria dos educadores, profissionais de saúde ou outros que atuam na prevenção foram adotando aos poucos tais critérios. Porém, a ênfase continua a ser na responsabilização do indivíduo por ações mais precavidas e seguras, deixando de lado o contexto em que ele está inserido. Por isso, vários pesquisadores, considerando esse fato, criaram o conceito de *Vulnerabilidade*, que já há alguns anos vem sendo utilizado internacionalmente.

A noção de Vulnerabilidade, retira a prevenção do nível apenas individual e a remete à complexidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra. Temos a *vulnerabilidade programática* (antes denominada institucional), que avalia a postura governamental perante a epidemia da AIDS, as ações do Ministério da Saúde no fornecimento e organização de recursos para a prevenção, compra de preservativos, etc; em segundo temos a *vulnerabilidade social*, que engloba a estrutura econômica e cultural onde a pessoa está situada, o nível de escolaridade média da população, as taxas de emprego e renda média individual, a situação de igualdade e respeito social com as mulheres, grupos minoritários como homossexuais, etc; em terceiro temos, então, a *vulnerabilidade individual*, que avalia a ação de prevenção de cada um frente a uma situação de risco.

Apesar de aparentemente mais confusa, a idéia de Vulnerabilidade trouxe o conjunto que deve ser avaliado quando pensamos em prevenção da AIDS. Se um país dirige 5% de seus recursos para programas de combate à AIDS, organizados por um Ministério da Saúde que prioriza este tema e facilita o acesso aos preservativos, avaliamos que um indivíduo que viva nele tem efetivamente mais chances de prevenção do que aquele que viva num país onde não exista nada disso organizado e quase não se encontrem camisinhas para comprar. Por outro lado, se num país a situação da maioria da população é de analfabetismo, as mulheres têm poucos direitos civis e os grupos de homossexuais não conseguem se organizar para obterem ações de prevenção, conclui-se que um morador dessa nação esteja bem mais vulnerável que aquele que resida num país onde as mulheres podem separar-se, exigir de seus parceiros o uso de preservativo sem serem agredidas, e tenham mais escolaridade e informação para se organizar reivindicando assistência à saúde e preservativos mais baratos.

A Vulnerabilidade seria medida através do cruzamento dessas informações de âmbito nacional, local e individual, permitindo não só a avaliação da exposição das pessoas de um país ou região à doença, mas também a intervenção nos itens considerados mais problemáticos. É por este motivo que este conceito tem sido divulgado cada vez mais, procurando enfatizar um olhar mais profundo sobre o tema, uma menor culpabilização

das pessoas, levando a ações mais críticas e, ao mesmo tempo, políticas que melhorem as condições de vulnerabilidade macro, para que sejam refletidas no micro onde todos atuam.

Os Diferentes Modelos de Prevenção à AIDS Adotados em Campanhas e Projetos¹

*Regina M.D. Figueiredo
Rosana Gregori*

A partir do reconhecimento da AIDS enquanto uma epidemia que atinge todos os setores da sociedade, foram formuladas formas de ação que detessem a sua propagação. A maior parte delas diz respeito a prevenção da contaminação pelo seu vírus causador, o HIV, motivando comportamentos que reduzissem a exposição individual das pessoas.

No mundo todo, surgem na mídia, em projetos educativos e em espaços públicos, campanhas e intervenções visando a prevenção da AIDS. Essas mensagens estão sempre ancoradas em concepções comportamentais, ideológicas e de intervenção, que aqui chamamos de **modelos de prevenção**.

Uma das principais vias de contaminação do HIV é a utilização conjunta de seringas de drogas injetáveis. Por este motivo, a utilização de drogas tem sido outro foco de campanhas que estão inclusas também em modelos de prevenção similares aos utilizados contra a AIDS; abaixo encontram-se os principais.

1. Modelo do Princípio Moral:

As ações desse modelo *“tem como base princípios morais e religiosos, onde somente a abstinência deveria ser contemplada como forma de se prevenir a AIDS por via sexual”*. Outra recomendação seria o reforço da monogamia e condenação das relações extraconjugais. *“Este modelo tem sido considerado contraproducente nas avaliações de diversos profissionais”* pois embora a maioria da população almeje tais preceitos, eles não são efetivamente seguidos na vida cotidiana das pessoas, seja pelos jovens que são sexualmente ativos ou pela cultura que reforça um padrão masculino de infidelidade sexual.

Na prevenção ao uso de drogas o modelo de princípio moral utiliza-se do jargão jurídico através da ameaça individual frente a sua ilegalidade, preconizando o usuário como criminoso. Esse modelo de prevenção esbarra na incoerência social da existência de outras substâncias também psicoativas danosas à saúde e que tem ampla utilização e comércio, além de esbarrar no imaginário jovem de transgressão e de quebra de limites morais.

2. Modelo do Amedrontamento

Nesse modelo *“as informações são passadas expondo-se tudo o de ruim que pode acontecer. Nas campanhas contra a aids da era Collor isso essa postura fica bem clara”* (Ex: “AIDS mata!”, “Quem vê cara não vê AIDS!”, “Se Você não se cuidar a AIDS vai te pegar!”). *“De acordo com os publicitários, esta postura não dá bons resultados porque as pessoas tendem a rejeitar a informação porque não conseguem conviver com o medo, vide as campanhas contra o cigarro”*. Também para jovens que estão num momento de descoberta sexual, onde as emoções positivas estão muito mais presentes, torna-se difícil o vínculo da atração física, paixões e relacionamentos com a idéia de destruição e morte.

Nas campanhas contra o uso de drogas, o modelo de amedrontamento é amplamente difundido com mensagens do tipo Droga Mata!. Além de não relevar as motivações que levam os jovens a querer consumi-las ou experimentá-las, esse tipo de modelo é totalmente desacreditado quando as pessoas possuem conhecidos e amigos que fazem uso de drogas e que conseguem manter uma vida social e emocionalmente estável.

¹ O objetivo deste texto é explicitar o conceito de Redução de Danos do qual origina o modelo adotado. Para tanto, adapta e atualiza com contribuições de Maria Lúcia Machado Salomão - FAMERP - CIMUD, o material de prevenção à AIDS concebido para treinamento de educadores pela psicóloga Silvani Arruda a partir da análise da socióloga Beatriz Carlini sobre os modelos de prevenção ao uso de drogas; **Todos os parágrafos em itálico são citações de autoria de Silvani Arruda (xerox, ECOS, São Paulo).**

3. Modelo do Conhecimento Científico:

“Esse modelo propõe o fortalecimento de informações sobre aids de modo imparcial e científico. Segundo esta proposta os jovens teriam condições de tomar decisões racionais e bem fundamentadas”, que incluiriam práticas preventivas. “Infelizmente, as avaliações constataram que apesar dos jovens assimilarem as informações, isto não os mantinha longe de comportamentos inseguros”.

Um dos melhores exemplos para avaliar a distância entre obtenção de informação e mudança de comportamento é a questão da gravidez indesejada na adolescência, onde se constata que há ampla informação sobre métodos contraceptivos. A transformação da consciência em ação depende de fatores emocionais e inconscientes não ligados à informação.

Na prevenção ao uso de drogas esse modelo adota o discurso sanitário enfatizando a droga e seus riscos para a saúde. Da mesma forma que supõe que haja conscientização racional de um comportamento que é estritamente social.

4. Modelo do Estilo de Vida Saudável

Esse modelo *“promove estilos de vida associados à boa saúde, a auto-estima, a ecologia. Vem sendo trabalhado na França com bons resultados”.* Acredita-se que com o desenvolvimento de noções de autocuidado os indivíduos realizem escolhas mais positivas no seu estilo de vida, expondo-se menos a situações de risco à saúde física e mental, tanto com relação à prevenção de doenças como a aids, como da utilização de drogas psicotrópicas.

5. Modelo de Educação Afetiva

Esse modelo supõe a presença de um agente externo, um educador ou um coordenador. Ele desenvolve *“técnicas que visam melhorar ou desenvolver a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir, de comunicar e de negociar, e a capacidade de resistir às pressões do grupo. É um modelo que tem demonstrado bons resultados, mas que depende muito de capacitação de educadores e de sua disponibilidade e paciência”.*

Na prevenção ao uso de drogas, esse modelo aparece como psicossocial, enfocando as motivações do usuário e do contexto social. Assim, o consumidor é visto como ativo e o uso de drogas é visto como um comportamento qualquer que só persistirá caso tenha uma função para o indivíduo e os problemas a ele relacionados.

6. Modelo de Pressão de Grupo Positiva:

Esse modelo preconiza a *“utilização dos próprios jovens como multiplicadores das informações e o fortalecimento de organizações de solidariedade e ajuda entre os jovens, como é muito recente, ainda não foi suficientemente avaliado”.* Na prevenção ao uso de drogas supõe, igualmente, que a relação horizontal de indivíduos com um código comum tenha mais eficácia que recomendações externas aos grupos de convivência social, como por exemplo, a Associação dos Alcoólatras Anônimos, entre outros grupos.

Não confundir esse modelo com algumas linhas que se utilizam de ex-viciados ou doentes em palestras sobre as conseqüências de condutas individuais indevidas, pois essas ações reforçam as ações negativas e se encontram entre os modelos de prevenção de amedrontamento. No modelo da pressão de grupo, ao contrário, a perspectiva é que a influência de ações positivas entre semelhantes seja determinante para a ação individual.

7. CONCEITO DE REDUÇÃO DE DANOS

O conceito de **Redução de Danos** surgiu para a prevenção da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. A constatação de que nem sempre a conduta preconizada idealmente (abandono do uso de drogas) fosse possível para alguns indivíduos, pelos mais variados motivos (sociais, econômicos ou psicológicos), orientou que fossem criadas estratégias de prevenção que reduzissem a possibilidade de exposição ao HIV.

Assim, foram criadas escalas de prevenção que procuravam dar conta das diferentes situações de exposição a AIDS. Uma ação inicial (1) recomenda o não uso de drogas; (2) numa segunda escala de intervenção, recomenda-se que caso haja uso, tais drogas não sejam injetáveis; (3) caso haja uso de drogas injetáveis, esta deve ser realizada com a utilização de material descartável; (4) caso isso não seja possível pela falta de acesso ou motivos econômicos, recomenda-se a esterilização caseira da seringa e da agulha do usuário, antes que seja por ele reutilizada.

A grande contribuição do emprego do conceito de Redução de Danos foi a extensão da prevenção aos indivíduos que não tinham possibilidade de adotar uma conduta considerada ideal, incluindo-os, com várias possibilidades, em outras formas de prevenção. Até então a maioria das campanhas excluía algum grupo por considerá-lo inatingível.

Além disso, a aplicação da Redução de Danos, pela sua própria forma de ação teve de utilizar características benéficas dos demais modelos e ampliá-las. Do *modelo de conhecimento científico* relevou a importância da democratização das informações de prevenção, mesmo as mais minuciosas; do *modelo de estilo de vida saudável* reformulou a importância do estabelecimento da atuação de agentes de saúde estabelecendo vínculos de confiança e afeto; do *modelo de educação afetiva*, procurou promover a auto-estima entre os usuários de drogas injetáveis, buscando resgatá-los para um padrão melhor e mais saudável de vida; do *modelo de pressão de grupo positiva*, adotou a criação de redes de propagação comportamental de prevenção utilizando os próprios usuários de drogas injetáveis.

Na prevenção ao uso de drogas a redução de danos permite um **olhar sócio-cultural** complexo que visualiza os tipos de consumo, os códigos, condições sócio-econômicas e ambientais que atuam no indivíduo. Mas pode servir como parâmetro para a prevenção com outros grupo sociais considerados de difícil atuação como adolescentes, homossexuais, prostitutas, etc, procurando desenvolver um senso de responsabilidade e cuidado com a própria vida.

Se pensarmos de forma ampla, o conceito de Redução de Danos pode ser utilizado para a prevenção da AIDS, nas mais variadas situações, já que exige a articulação de formas de atuação práticas em situações reais de comportamento individual e coletivo padrões ou exclusivos, sem tentar submetê-los a modelos comportamentais rígidos. Age respeitando as diferenças e promovendo a saúde para todos. Essa nova forma de intervenção vem sendo utilizada e definida por alguns autores como modelo de Redução de Risco, modelo de Redução de Danos ou até modelo de Redução da Vulnerabilidade, portanto, devido a essa discordância em sua denominação, nesse trabalho opta por utilizar-se a noção de ***ampliação do conceito de Redução de Danos para um trabalho em sexualidade e prevenção às DST, AIDS e ao Abuso de Drogas***, até que os diferentes profissionais que atuam nessa linha cheguem a um consenso quanto à sua denominação.

Metodologia e Técnicas de Trabalho

Regina Mac Dowell de Figueiredo²

A perspectiva metodológica escolhida pela nossa equipe para a intervenção no espaço escolar é a **abordagem sócio-cultural**, ou seja, aquela que contempla a discussão das motivações dos diferentes grupos existentes na escola frente as condutas sexuais. Isso engloba a consideração das representações, práticas e códigos de comunicação característicos dos adolescentes, mas também considera as especificidades do lugar do jovem na sociedade, das características sócio econômicas do ambiente em que vive (situação de vulnerabilidade), da construção cultural do papel de homem e mulher, da relação educador-educando, da utilização de drogas e como todos esses temas se inter-relacionam com a sexualidade.

Procurando não excluir nenhum campo de ação ou grupo nessa prevenção utiliza-se o modelo de intervenção de **ampliação do conceito de Redução de Danos para um trabalho em prevenção às DST, AIDS e ao abuso de drogas**, procurando propor graus de diferentes soluções conforme as condutas e motivações individuais e de grupo, sem pretender apenas a mudança de comportamento a padrões idealizados socialmente³.

Na prática, essa perspectiva metodológica e modelo de intervenção pode ser difundido de várias maneiras. Entre as de melhor resultado está a *observação participante ou não* desses contextos ou grupos empiricamente, procurando assimilar a maneira como concebem a si e aos outros e como motivam suas práticas e as perpetuam em códigos próprios, e a *realização de oficinas*, onde através da utilização de dinâmicas de grupo, troca de vivências e discussão procura-se perceber a dinâmica desses grupos.

Por uma questão prática e pedagógica a **técnica de oficinas** foi escolhida para esse trabalho, pois através dela é possível não apenas sensibilizar o educador quanto as diferentes perspectivas dos diferentes grupos envolvidos na escola, como proporcioná-los a instrumentalização dessas técnicas de trabalho grupal que obtém bastante sucesso com adolescentes e outros públicos em geral, capacitando o educador a tornar-se um multiplicador delas e de seus conteúdos e discussões.

A técnica de oficinas, foi difundida no Brasil por grupos feministas que realizavam trabalho de apoio e luta por melhores condições de vida e igualdade para as mulheres. Utilizava-se também contribuições da Psicologia, principalmente o Psicodrama, procurando obter uma conscientização que envolvesse todos os aspectos da cognição, o racional e o emocional. Atualmente muitas Organizações não Governamentais, principalmente as ligadas a luta contra a aids se utilizam das oficinas como instrumento proporcionador de conscientização para a prevenção.

Na educação podemos fazer um paralelo desta técnica com as propostas de educação construtivista, que procura através da troca de vivências, discussão e pesquisa desenvolver a capacidade individual de construção do conhecimento, com maior consciência e percepção do indivíduo de forma integral (cognitiva), instrumentalizando-o para a ação social mais assertiva com relação a si e aos outros.

De forma geral, a metodologia de ensino construtivista e as oficinas vivências propostas pelas feministas seguem os seguintes passos, muito similares entre si:

Etapas do Trabalho no Construtivismo	Etapas no Trabalho de Oficinas de Grupo
<ul style="list-style-type: none">• Existe um problema ou uma questão (proposta pelo grupo, lançada ou ressaltada pelo educador);	<ul style="list-style-type: none">• Existe um problema ou questão, normalmente vivenciada pelos indivíduos;

² Colaborou para este texto Rosana Gregori, socióloga pela PUC-SP e Analista de Treinamento da ECOS (Estudo e Comunicação em Sexualidade Reprodução Humana).

³ Ver texto GREGORI, Rosana e FIGUEIREDO, Regina, “*Os Diferentes Modelos de Prevenção à AIDS Adotados em Campanhas e Projetos*”.

<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas são estimuladas a expor como pensam, imaginam ou vivenciam o problema ou a questão; • Surge assim a diversidade de opiniões, discussão e socialização dessas, que motiva uma pesquisa ou investigação - o problema passa a ser do grupo; • O grupo realiza investigações de variadas formas (livros, entrevistas, observações), procurando trazer informações que elucidem o problema ou questão; • As informações (incluindo as científicas) são trazidas por todos e sistematizadas (organizadas) pelos alunos com a ajuda do educador; • Com a sistematização das informações sobre o problema ou a questão, as soluções passam a fazer parte do arsenal do grupo e, portanto, de cada integrante. • A participação do estudante em todo o processo de produção e obtenção do conhecimento lhe proporciona uma experiência cognitiva racional e emotiva que motiva novas investigações e ações práticas mais embasadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes do grupo são estimulados a trocar vivências e opiniões sobre o problema ou questão; • Chega-se a noção que o problema ou questão é compartilhado por outras pessoas e sentido ou experimentado individualmente de formas diferentes - o problema passa a ser do grupo; • O grupo inicia discussões procurando aprofundar o problema ou questão e suas origens (geralmente sócio-culturais), buscando elucidar os motivos de sua aparição e extensão; • Geralmente há um organizador que introduz informações pesquisadas e juntando-as as discussões realizadas sistematiza conclusões e as soluções propostas; • As soluções e informações são socializadas para o grupo, integrando-se no arsenal de seus participantes. • A participação dos envolvidos em todo o processo de resolução do problema ou questão proporciona um fortalecimento emocional e racional que proporciona novas investigações e a prática de ações mais embasadas.
--	---

Adotando a técnica de oficinas procura-se estar fortalecendo, através da participação em todo o processo de busca para a resolução das questões, o indivíduo. Os adolescentes, ao mesmo tempo, teriam a possibilidade de integrar o processo educativo com suas colocações, valores e opiniões, não recebendo modelos próprios, mas espaço para a interação e reflexão dos temas. Essa integração valoriza o seu papel de integrante do grupo e fortalece a sua conduta pessoal, dando-lhe auto-estima. Dessa forma as suas condutas seriam orientadas mais assertivamente, baseado no auto-cuidado e preservação.

Da mesma maneira, educadores que têm a possibilidade de participar dessa formação com técnicas de oficinas, enquanto garantem e fortalecem sua conduta pessoal e uma maior tolerância frente as condutas diferentes, vivenciam plenamente as dinâmicas tendo referência mais próxima ao que sentirão seus próprios alunos em ocasião de um trabalho de Educação Sexual .

Repensando Estereótipos e a Mulher Frente às DST/AIDS para Ações de Saúde⁴

Regina Figueiredo

Noção de Vulnerabilidade

A descoberta da AIDS enquanto doença específica, foi notada pelo registro de casos com quadro sintomático similar entre homossexuais masculinos. Posteriormente, verificou-se os mesmos sintomas entre prostitutas e usuários de drogas injetáveis.

Longe de qualquer explicação simplista, é necessário perceber que o principal fator que levou a predisposição desses grupos, foi o fato de, no caso dos homossexuais masculinos, praticarem o sexo anal, que provoca mais micro-sangramentos que a relação via vaginal, facilitando, assim, a transmissão do vírus HIV. No caso das prostitutas, apesar do sexo vaginal ser um dos mais praticados, o contato com inúmeros parceiros proporcionou a transmissão do vírus HIV, como ocorre com qualquer outra doença sexualmente transmissível.

Já os usuários de drogas injetáveis, em sua maioria, se infectaram expondo seu sangue, através de seringas já utilizadas por outras pessoas sem prévia esterilização, atitude comum entre eles.

Nesse sentido, a noção de *situação de risco*, que deveria ser percebida através das práticas realizadas por esses grupos, foram confundidas com as próprias características dos grupos. Sabemos que não só a imprensa, mas também a comunidade científica internacional contribuiu para a associação da AIDS com estas pessoas consideradas “promíscuas” ou com condutas ilegais.

A principal conseqüência desta visão foi a despreocupação com a propagação da doença para a sociedade de forma geral, onde estas “práticas divergente” não estão aparentemente presentes. Porém, o que se viu foi a expansão da doença entre casais heterossexuais, mulheres e jovens.

Atualmente após uma maior reflexão sobre a ocorrência das situações e comportamentos de risco, verificamos que elas se localizam numa situação de vulnerabilidade mais ampla, que é determinada não apenas por ações individuais, mais comportamentos e códigos culturais e também pela presença institucional dos equipamentos governamentais e de toda a sociedade mobilizando para o combate à AIDS.

Repensando Estereótipos

Atribuir aos indivíduos características promíscuas ou “não normais”, é um dos principais equívocos que os profissionais preocupados com a prevenção da AIDS devem evitar.

Nossa sociedade procura rotular os padrões de comportamento humano ideais, não só com relação a opção sexual (devemos ser heterossexuais), mas também na forma de praticar tal opção: devemos ser monogâmicos e, de preferência, termos relações estáveis e duradouras. Acima de tudo, as práticas sexuais são percebidas como intimamente ligadas à reprodução, portanto, uma relação sexual “normal” e “sadia”, deve se realizar com penetração e via vaginal, entre indivíduos interligados amorosamente.

Um dos pontos de partida para a conduta do profissional de saúde, deve ser a compreensão de que a saúde e sua garantia são direitos do cidadão, independente de suas atitudes, práticas ou gostos. O trabalhador desta área tem a função de praticar a prevenção e o tratamento de doenças, promovendo a saúde de forma ampla para todos os usuários de seu serviço.

⁴ Texto realizado enquanto “Recomendações Gerais” do Manual **Prevenção: Mulher, DSTs/AIDS (Manual para Profissionais de Saúde)**, organizado por Rosana Gregori, Regina Maria M. D. de Figueiredo e Telma Regina Cavalheiro para a Comissão de Prevenção à AIDS entre Mulheres do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1994.

Nesse sentido, é válida a percepção da pluralidade social, como forma de aprimorar o desenvolvimento desta conduta profissional, adequando a cada grupo ou indivíduo, conforme seu universo, esta promoção da saúde.

Existem práticas que, há milênios, são freqüentes nas sociedades: a homossexualidade, a poligamia, a prostituição, a rotatividade de parceiros sexuais, o uso de substâncias tóxicas, etc. Não cabe ao profissional de saúde julgá-las. Podemos, no entanto, contribuir para a prevenção da proliferação da AIDS e de outras DSTs no interior da nossa sociedade, onde tais condutas realmente existem.

A Mulher e os Padrões

É importante que uma ação que tenha como perspectiva a prevenção da transmissão do HIV entre mulheres, consiga percebê-las na sua heterogeneidade de comportamentos:

- Existem mulheres adolescentes relacionando-se sexualmente;
- Existem mulheres com parceiro fixo que são monogâmicas, porém que possuem parceiros que têm relações extraconjugais heterossexuais;
- Existem mulheres com parceiro fixo que são monogâmicas, porém que possuem parceiros que têm relações extraconjugais homossexuais;
- Existem mulheres com parceiro fixo que são monogâmicas e que têm eventualmente relações extraconjugais;
- Existem mulheres sem parceiro fixo;
- Existem mulheres com parceiro fixo temporariamente;
- Existem mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis;
- Existem mulheres esposas de presidiários que os visitam regularmente, inclusive “intimamente”;
- Existem mulheres que praticam sexo com homens e com mulheres;
- Existem mulheres que praticam sexo apenas com outras mulheres;
- Existem mulheres que vivem ou que completam sua renda com a prática de sexo;
- Existem mulheres que utilizam drogas injetáveis.

E, ainda, perceber as diferentes práticas sexuais que essas mulheres possam adotar, além do sexo vaginal, como a anal, oral, utilização de instrumentos ou de práticas eróticas das mais variáveis em suas relações sexuais, etc.

Para preveni-las da infecção pelo HIV, as condutas no atendimento a sua saúde integral devem abarcar todas estas especificidades, sem julgamentos morais. Também no atendimento e orientação quanto à Saúde Sexual (Ginecológica e de Tratamento de DSTs) e à Saúde Reprodutiva (Contracepção, Gravidez, Parto e Puerpério), devem estar presentes todas estas considerações, além da própria prevenção da AIDS.

As ações de saúde devem procurar, ainda, interagir com os conhecimentos da mulher, preservando sua auto-estima e a sócio-estima⁵ do grupo ao qual ela pertence.

⁵ Aqui entende-se sócio-estima como a valorização da identidade cultural do indivíduo, entendida de forma ampla, referenciada no grupo social e/ou local do qual ele provém ou participa recebendo grande influência de costumes e valores. Esta idéia foi usada pela primeira vez no artigo “Observações Antropológicas numa Pesquisa Quantitativa”, de Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo, publicado no Caderno nº 1 - Saúde, Cultura e Sociedade, Novembro de 95 - Faculdade de Saúde Pública - USP.

Medo, Vergonha, Machismo ou Inibição: e quem não consegue usar a camisinha? - (Proposta de Redução de Danos em Sexualidade)

Regina Figueiredo

Desde que o diagnóstico da AIDS enquanto uma doença sexualmente transmissível através do vírus HIV foi conhecido, as campanhas de combate a esta doença vêm propagando o uso da camisinha masculina. Os projetos e programas têm divulgado este método, ensinando os passos de sua utilização e pesquisado quantitativa e qualitativamente a adesão ou não deste pela população.

De um cenário anterior de contracepção, onde a camisinha masculina ocupava um lugar quase invisível, verificamos o aumento de sua utilização, para cerca de 5% a 10% em alguns grupos ou regiões, porém, normalmente usada não-regularmente, isto é, quando há um envolvimento amoroso ou uma relação um pouco mais duradoura ela é dispensada, com a idéia que o conhecimento do parceiro ou mesmo o amor são fatores preventivos.

O uso da camisinha ainda está muito abaixo do esperado se for considerado que a AIDS é uma epidemia crescente, que em alguns estados brasileiros como, por exemplo São Paulo, está em primeiro lugar como causa de morte entre mulheres de 19 a 29 anos, deixando as ações de prevenção muito a desejar, mesmo com a distribuição contínua deste preventivo. Isso ocorre, como já foi verificado em pesquisas, por diversos motivos que vão desde a idéia de que a contaminação só ocorre com os outros, que com conhecidos e namorados não é necessário usar a camisinha, como também pela falta de informação, auto-estima e auto-cuidado das pessoas, até sua falta de autonomia, ou mesmo vergonha e medo de se expor a uma situação de negociação do uso do preservativo.

O fato é que realmente existem diversos motivos e situações onde não há condições do uso da camisinha por mais informação que se dê, por mais que se divulgue o seu uso, por mais que a disponibilizemos. A mudança de comportamento para o uso da camisinha enquanto uma forma de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS passa por questões muito mais lentas de serem resolvidas como: o melhor diálogo entre casais, a discussão e conhecimento da sexualidade própria e do outro, a admissão da possibilidade de relações extra-conjugais, bissexuais, utilização de drogas, etc, — que a maior parte da população não realiza e dificilmente tem condições de realizar de imediato, devido a sua formação, seus valores culturais e uma série de tabus que esses temas envolvem.

A prevenção da AIDS envolve mudanças radicais na comunicação e nas relações inter-pessoais, no relacionamento entre casais ou companheiro e nos papéis sexuais e familiares, que só são possíveis com o desenvolvimento de um processo pessoal de compreensão e reconstrução desses modelos, passo a passo. Por este motivo, é necessário visualizar outras estratégias intermediárias que possam ser utilizadas ou até fortalecidas para o combate a esta doença, que se dirijam e permitam a utilização da camisinha, mesmo que de forma não-imediata. Isso quer dizer, dar alternativas para aqueles que não têm condições de utilizá-la, seja por medo de reações ou violência do parceiro, receio de expor sua fragilidade e desconhecimento do uso deste método, receio do que os outros vão pensar, ou até, a mera recusa pura e simples do seu uso.

Para tanto, a partir do conceito de **Redução de Danos**, criado para o trabalho com usuários de drogas injetáveis (depois expandido para o uso de drogas em geral), que contempla a especificidade pessoal e o contexto sócio-econômico e cultural no qual o indivíduo está inserido, para avaliar ações de prevenção à AIDS e redução dos malefícios físicos, psicológicos e sociais do abuso de drogas⁶, foi construída uma escala de prevenção com relação à AIDS também em sexualidade, interpondo-se entre a desproteção total e o uso ideal do preservativo.

É necessário ressaltar que a idéia de redução de danos não considera a sexualidade como um dano em si, assim como as substâncias que têm se denominado como drogas não são um dano por si mesmas, mas por sua forma de utilização; assim o dano está nos prejuízos que a sexualidade pode vir a gerar quando realizada de forma não preventiva com relação às DST e AIDS.

⁶ Ver texto “ Os Diferentes Modelos de Prevenção à AIDS Adotados em Campanhas e Projetos”.

Essa escala foi construída pensando em relacionamentos heterossexuais, levando-se em conta dois fatores: o primeiro envolve o comportamento dos parceiros envolvidos, considerando as relações de gênero, masculino-feminino, construídas por nossa sociedade; o segundo envolve a relação sexual propriamente dita e as formas de contracepção e prevenção disponíveis e utilizadas, tentando escalonar riscos, ao que muitos autores têm chamado de **modelo hierárquico** em contracepção.

É importante, ainda, esclarecer, que esta escala está construída enquanto um *modelo* de prevenção às DST/AIDS e, portanto, **deve ser adequada não só à realidade local em que for empregada, mas também incluir o desejo de contracepção**, normalmente presente nos relacionamentos. Lembrando ainda, que **não exclui o uso do preservativo como prevenção ideal**, mas reforça a idéia de integrar minimizadores de vulnerabilidade para mulheres, homens e adolescentes que ainda não conseguiram integrar em suas vidas conquistas anteriores como: auto-estima, auto-cuidado, autonomia, independência, clareza de objetivos de prevenção, acesso, prática de uso e uso do preservativo, para enfim, se protegerem ao máximo.

a) Reduções Comportamentais (do maior ao menor risco)

1. Relação Homem/Mulher sem nenhum diálogo em Sexualidade e Relações de Gênero Tradicionais
2. Relação Homem/Mulher sem nenhum diálogo em Sexualidade e Relação de Gênero mais igualitárias
3. Relação com diálogo sobre sexualidade e Relações de Gênero Tradicionais
4. Relação com diálogo sobre sexualidade e Relação de Gênero mais igualitárias
5. Relação com diálogo sobre sexualidade e prevenção da AIDS e Relações de Gênero Tradicionais
6. Relação com diálogo sobre sexualidade e prevenção da AIDS e Relação de Gênero mais igualitárias
7. Relação com diálogo sobre sexualidade e prevenção da AIDS e infidelidade e Relações de Gênero Tradicionais
8. Relação com diálogo sobre sexualidade e prevenção da AIDS e infidelidade e Relações de Gênero mais igualitárias
9. Relações com conversa sobre sexualidade, prevenção e infidelidade com a combinação do uso de preservativo em outros relacionamentos⁷ e Relações de Gênero Tradicionais
10. Relações com conversa sobre sexualidade, prevenção e infidelidade com a combinação do uso de preservativo em outros relacionamentos⁸ e Relações de Gênero mais igualitárias
11. Relações com conversa sobre sexualidade, prevenção e infidelidade com a combinação do uso de preservativo em outros relacionamentos, exames HIV realizados⁹ e Relações de Gênero Tradicionais
12. Relações com conversa sobre sexualidade, prevenção e infidelidade com a combinação do uso de preservativo em outros relacionamentos, exames HIV realizados¹⁰ e Relações de Gênero mais igualitárias
13. Relação com uso contínuo de preservativo¹¹, independente dos parceiros

a) Reduções em Práticas Sexuais: modelo hierárquico em contracepção (do maior ao menor risco)

Para Homens Heterossexuais	Para Mulheres Heterossexuais
----------------------------	------------------------------

⁷ Preservativo utilizado com lubrificante no caso da relação ser anal.

⁸ Ídem nota anterior.

⁹ Considerando a “janela imunológica de no mínimo 3 meses entre a realização dos exames”.

¹⁰ Ídem nota anterior.

¹¹ Preservativo utilizado com lubrificante no caso da relação ser anal.

1. Sexo tendo alguma DST sem preservativo	1. Sexo com alguma DST sem preservativo
2. Sexo com mulher menstruada sem preservativo	2. Sexo Menstruada sem preservativo
3. Sexo anal sem preservativo	3. Sexo usando DIU sem preservativo
4. Sexo com mulher que usa (DIU, injeção, pílula, e laquadura sem preservativo	4. Sexo usando injeção sem preservativo
5. Sexo com mulher que usa métodos naturais	5. Sexo usando pílula sem preservativo
6. Sexo, gozando fora com penetração	6. Sexo estando laqueada sem preservativo
7. Sexo com mulher que usa espermicida	7. Sexo usando métodos naturais “ (billing, tabelinha, temperatura) sem preservativo
8. Sexo com mulher que usa diafragma + espermicida	8. Sexo com homem gozando fora
9. Sexo anal usando camisinha com lubrificante	9. Sexo com espermicida
10. Fazer sexo oral na mulher	10. Sexo com diafragma + espermicida
11. Receber sexo oral	11. Sexo anal usando camisinha masculina com lubrificante
12. Sexo usando camisinha feminina	12. Fazer sexo oral no homem s/ engolir esperma
13. Sexo vaginal e oral usando camisinha	13. Fazer sexo oral no homem engolindo esperma
14. Práticas não penetrativas. Masturbação, Abstinência.	14. Receber sexo oral
	15. Sexo com camisinha <u>feminina</u>
	16. Sexo vaginal e oral com camisinha masculina
	17. Práticas não penetrativas, Abstinência, Masturbação.

Essa graduação foi construída a partir dos seguintes fundamentos pesquisados:

- a mulher menstruada contém em seu fluxo sangüíneo uma quantidade de vírus HIV superior a de sua flora genital/anal;
- as DST servem como facilitadores para a contaminação pelo vírus HIV;
- que o DIU aumenta a menstruação na maioria das mulheres em cerca de dois dias e deixa o útero em estado semi-inflamatório constante;
- que os métodos de alta eficácia contribuem para um acomodamento do auto-cuidado com a saúde sexual tanto com relação às DST/AIDS, como em idas ao serviço de saúde;
- que a injeção hormonal é contra indicada pelo Ministério da Saúde devido aos seus efeitos colaterais que fragilizam o organismo da mulher e em conseqüência também o seu sistema imunológico;
- que a pílula anticoncepcional têm a característica de causar disfunções hormonais que desequilibram a flora vaginal e também feridas uterinas em algumas mulheres, segundo alguns autores;
- que o espermicida mata o espermatozóide que está contaminado reduzindo a quantidade do HIV possível de contaminação, além de matar certos causadores de DST;
- que o diafragma recobre o protege a entrada do útero, impedindo que os espermatozóides passem para áreas de mucosas mais extensas e sem flora formada, além do colo uterino, local comum de feridas e DST, além de ser usado com o espermicida que mata certos causadores de DST;
- que a ejaculação fora reduz a contaminação da mulher já que ela fica exposta apenas a lubrificação do pênis e não ao esperma que contém espermatozóides que podem estar contaminados e permaneceriam no seu corpo por cerca de 72 horas;
- que as prática orais têm menor chance de contaminação pelo HIV como mostram os estudos de forma de contaminação;
- que o sexo anal necessita de camisinha mais uma lubrificação adicional, não encontrada nos serviços de saúde e cara para compra em farmácias;
- que a camisinha feminina não está tão disponível como a masculina para ser usada, além de ser mais cara e ainda não ser um método de manuseio conhecido;

*

Para um trabalho com intervenção considerando o desejo de contracepção como prioritário para as pessoas, mesmo diante da AIDS, consideramos que **os profissionais de saúde** devem fazer a escala *do maior ao*

menor risco, resumidamente de: sexo menstruada, sexo anal (sem preservativo e lubrificante), DIU, pílula, diafragma, sexo oral, camisinha feminina e camisinha masculina; ao mesmo tempo em que procurem desenvolver um trabalho de percepção da importância de mudança nas relações de gênero.

BIBLIOGRAFIA

ARRUDA, Silvani. **Modelos de Prevenção a AIDS**, xerox, ECOS, São Paulo, s/d.

AYRES, Ricardo. “Papel da Educação na Ação preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/AIDS”, in FDE – Fundação para o Desenvolvimento da Educação, **Caderno nº 29**, São Paulo, FDE, 1996 - Série Idéias.

BIANCO, Mabel. Aspectos Generales del Diseño de una Investigación”, in **Direitos Reprodutivos**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas/ PRODIR, 1991.

BOËR, Alexandre. “Casamento como Fator de Risco”, in **Expressão de Vida**, nº 2, ano I, GAPA – Rio Grande do Sul, fevereiro/março/98.

BUCHER, Richard. **Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS**, Brasília, UNB, 1996.

BUCHER, Richard. ”Visão Histórica e Antropológica das Drogas, xerox, FDE, Projeto “Prevenção Também se Ensina”, módulo III da dupla Rosana Gregori e Regina Figueiredo.

CARLINI-COTRIM, Beatriz H.R.S. **A Escola e as Drogas: realidade brasileira e contexto internacional**, Tese de Doutorado, Psicologia Social, PUC - SP, 1992.

CAMARGO, JR, Kenneth R. **AIDS e saber Médico: notas históricas**, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social - UERJ, 1994 - Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 88.

CARNEIRO, Henrique, **Filtro, Mezinhas e Triacas - as drogas no mundo moderno**, São Paulo, Ed. Xamã, 1994.

CZERESNIA, Dina et al. **AIDS - Pesquisa Social e Educação**, Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1995. - Série Saúde em Debate, 83.

DE BARBIERI, Teresita. “Sobre la Categoría Género - una introducción teórico-metodológica”, in **Direitos Reprodutivos**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas/ PRODIR, 1991.

ECOS, **Caderno de Treinamento 2 - Relações de Gênero e Cidadania: a caminho da igualdade**, São Paulo, ECOS, 1993.

ECOS, **Caderno de Treinamento 3 - Gênero e Planejamento Familiar**, São Paulo, ECOS, 1993..

FIGUEIREDO, Regina M.M.D. de, “Observações Antropológicas numa Pesquisa Quantitativa”, in **Carderno nº 1 - Saúde, Cultura e Sociedade, Novembro de 95 - Faculdade de Saúde Pública - USP**.

FIGUEIREDO, Regina, “Ampliando a Visão sobre as Drogas e Seus Usos”, **texto elaborado para o Módulo II de Continuidade do Projeto “Prevenção Também se Ensina”** - FDE, São Paulo, 1997.

FOLHA DE SÃO PAULO, “Cafés Vendem Drogas Leves”, in **Folha de São Paulo - Caderno São Paulo**, São Paulo, 20 de abril de 1997.

FOLHA DE SÃO PAULO, “Esterilização inibe a prevenção da AIDS”, in **Folha de São Paulo - Caderno Cotidiano**, 5 de maio/94

FOLHA DE SÃO PAULO, “Maconha é a Nova Arma contra o Crack”, in **Folha de São Paulo - Caderno Mundo**, São Paulo, 16 de junho de 1997.

GARCIA, Sylvia G. “A Propósito de Sexualidades e Culturas de Resistência: Modernidade, Identidade e Política, in **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Vol. 5, nº1, 1993.

GRACIANO, Marília. "Aquisição de Papéis Sexuais na Infância", in **Cadernos de Pesquisa 25**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, s/data.

GRASSI, Esther P. e BORDIN, Jussara, org. **Construtivismo Pós-Piagetiano**, Petrópolis, Vozes, 1993.

GREGORI, Rosana e FIGUEIREDO, Regina 'Prática Escolar com Relação à Utilização de Drogas', **texto elaborado para o Módulo II de Continuidade do Projeto "Prevenção Também se Ensina"** - FDE, São Paulo, 1997.

GREGORI, Rosana, FIGUEIREDO, Regina e CAVALHEIRO, Telma Regina. **Manual Prevenção: Mulher, DST/AIDS - Manual para Profissionais de Saúde**, para a Comissão de Prevenção à AIDS entre Mulheres do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1994.

GTPOS, ECOS, ABIA,. **Guia de Orientação Sexual: diretrizes e metodologia da pré-escola ao 1º grau**, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

IVAN PADILLA, "Droga tem Solução - Arnaldo Madruga, psiquiatra que recuperou o ex-jogador Reinaldo, defende o diálogo e diz que os médicos não têm paciência para tratar dos viciados", entrevista publicada na **Isto É**, de 18 de junho de 1997.

KALCKMAN,A.S., BARBOSA, R.M., LAGO,T.D.G.,VILLELA,W.V. **Aceitabilidade e Efetividade de Uso do Diafragma entre Mulheres de Baixa Renda em São Paulo: Resultados Parciais**, São Paulo, Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança/Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

KALCKMAN, A.S., "Preservativo Feminino – dois anos depois...", in **Ação Anti-AIDS, Nº 37**, ABIA e AHRTAG, julho-setembro/97.

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look, v. 15, nº2**, março/97

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look, v. 15, nº1**, março/98

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look, v. 15, nº 4**, abril/98

LAGO, Tânia Di Giacomo do. "Opções Contraceptivas em Tempos de DST-AIDS", **trabalho desenvolvido para o Seminário "AIDS, Saúde Reprodutiva e Políticas Públicas"**, ABIA/MCCS, São Paulo, outubro/93.

LA PAILLE, Y., OLIVIRA, M.K. e DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão**, São Paulo, Summus Editorial, 1992.

LEAL, Ondina F. "Sangue Fertilidade e Práticas Contraceptivas", in **Saúde e Doença: um olhar antropológico**, org. ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria Cecília de Souza, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994.

LÉVI-STRAUSS. **As Estruturas Elementares de Parentesco**, São Paulo, Ed. Vozes/ Ed. USP, 1976.

LOYOLA, M^a Andréa, org. **AIDS e Sexualidade - o ponto de vista das Ciências Humanas**, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

Maria Lúcia Machado Salomão - FAMERP - CIMUD, **Jornal APM**, s/d.

MANN J., TARANTOLA, D.J. e NETTER, T. “Como Avaliar a Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV e AIDS”, in **AIDS no Mundo**, Rio de Janeiro, Relume-Dumar, ABIA, IMS - UERJ, 1993.

MARTIN, Denise. **Mulheres e AIDS - Uma Abordagem Antropológica**, Tese de Mestrado, FFLCH, São Paulo, 1995.

MESQUITA, Fábio. **Estratégias de Redução de Danos**, São Paulo, HUCITEC, 1994.

MINAYO, M. Cecília de S. et al. “Avaliação Qualitativa de Programas ou Serviços de Saúde - perspectiva teórica, Rio de Janeiro, Centro latino-americano de estudos de violência e Saúde “Jorge Careli”, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, consultor BASTOS, Francisco Inácio, **Protocolo de Redução de Danos - linha de atuação**, Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde / Programa Nacional de DST/AIDS, s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ PROGRAMA NACIONAL. **Preservativo Masculino - hoje mais necessário que nunca!**, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Programa Nacional DST/AIDS, Brasília, 1997.

RICHARD PARKER. **Corpos Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**, São Paulo, Best Seller, 1991.

PAIVA, Vera. “Avaliação de Programas de Intervenção na Área de Sexualidade e AIDS”, **texto elaborado para o curso Metodologia de Pesquisa em AIDS**, Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1997.

PARKER, Richard e GAGNON, John, H. “Concebendo a Sexualidade”, in **Re-Conciving Sexuality**, s/d.

PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia**, Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1976.

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look**, v. 15, nº2, março/97

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look**, v. 15, nº1, março/98

PATH - PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH, **Out Look**, v. 15, nº 4, abril/98

PROGRAMA DE DST/AIDS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - CRT, DST/AIDS - CVE, **Boletim Epidemiológico**, ano XV, nº 1, março de 1997.

PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano I, nº 1, 1997.

TAKIUTI, Albertina D. **A Adolescente está Ligeiramente Grávida. E Agora?**, São Paulo, Iglu, 1991.

TIBA, Içami, **Sexo e Adolescência**. São Paulo, Ática, 1992.

VILLELA, Wilza. **Oficinas de Sexo Mais Seguro - para mulheres**, São Paulo, NEPAIDS -USP, 1996.

VILLELA, Wilza, org. **Mulher e AIDS - ambigüidades e contradições**, São Paulo, NEPAIDS-USP, 1997.

WALDVOGEL, Bernadette. “AIDS: Principal Causa de Morte na Idade Reprodutiva”, in **Jornal da RedeSaúde**, nº 14, dezembro/97.

Sobre as Autoras

Regina M^a Mac Dowell de Figueiredo

É formada em Sociologia pela Universidade de São Paulo e Pós-Graduada em Antropologia Social pela mesma. Trabalha e pesquisa Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos desde 1989 e foi consultora do projeto *Prevenção Também se Ensina* da FDE junto às delegacias de ensino do Estado, na capital e interior durante 1996 e 1997. Já participou de diversos cursos, seminários e congressos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção às DST/AIDS e Uso de Drogas. Atualmente desenvolve projeto de intervenção como pesquisadora do NEPAIDS/USP na Favela Monte Azul em São Paulo.

Rosana Gregori

É Socióloga, exerceu atividades de educação em construtivismo, é analista e supervisora de treinamento da Ecos, onde realiza pesquisa, treinamento e análise de intervenção na área de Saúde Sexual e Reprodutiva Feminina e Masculina e Prevenção ao Abuso de Drogas e a AIDS. Trabalha a 10 anos com adolescentes e já realizou diversos cursos, seminários e congressos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção às DST/AIDS e Uso de Drogas. Foi também consultora do *Projeto Prevenção Também se Ensina* da FDE junto às delegacias de ensino do Estado, na capital e interior e implanta o projeto “Amor a Vida”, de prevenção à AIDS e Educação Sexual no Estado do Ceará através de financiamento do FNUAP.