UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

NOEMI BILESKI DE ABREU FERRAZ

**EXPRESSÃO DA VULNERABILIDADE DAS MULHERES ÀS
DST/AIDS: ANÁLISE DE OFICINAS DE ARTE/EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

SÃO PAULO
2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

NOEMI BILESKI DE ABREU FERRAZ

**EXPRESSÃO DA VULNERABILIDADE DAS MULHERES ÀS
DST/AIDS: ANÁLISE DE OFICINAS DE ARTE/EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível na biblioteca da Unidade que aloja o Programa e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

SÃO PAULO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

ASSINATURA: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ferraz, Noemi Bileski de Abreu

Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids:
análise de oficinas de Arte/Educação em saúde / Noemi Bileski
de Abreu Ferraz. - São Paulo, 2012.

222 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Doenças sexualmente transmissíveis 2. Mulheres
3. Educação em saúde 4. Atenção à saúde 5. Níveis dos
cuidados de saúde I. Título.

FERRAZ, NBA. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids: análise de oficinas de Arte/Educação em Saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao meu pai Sergio Paulo. Eu continuo colhendo os frutos do seu amor por mim (In Memoriam).

À minha mãe Celeste, por ser um exemplo de força e perseverança.

Ao meu esposo André, por caminhar junto comigo.

Aos queridos irmãos Rachel e Igor, pois são parte de mim.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos da Casa de Assistência Filadélfia, pela contribuição inestimável para o sucesso desta pesquisa.

Ao CNPq, pela concessão de bolsa de mestrado que muito contribuiu para a realização deste estudo.

À minha amiga Emili, que está sempre ao meu lado e me auxiliou na finalização deste estudo.

Às minhas amigas Dani e Karine, por suas orações, ouvidos, apoio, incentivo e companheirismo.

Aos queridos Ester e Daniel, por sua apreciável contribuição na confecção da arte utilizada na sobrecapa deste estudo.

Ao meu esposo André, pelo companheirismo nas jornadas de trabalho pela madrugada e por cuidar de mim.

À querida professora Lúcia Izumi, por mostrar os caminhos, por sua paciência, cuidado, e por ser plena e excelente como mentora e incentivadora.

Em especial, aos queridos amigos do Pequeno Grupo de Jovens Casais, por caminharem junto comigo, pelo suporte, pelas orações e por insistirem em mim.

*Se não houvesse nenhuma outra
prova, o polegar por si só me
convenceria da existência de Deus.*

ISAQUE NEWTON

FERRAZ, NBA. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids: análise de oficinas de Arte/Educação em Saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids de mulheres cadastradas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia; descrever a aplicação da Proposta Triangular do Ensino da Arte; e analisar a efetividade de oficinas de Arte/Educação, no sentido de que estas possam problematizar contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids. Como metodologia foi utilizada a pesquisa-ação - pesquisa social onde o pesquisador e/ou os participantes estão diretamente envolvidos de forma participativa na situação. Este estudo foi delineado como uma pesquisa analítica, com desenho experimental, pois inclui uma intervenção (oficinas de Arte/Educação). Foram realizadas três oficinas e atendidas 67 mulheres. As duas primeiras oficinas foram realizadas na forma de intervenção educativa em saúde com a utilização da Proposta Triangular do Ensino da Arte de Ana Mae Barbosa e de materiais técnicos. A terceira oficina foi realizada na forma avaliativa e no molde das primeiras, com o objetivo de discutir e avaliar o aprendizado durante as duas primeiras oficinas, com a utilização de questões norteadoras baseadas em aspectos de diminuição de vulnerabilidade. As oficinas mostraram seu potencial na medida em que permitiram analisar os contextos de vulnerabilidade das mulheres e criaram espaços seguros de interação, discussão de temas e troca de experiências, valorizando o papel de cada participante, favorecendo a autoestima e a construção coletiva do conhecimento. Foi possível identificar nas falas das participantes as precondições de diminuição de sua vulnerabilidade, e quais são as mudanças sociais e de comportamento necessárias para essa diminuição. Concluiu-se que os aspectos de diminuição da vulnerabilidade às DST/Aids estão relacionados às desigualdades nas relações de gênero, ao acesso à informação e aos meios de comunicação, aos aspectos culturais, políticos, sociais e morais, à estrutura jurídica, política e governamental do país, ao quanto os direitos humanos são respeitados, à pobreza, ao acesso à educação, ao poder de influência das mulheres nas decisões políticas, e à capacidade de enfrentamento às situações de violência.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis. Mulheres. Vulnerabilidade em saúde. Educação em saúde.

FERRAZ, NBA. Expressions of women's vulnerability to STD/Aids: analytical research of Education workshops [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The object of this study was to assess the HIV vulnerability context among women registered on the Family Assistance Service and Basic Social Protection at Home (SASF) from Casa de Assistência Filadélfia. It also intended to describe the application of the Triangular Approach of Art Education and the effectiveness of the workshops of Art Education, in which the women could act out their HIV vulnerability context. The methodology chosen was action research (social research where the researcher and/or subjects are directly involved in a participative way in the situation). This study was developed to be an analytical research with an experimental design, having the Art Education workshops as the intervention. Three workshops were held, which were attended by 67 women. The first two workshops were carried out as a health education intervention. The Triangular Approach of Art Education of Ana Mae Barbosa was used as well as some technical reference on this matter. The third workshop was carried out as evaluative event, meaning to discuss and access what was learned from the previous two workshops. Some guiding questions were used, which were elaborated to reduce the HIV vulnerability. The workshops were successful as a tool to analyze the vulnerability contexts of those women. They also created a safe environment for interaction, for discussing various subjects and for experience sharing, in which the roll of each participant was appreciated, helping them build self-esteem and contributing to the knowledge construction process. The participants speeches made it evident that they had understood the necessary conditions to reduce their vulnerability and which were the changes that had to be made. Thus, it can be concluded that several aspects of the reduction of the HIV vulnerability are linked to the inequality in gender relations, to the access to information and to the communication media, as well as to cultural, political, social and moral aspects. Other aspects are the judicial, political and governmental structure of Brazil, the respect to the human rights, the poverty, the access to education, the power of influence of women in political decisions and their capability to cope with violence.

Key-words: Sexually transmitted desise. Women. Health vulnerability. Education on health.

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 –	Esquemas de encontros e oficinas.....	46
Figura 2 –	Gustav Klimt.....	47
Figura 3 –	<i>Danaë</i> , 1907. Gustav Klimt.....	48
Figura 4 –	Escultura mulher sobre base de argila.....	61
Figura 5 –	Escultura mulher grávida.....	63
Figura 6 –	Escultura mulher com os braços estendidos.....	64
Figura 7 –	Modelos de silicone: pênis e vulva.....	69
Figura 8 –	Álbuns seriados <i>Planejamento Familiar e Reprodutivo e Doenças Sexualmente Transmissíveis</i>	70
Figura 9 –	Aparelho reprodutor feminino.....	70
Figura 10 –	Aparelho reprodutor masculino.....	71
Figura 11 –	Camisão.....	71
Figura 12 –	Prancha corpo feminino.....	72
Figura 13 –	Prancha corpo masculino.....	72
Figura 14 –	Demonstração do uso do preservativo masculino.....	79

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antiretroviral
CAF	Casa de Assistência Filadélfia
CCA	Centro para a Criança e Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MAC	Museu de Arte Contemporânea
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAF	Programa Ação Família
PNAS	Programa Nacional de Assistência Social
SASF	Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVO.....	27
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	PROBLEMA.....	29
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	32
4.2	BASE CONCEITUAL.....	34
4.3	LOCAL.....	37
4.3.1	Histórico da Casa de Assistência Filadélfia (CAF).....	40
4.3.2	Projetos realizados pela Casa de Assistência Filadélfia (CAF).....	41
4.3.3	O Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF).....	42
4.4	SUJEITOS.....	43
4.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA.....	44
4.6	ANÁLISE DE CONTEÚDOS.....	49
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
6	RESULTADOS E ANÁLISE.....	54
6.1	QUEM SÃO AS MULHERES.....	55
6.2	PRIMEIRA OFICINA – A SAÚDE E A PROPOSTA TRIANGULAR DO ENSINO DA ARTE.....	58
6.3	SEGUNDA OFICINA - INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	68
6.4	TERCEIRA OFICINA – AVALIAÇÃO.....	83
6.4.1	Percepções das mulheres acerca da participação nas oficinas.....	86
7	DISCUSSÃO.....	99

7.1	PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DAS PRECONDIÇÕES PARA A DIMINUIÇÃO DA VULNERABILIDADE	104
7.3	PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DAS MUDANÇAS SOCIAIS NECESSÁRIAS PARA DIMINUIR SUA VULNERABILIDADE.....	129
8	CONCLUSÃO.....	147
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	REFERÊNCIAS.....	158
	APÊNDICES.....	173
	Apêndice A – Roteiro para Realização de Oficina Avaliativa.....	174
	Apêndice B – Frases temáticas.....	175
	Apêndice C – Precondições de diminuição da vulnerabilidade segundo Mann et al. (1993).....	215
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	218
	ANEXO B – Parecer CEP – EEUSP.....	221
	ANEXO C – Certificado de Participação nas Oficinas.....	222

APRESENTAÇÃO

Desde o início de minha vida acadêmica, durante a graduação em enfermagem, de 2001 a 2004, chamava-me a atenção o fato da Enfermagem se constituir em uma ciência cujo objeto de suas práticas é amplo, incluindo não só o cuidado dos indivíduos, mas suas famílias e a coletividade.

Em 2007 fui convidada a trabalhar na Casa de Assistência Filadélfia (CAF), uma Organização Não Governamental (ONG), que tem como missão “trabalhar pela dignidade e inclusão social de crianças, adolescentes e famílias que vivem e convivem com HIV e Aids e em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a vida participativa em comunidade”.

Durante aproximadamente quatro anos, desde o meu ingresso na ONG, estive inserida no projeto *Meu Corpo, Meu Bem*, que atende crianças a partir dos cinco anos de idade, adolescentes e adultos, e atua na capacitação de profissionais e cuidadores na temática da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids. O projeto utiliza como metodologia de trabalho a arte/educação, por meio de uma abordagem construtivista da educação. De acordo com cada faixa etária são tratados temas acerca da sexualidade, violência e agravos de saúde, como as DST/Aids. Por meio de equipe multidisciplinar - composta por psicopedagogos, arte-educadores, psicólogos, músicos e enfermeiros - são desenvolvidas ações voltadas a: conhecer, apreciar, cuidar, respeitar e proteger o próprio corpo, atuando assim na prevenção de DST/AIDS e do abuso sexual infantil, para o fortalecimento da rede de prevenção da violência sexual.

Ao trabalhar no projeto, tive a oportunidade de conhecer a Arte e como, através de suas linguagens, podemos compreender melhor o mundo a nossa volta e nele interferir. Confesso que no início me causou estranheza a parceria entre a Arte e a Saúde, como forma de construção do

conhecimento. Porém, aprender mais sobre a atuação da Arte e da Saúde juntas foi uma experiência completamente libertadora.

Atuando no projeto *Meu Corpo, Meu Bem*, tive a experiência e importante oportunidade de me aproximar de uma realidade muito delicada em que vivem as crianças da comunidade atendida pela Casa de Assistência Filadélfia. Uma realidade de abandono por parte das famílias e da sociedade, com um histórico de preconceitos e violências.

A ONG desenvolve ainda o Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) que, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura de São Paulo, atende seiscentas famílias que vivem em situação de alta vulnerabilidade social no distrito de Ponte Rasa – Zona Leste de São Paulo. Por meio do SASF, a CAF atende as comunidades com visitas domiciliares, oficinas e projetos educacionais e tem como principais objetivos fortalecer as relações familiares, promover melhoria sustentável da qualidade de vida da população e contribuir no processo de inclusão social e resgate da cidadania plena.

Pudemos observar, durante as reuniões socioeducativas promovidas pelo Programa, a participação maciça das mulheres nos espaços de convivência. Com base no que ouvíamos nas reuniões, percebemos algumas necessidades de atuação na Educação em Saúde, envolvendo especificamente as mulheres. Elas trazem questões que envolvem os relacionamentos conjugais e familiares, questões relacionadas à sua saúde e necessidade de melhor qualidade de vida.

Vivenciando essas diferentes realidades, busquei aprofundar os conhecimentos na área de saúde das mulheres, seus filhos e suas famílias, ingressando em 2009 na pós-graduação *senso lato* em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário São Camilo e em 2010 na Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado) em ciências, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Como requisito parcial para a conclusão do curso de mestrado, aqui apresento esta pesquisa, visando contribuir cientificamente com na temática

da prevenção das DST/HIV/Aids e de alguma forma, para a melhoria da condição de vida dessas mulheres.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde o número de pessoas vivendo com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) no mundo está em constante crescimento, atingindo o número estimado de 33,3 milhões de pessoas infectadas em 2009, número 23% superior ao de 1999 (World Health Organization, 2011).

No ano de 2010 surgiram aproximadamente 2,7 milhões de novos casos de pessoas infectadas pelo HIV. Apesar do número ainda preocupante, houve uma diminuição de 15% no número de novos casos em relação ao ano de 2001, no qual 3,1 milhões de pessoas foram diagnosticadas com HIV (World Health Organization, 2012).

Apesar de o número de casos permanecer em constante crescimento, o número anual de novos casos está em declínio, o que sugere que a epidemia de aids¹ no mundo pode estar se estabilizando, e que o número crescente de pessoas vivendo com HIV é em parte reflexo dos efeitos do uso da terapia antirretroviral (ARV), que em 2009 estava disponível para mais de 5 milhões de pessoas em países de baixa e média renda. Apesar dos progressos no enfrentamento da epidemia, as taxas de cobertura do uso da terapia antirretroviral continuam muito baixas em países de baixa e média renda, representando 36% do total (World Health Organization, 2011).

O progresso no combate à epidemia depende dos esforços de todos os envolvidos na busca do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio. A resposta aos esforços pode resultar na diminuição da

¹ Este estudo observa as recomendações de Castilho (1997, apud Cadernos ABONG, 1991): a palavra aids passou ser grafada como os substantivos comuns, com letras minúsculas, assim como os demais nomes de doenças, equivalendo à “sífilis” ou “coqueluche”. A palavra aids vem sofrendo o mesmo processo de evolução linguística da palavra “laser”, que é a sigla de *light amplification by stimulated emission of radiation*. Assim como outros anglicismos incorporados à língua portuguesa no Brasil, poderá ser grafada com inicial maiúscula apenas quando corresponder a nomes próprios de entidades ou siglas que incorporem a palavra aids, a exemplo de Coordenação Nacional de DST/Aids ou HIV/Aids.

discriminação e do estigma, na melhoria do acesso às informações e serviços e na melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids (UNAIDS, 2010).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), em seu relatório *Unaids Report on the Global Aids Epidemic* de 2010, chama a atenção ao apoio que se faz necessário às meninas e mulheres frente à epidemia da aids, pois estas representam pouco mais da metade de todas as pessoas que vivem e convivem com HIV no mundo, mostrando o exemplo da África Subariana (região africana ao sul do deserto do Saara), onde há mais mulheres vivendo com HIV do que homens, alertando que as mulheres jovens (18 a 24 anos) são oito vezes mais propensas a contrair o vírus HIV. A UNAIDS enfatiza ainda que proteger as mulheres e meninas da aids significa protegê-las da violência de gênero e promover a sua independência financeira em relação aos homens chefes de família.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), desde o início da epidemia da aids no Brasil, em 1980, até junho de 2011 foram registrados 210.538 casos diagnosticados em mulheres. Os casos de aids registrados ainda são em número maior nos homens (397.662 desde 1980), porém, esta diferença está diminuindo com o passar dos anos. No ano de 1985, a proporção era de cerca de 26 casos de aids em homens para cada caso em mulheres. Em 2010, a razão de sexos chegou em 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres.

Segundo a faixa etária, a taxa de incidência é maior nos indivíduos entre 30 a 49 anos em ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2010). Já na faixa etária entre 15 a 24 anos, há mais casos registrados entre as mulheres. Entre 1995 e 2010 a razão entre os sexos diminuiu, atingindo a proporção de 1,4 casos de aids em homens para cada caso em mulher. Apesar de a epidemia ser considerada pelo Ministério da Saúde como estabilizada (maior número de diagnósticos sugerem maior número de pessoas em tratamento), ainda são diagnosticados 35 mil casos no Brasil a cada ano (Ministério da Saúde, 2011).

Embora existam mais homens diagnosticados com HIV no Brasil,

estudos mostram que a velocidade do crescimento da epidemia é maior entre as mulheres (Santos et al., 2009). Braga et al. (2007) coloca ainda que o Brasil foi o país onde a razão entre os sexos diminuiu de forma mais drástica.

No estado de São Paulo, a principal causa de morte entre as mulheres é a aids, precedida apenas pelas causas externas. A morte por agressões fica em terceiro lugar, superando o número de mortes por câncer de mama. A incidência de aids em mulheres de 15 a 19 anos é superior à homens da mesma faixa etária, ou seja, na adolescência, as mulheres são mais infectadas pelo HIV do que os homens (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009).

A prevalência do HIV em gestantes é de 0,41%, o que indica que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano. Dos casos registrados entre gestantes no Brasil, as maiores proporções estão na faixa etária de 20 a 29 anos e 75,6% dos casos estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. São Paulo é o quinto estado com maior número de casos notificados de aids do Brasil (Ministério da Saúde, 2010). Durante o pré-natal, 20% das mulheres não fazem uso da medicação antirretroviral, que diminui a chance da mãe passar o HIV para o filho durante a gestação (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009).

Dentre os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids, existe uma notória associação das relações de gênero e de poder e a maior vulnerabilidade das mulheres a essas infecções. Dentre os principais fatores estão a baixa escolaridade, as condições socioeconômicas menos privilegiadas, fatores das relações de gênero, assim como as relações de poder, a submissão das mulheres aos homens e, por consequência, o baixo poder de negociar o uso do preservativo (que as deixam mais inclinadas às relações sexuais desprotegidas) e a responsabilização sobre as questões reprodutivas do casal - concepção e contracepção (Santos et al., 2009).

As mulheres casadas com homens que mantêm multiplicidade de parceiras sexuais também estão mais expostas às DST/Aids. Esse

comportamento entre os homens é mais aceito pela sociedade que entre as mulheres. As mulheres nem sempre concordam com a escolha de seus parceiros em manter mais parceiras sexuais, porém, em geral, não dispõem de autonomia financeira suficiente para sair desse tipo de relação (Santos et al., 2009).

Em geral não é fácil para as mulheres se reconhecerem vulneráveis ao HIV/Aids ou dialogar sobre o assunto. Na década de 90, quando a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids passou a adquirir maior visibilidade, iniciativas de práticas de educação em saúde envolvendo as mulheres foram desenvolvidas, com destaque às oficinas de prevenção (Figueiredo, 1998; Paiva, 2000; Villela, 1996).

As oficinas mostram-se como uma alternativa interessante para o desenvolvimento de temas de abordagem complexa como a aids. Na técnica de oficinas, objetiva-se fortalecer o indivíduo por meio de sua participação ativa na busca de respostas para as questões colocadas. Os participantes têm a oportunidade de enriquecer o processo educativo colocando suas opiniões e valores. A oficina proporciona um espaço de interação e discussão de temas, o que valoriza o papel de cada participante, favorecendo a autoestima e a construção coletiva do conhecimento (Figueiredo, 1998; Villela, 1996).

Nas metodologias pedagógicas tradicionais e conservadoras, o educador é visto como transmissor de conteúdos, e espera-se do educando uma atitude passiva, que recepta e reproduz o que é “aprendido” (Mitre SM et al., 2008). Esse modelo é retratado por Paulo Freire (2011, p. 81), em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, como uma visão bancária da educação, onde “o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber”.

Em contraposição aos modelos pedagógicos tradicionais, neste estudo considera-se que as mulheres, ou os educandos de qualquer ação, não são como “caixas vazias”, onde será depositado todo o conhecimento e toda a verdade. A abordagem das oficinas se deu na forma construtivista da educação.

Nas oficinas realizadas para o presente estudo, buscou-se motivar a reflexão crítica, incitar a curiosidade e a criatividade, a participação ativa dos sujeitos, que são considerados capazes de reconhecer a realidade e seu papel dentro da sociedade. Dessa forma, respeitou-se a autonomia e dignidade de cada sujeito, levando-se em consideração que o indivíduo é capaz de construir a sua própria história.

Considerou-se que a promoção de novos conhecimentos deve ser prazerosa de forma a incitar a participação de todos os envolvidos, estimulando a curiosidade, a intuição, a emoção, a responsabilização e a capacidade crítica para confrontar e questionar, proporcionando uma aprendizagem mais duradoura e eficaz (Mitre SM et al., 2008).

A explicitação e apreensão da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids nas oficinas podem ser realizadas de diferentes formas. Há estudos que descrevem a utilização de diversas linguagens artísticas, por meio de desenhos, jogos, produção artística com argila e leitura de obra de arte (Alencar, 1998; Ferraz, 2011; Rodrigues, 2011).

Segundo Ana Mae Barbosa (2010) o uso da imagem é abrangente e contribui para um diálogo que talvez nunca fosse possível com uso da linguagem verbal, citando que numa pesquisa realizada na França, evidenciou-se que 82% da nossa aprendizagem informal se faz através da imagem.

Na obra “A Imagem no Ensino da Arte”, Ana Mae Barbosa (2010) considera o uso da imagem como linguagem e ferramenta de comunicação tão importante (ou mais importante, dependendo do contexto), quanto o uso da linguagem verbal. A autora propõe o uso da imagem como ferramenta que pode transpor essas dificuldades de comunicação, principalmente quando há uma grande separação de nível cultural entre professor e aluno. Em suas palavras: “Arte é qualidade e exercita nossa habilidade de julgar e de formular significados que excedem nossa capacidade de dizer em palavras. E o limite da nossa consciência excede o limite das palavras” (Barbosa, 2010, p. 4).

Em uma busca por estudos que tratam da utilização da

arte/educação e sua relação com saúde identificou-se escassa produção aliando estas temáticas.

A contribuição da Enfermeira e arte-educadora Zélia de Fátima Seibt Couto (2009, p. 573) se faz presente, quando reafirma a arte como um instrumento valioso para a educação e para os processos de trabalho em saúde, pois possibilita a visualização objetiva do que é subjetivo, tornando possível a compreensão dos significados que emergem de um exercício estético. Evidencia sua potência, no sentido da construção de um produto artístico a partir da subjetividade dos sujeitos, dos significados uma estrutura moldada objetivamente, constituindo-se na tradução das vivências significadas. No estudo “A arte como processo tecnológico de compreensão e (re)significação do trabalho em saúde”, a autora afirma que:

a arte, então, no olhar da educação, da educação pela arte ou da arte-educação, pode promover esta educação estética, de construção do olhar, entrelaçado com o pensar, uma vez que a produção artística pressupõe no processo de criação o pensar / fazer / olhar, o olhar / ver / contemplar / significar, o significar / expor / re-significar, imbricados na filosofia da arte e subsumidos na experiência estética.

Renan Tavares e Nélia Maria Almeida de Figueiredo (2009), em sua obra “Arte e Saúde: Experimentações Pedagógicas em Enfermagem” tratam de temas sobre a prática do profissional de enfermagem, como cuidador, por meio do jogo dramático. O jogo dramático foi usado como estratégia pedagógica, objetivando que o estudante de enfermagem adquira habilidades de comunicação não mecânicas e o amadurecimento profissional para saber lidar com situações imprevistas que podem surgir no cuidado aos indivíduos.

Quando se trata de associar arte/educação na abordagem de prevenção a agravos como as DST/HIV/Aids, há escassa produção científica. Destaca-se o estudo de Vera Paiva (2000), estudo de doutorado publicado na obra “Fazendo arte com camisinha”, que analisou a vulnerabilidade dos jovens por meio da realização das oficinas, onde a autora utilizou de “cenas sexuais” para fomentar a problematização dos contextos de vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids, técnica que guarda

semelhança com os psicodramas (uso da representação dramática para abordagem de temas em grupo), muito afeitas à área da psicologia, formação da autora.

A arte/educação como referência teórica e metodológica vem sendo utilizada na organização não governamental Casa Filadélfia (CAF), onde realizo trabalho voluntário. Nela são desenvolvidos projetos de educação em saúde, tendo as oficinas de arte/educação como uma modalidade privilegiada em muitas de suas abordagens. Projetos realizados na CAF utilizando as oficinas e inspirados nos trabalhos de Ana Mae Barbosa foram divulgados em diferentes eventos, como no IX Congresso Paulista de Saúde Pública (Bochio et al., 2005); no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS e I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais (Ferraz et al., 2010; Munhóz et al., 2010); na XI Conferência Ibero-americana e III Encontro Latinoamérica-Europa de Educação em Enfermagem em Coimbra (Ferraz et al., 2011a); e no II Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem (Ferraz et al., 2011b). As oficinas de arte/educação realizadas com mulheres foram objeto de monografia de especialização e dissertação de mestrado (Ferraz, 2011; Munhóz, 2009).

No estudo “Expressão da Vulnerabilidade das Mulheres às DST/Aids: A Utilização da Arte/Educação” (Ferraz, 2011) pôde-se constatar que dentre as mulheres atendidas na Casa de Assistência Filadélfia, a primeira relação sexual acontece cada vez mais cedo, as mulheres desconhecem os métodos contraceptivos, os meios de prevenção das DST/Aids e violência sexual e não adotam meios de desenvolver o planejamento familiar.

Na experiência de realização das oficinas de arte/educação na Casa Filadélfia tem sido possível abordar e discutir assuntos muito delicados, como a sexualidade, as questões da vulnerabilidade às DST/HIV/Aids, a violência e o abuso sexual (Ferraz, 2011).

O estudo realizado em 2011 pela pesquisadora mostrou também que as vulnerabilidades às DST/Aids das mulheres atendidas na Casa de Filadélfia se expressaram de diferentes formas e a arte/educação

possibilitou identificá-las. A leitura de obra de arte e a produção artística incitou a reflexão crítica, e comprovaram a pertinência de seu uso nas oficinas, onde foi favorecido um espaço seguro de aprendizagem e de troca de experiências (Ferraz, 2011).

Na proposição das oficinas é prevista sua avaliação, realizada por meio do monitoramento do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), dado que estes estão entre os apoiadores financeiros da organização. Além disso, são realizadas avaliações pontuais ao final das oficinas, identificando os sentimentos, impressões, opiniões, conhecimentos compartilhados dos participantes e dos educadores ao final de cada atividade. Até o momento, uma análise sistematizada das oficinas não foi realizada, o que também justifica a realização da presente investigação.

2 Objetivo

2 OBJETIVO

Analisar contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids de mulheres cadastradas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia, por meio da Arte/Educação em Saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a aplicação da Proposta Triangular do Ensino da Arte, realizada em um oficina de Arte/Educação;
- Analisar a efetividade de oficinas de Arte/Educação, no sentido de que possam problematizar contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids.

3 Problema

3 PROBLEMA

As mulheres em geral são vulneráveis ao HIV/Aids, porém apresentam dificuldades para reconhecer e interpretar sua vulnerabilidade. A arte é considerada um instrumento valioso para a educação e para os processos de trabalho em saúde. Indaga-se como se expressam os contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids de mulheres atendidas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia (CAF), tendo por referência a Arte/Educação.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para Minayo (2008), existem inúmeras possibilidades de abordagem teórico-metodológicas quando tratamos de pesquisas de saúde, devido à natureza dos processos em uma época de mudanças tão aceleradas.

Devido à característica inovadora do tema, e ao fato de a pesquisadora estar envolvida no processo de pesquisa e nas ações a serem realizadas, foi eleita a pesquisa-ação como metodologia para este estudo. A pesquisa-ação é uma modalidade de pesquisa social cuja realização visa à resolução de um problema coletivo, onde o pesquisador e/ou os participantes estão diretamente envolvidos de forma participativa na situação (Gil, 2008).

Este estudo foi delineado como uma pesquisa analítica, com desenho experimental, pois inclui uma intervenção: as oficinas de arte/educação.

A opção por analisar a efetividade da oficina de arte/educação no sentido de que estas possam problematizar contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids está relacionada com a escassez de estudos desta natureza.

A análise da intervenção realizada pode potencialmente trazer benefícios para a população e para a organização. Analisar a efetividade faz parte dos processos de aprendizagem, possibilitando a compreensão dos erros e acertos e o redirecionamento do trabalho de acordo com os seus objetivos, além de maximizar o rendimento das ações (Villela, 1996).

Na perspectiva avaliativa há estudos que utilizam o modelo questionário pré e pós-intervenção (com utilização ou não de grupo controle), estudos de caso, entre outros. Nesses estudos são utilizados

como instrumentos de coleta de dados entrevistas ou questionários (orientações, aulas, oficinas), filmagens e até avaliações antropométricas e audiométricas em casos mais específicos (Bramatti et al, 2008; Lins, 2011; Fernandes et al., 2009; Vitória et al., 2011; Del Prette et al., 1998; Carvalho et al, 2010).

Dado que de maneira geral tratam-se de estudos qualitativos, não há critérios ou parâmetros definidos a priori, os critérios ou parâmetros de avaliação e análise no geral não são padronizados, com exceção das pesquisas avaliativas de programas de saúde. Nesses estudos, é com base na experiência e na revisão da literatura que os pesquisadores definem os critérios e os elementos que desejam avaliar das suas ações.

De-La-Torre-Ugarte-Guanilo (2008) realizou um levantamento dos elementos que caracterizam a análise da vulnerabilidade das mulheres ao HIV para sua dissertação de mestrado. Para tanto, realizou uma metassíntese onde analisou artigos publicados em diversas bases de dados de diversas áreas do conhecimento. Foi considerado nesse estudo o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2003), baseado na proposta de Mann et al. (1993). Foram analisadas 54 publicações, das quais 87% eram estudos qualitativos. Então, a autora identificou 55 elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV, e destes, 21 elementos corresponderam à dimensão individual da vulnerabilidade.

Os critérios e parâmetros de análise para o presente estudo foram definidos com base nos elementos que caracterizam a análise da vulnerabilidade de mulheres ao HIV/Aids, referidos por De-La-Torre-Ugarte-Guanilo (2008), e que vêm sendo estudados no Brasil e no mundo. Com base nesses critérios a análise da intervenção foi delineada e realizada comparando o produto real da ação educativa com os objetivos pressupostos da pesquisa, atribuindo-se valores aos resultados dessa comparação, assim como no estudo de Villela (1996).

Na oficina realizada para este estudo, esperava-se que as mulheres fossem sensibilizadas para a prevenção das DST/Aids, para a promoção da saúde e autocuidado; que passassem a perceber o quão vulneráveis estão

diante das DST/Aids, e assim pudessem identificar situações de risco e aumentar sua proteção contra essas doenças; e que houvesse socialização de ideias e troca de experiências durante as atividades.

Os resultados foram discutidos por meio de marcadores qualitativos, que foram definidos de acordo com as etapas necessárias para que uma pessoa possa se proteger do HIV, como as informações sobre a epidemia, as formas de prevenção e como implementá-las em seu cotidiano - pois é sabido que os indivíduos podem possuir a informação e não utilizá-la por não se perceber em situação de vulnerabilidade ao HIV.

Os marcadores foram utilizados para uma melhor compreensão dos fatores que estão relacionados com o aumento ou a diminuição da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids.

Villela (1996, p. 71), em seu estudo, coloca que:

Numa avaliação do impacto de uma oficina com mulheres através de uma metodologia qualitativa importa, portanto, perceber como as vivências daquele processo estão repercutindo no seu cotidiano.

Por meio da análise do aproveitamento e aprendizagem dos conteúdos das oficinas com a utilização da arte/educação, pode-se averiguar a pertinência de sua aplicação para que se atinjam os objetivos das oficinas de educação em saúde, listados anteriormente.

4.2 BASE CONCEITUAL

Para analisar os contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids por meio da análise das expressões das mulheres, foi utilizada como base conceitual a *vulnerabilidade*. Neste estudo, o conceito de vulnerabilidade está atrelado à questão das DST/Aids e foi analisado a partir do conjunto de aspectos individuais e coletivos que aumentam ou diminuem o risco de exposição das

mulheres ao adoecimento.

Segundo Mann et al. (1993), o conceito de vulnerabilidade pode ser interpretado a partir de três dimensões: individual, programática e social. Na dimensão individual, são considerados os conhecimentos dos indivíduos acerca dos agravos à saúde, e os comportamentos que os expõem ao adoecimento ou que podem contribuir para a sua proteção. São levados em consideração a consistência e a qualidade das informações disponíveis sobre as DST/Aids e suas formas de prevenção e, ainda, a capacidade individual de elaborar essas informações a ponto de efetivamente incorporá-las ao seu cotidiano, transformando-as em práticas de prevenção.

Na dimensão programática, são observados o acesso aos serviços de saúde, o vínculo dos profissionais com os usuários desses serviços e os programas de prevenção e controle de agravos. Já na dimensão social, é contemplada a importância social do adoecimento, considerando o acesso à informação e os gastos com serviços de saúde. São contemplados nessa dimensão o ciclo de vida, as normas sociais vigentes, as relações de gênero, entre outros (Mann et al., 1993).

Segundo Mann et al. (1993), o comportamento individual determina o grau de vulnerabilidade ao HIV e há então a necessidade do enfoque no indivíduo, porém, não é suficiente, pois é considerado que o comportamento é mutável e socialmente conectado. Ou seja, o comportamento é influenciado por seus próximos (amigos, parceiros, família), por entidades sociais nas quais se pertence e até mesmo por fatores nacionais e internacionais. Portanto, para este estudo, foi analisada a vulnerabilidade das mulheres em sua dimensão individual, levando em consideração a interdependência das três dimensões conceituais.

Do ponto de vista biológico, todos os indivíduos são vulneráveis à infecção pelo HIV, ou seja, qualquer pessoa exposta ao vírus pode infectar-se, pois ainda é desconhecida qualquer forma de resistência ou imunidade à infecção pelo vírus HIV (Mann et al., 1993).

Para que uma pessoa seja infectada ou transmita o vírus HIV, é necessário que haja comportamentos específicos, que são identificáveis e

envolvem duas ou mais pessoas. Sendo assim, a transmissão do HIV pode ser evitada adotando-se comportamentos que também são específicos e passíveis de identificação pelo indivíduo. A vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV é determinada pelo comportamento individual (que é influenciado pelo contexto social) e varia ao longo da vida (Mann et al., 1993).

Para Mann et al. (1993), uma vez reconhecidos os comportamentos através dos quais a transmissão do HIV pode ocorrer, identificam-se quais comportamentos podem satisfazer as precondições para reduzir a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV. As precondições dizem respeito aos comportamentos que, se adotados ou não, influenciam no aumento da vulnerabilidade de infecção pelo HIV.

Por exemplo, a vulnerabilidade pode diminuir ou aumentar na medida em que o indivíduo adota ou não práticas de sexo seguro. Foram investigadas, neste estudo, algumas precondições cognitivas, comportamentais e sociais para a diminuição da vulnerabilidade à infecção às DST/Aids.

Mann et al. (1993), então, propõe uma escala de auto avaliação de vulnerabilidade individual, com base em seis perguntas:

- Qual é o meu grau de vulnerabilidade à infecção?
- Quais são as precondições para diminuir minha vulnerabilidade e quais delas ainda não foram atendidas?
- Até que ponto posso diminuir minha vulnerabilidade?
- O que posso fazer para gerar mudanças sociais em meu ambiente necessárias à diminuição de minha vulnerabilidade?
- Como minhas atitudes individuais e coletivas podem facilitar essas mudanças?

Com base nas seis perguntas de autoavaliação e nas precondições para a diminuição da vulnerabilidade individual propostas pelo autor, foram elaboradas as questões norteadoras (Apêndice A), que foram utilizadas

como base para a realização da oficina avaliativa.

4.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada na Casa Filadélfia (CAF), situada no bairro Burgo Paulista, zona leste do município de São Paulo. A CAF é uma organização não governamental (ONG) que tem como missão desenvolver processos de inclusão social de crianças, adolescentes e famílias que vivem e convivem com HIV/Aids e em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a vida participativa em comunidade.

A escolha do local foi baseada principalmente no vínculo estabelecido com a pesquisadora por meio do tempo de trabalho na instituição, e como enfermeira voluntária nos projetos desenvolvidos.

As seiscentas famílias atendidas e cadastradas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura de São Paulo, são moradoras do Distrito de Ponte Rasa: Vila Ponte Rasa, Vila União, Burgo Paulista, Vila São Francisco, Jardim Lisboa, Três Marias, Vila Rio Branco, Jardim Soraia, Jardim Coutinho. Essas comunidades estão localizadas na circunscrição da subprefeitura de Ermelino Matarazzo.

Segundo dados da própria subprefeitura de Ermelino Matarazzo, ali vivem mais de 200 mil habitantes, 18,45% deles em favelas. A renda média dos chefes de família é de R\$ 815,91, bem abaixo da média da Capital que é de R\$ 1.325 (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2011a).

De acordo com a SMADS, em levantamento realizado pela equipe do SASF da Casa Filadélfia², nos bairros do distrito de Ponte Rasa vivem cerca

² Documento mimeografado enviado pela Casa Filadélfia à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), contendo a descrição do Projeto SASF para

de 98.000 pessoas. O distrito de Ponte Rasa é residencial em quase toda sua extensão. A região foi habitada principalmente por imigrantes nordestinos, descendentes de mineiros e japoneses e atualmente: 28,17% são chefes de famílias; 39,7% recebem até três salários mínimos e 7,5% não têm nenhum rendimento. Constatou-se que o distrito de Ponte Rasa está classificado entre os níveis 5 e 6 do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2011b).

Segundo a Prefeitura da Cidade de São Paulo (2011b), estão classificados como nível 5 do IPVS os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica, onde estão os chefes de domicílio com os mais baixos níveis de renda e escolaridade e onde concentram-se as famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas. Os setores censitários classificados como nível 6 do IPVS são como no nível 5, mas com a diferença de mostrarem grande concentração de famílias jovens. Essa combinação entre chefes jovens, os baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pode ser traduzida em maior vulnerabilidade desse grupo à pobreza.

Tabela 1 - Dados sobre população apresentando IPVS Grupo 5 e Grupo 6 na Região de Ponte Rasa – 2010

Distrito de Ponte Rasa	IPVS Grupo 5	IPVS Grupo 6
População e porcentagem	4.514 pessoas 2,2% do total	5.287 pessoas 2,6% do total
Rendimento médio do chefe de domicílio	R\$ 421,00	R\$ 393,00
Nível de escolaridade dos chefes de domicílio	4,9 anos de estudo, 85,4% alfabetizados e 26,1% com ensino fundamental completo	4,5 anos de estudo, 81,6% alfabetizados e 20,6% com ensino fundamental completo
Idade média dos chefes de domicílio	43	40
Mulheres chefes de domicílio	26,7%	26,5%
Crianças de 0 a 4 anos dentro da população	9,9%	12,6%

Fonte: Documento mimeografado SASF/CAF enviado à SMADS para fins de convênio.

Sobre as condições de vida dos habitantes da região de abrangência do SASF, 18% da população moram em favelas, sendo que 43,1% ganham no máximo três salários mínimos. Na região, existem 18 escolas que atendem o ensino infantil, fundamental e médio para jovens e adultos. A taxa de chefes de família com ensino médio completo é de 27,14%, 4,9% são analfabetos e a evasão escolar é de 3,07% (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2011a).

4.3.1 Histórico da Casa de Assistência Filadélfia (CAF)³

A CAF é uma ONG pioneira no trabalho com pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids em São Paulo. Os projetos desenvolvidos visam o atendimento de populações em situação de maior vulnerabilidade de forma a estimular a autonomia e o maior acesso a oportunidades para a autosustentabilidade.

A CAF nasceu do trabalho humanitário e voluntário da senhora Nadir Sales Uliano, em 1988, período do auge da epidemia da aids no Brasil e no mundo. Devido à letalidade do vírus e ao desconhecimento das causas que levavam ao contágio e ao adoecimento, muitas pessoas morriam sem assistência e em situação de abandono por parte de seus familiares.

Nessa época, a senhora Nadir Sales Uliano descobriu que seu único filho havia adoecido de aids. Ela foi especialmente dedicada em cuidar desse filho e, após sua morte, havia estabelecido vínculo com as demais famílias que conhecera durante suas internações hospitalares. Nadir percebeu que essas famílias estavam na mesma situação de abandono e preconceitos pela qual passara junto ao seu filho e, então, passou a acolher as famílias em seu domicílio, dando início aos primeiros atendimentos da futura Casa de Assistência Filadélfia.

Em 1995 a CAF foi constituída pessoa jurídica, então uma Organização Não Governamental. Em 2001 a CAF priorizou o atendimento de crianças, adolescentes e mulheres por serem considerados os grupos de maior vulnerabilidade dentro do panorama da epidemia de aids. A dificuldade de inserir junto a seus familiares crianças e adolescentes que perdiam seus pais em decorrência da aids, estimulou a organização para o trabalho com a família estendida e com a comunidade.

³ Informações provenientes da experiência de trabalho da pesquisadora na CAF e do documento mimeografado que foi enviado pela Casa Filadélfia à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), contendo a descrição do Projeto SASF para participação de processo seletivo em resposta ao edital divulgado pela SMADS em 2011, a fim de firmar convênio para o financiamento de desenvolvimento do projeto.

4.3.2 Projetos realizados pela Casa de Assistência Filadélfia (CAF)⁴

O *Projeto Famílias* foi criado em 2003 para realizar atividades socioeducativas e oficinas de geração de renda voltadas ao atendimento das famílias das comunidades carentes do entorno da organização. Deu-se início às oficinas de restauro de móveis e *patchwork*, que possibilitam o aprendizado de novas habilidades e geração de recursos financeiros para a autossustentabilidade.

Em 2003 a CAF iniciou o projeto *Meu Corpo, Meu Bem* que atua na prevenção das DST/Aids e violência sexual para crianças, adolescentes e adultos. O projeto conta com o apoio do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e realiza oficinas de prevenção em quatro escolas de ensino público da região de Ermelino Matarazzo, além de realizar oficinas em projetos sociais, igrejas e empresas. Atualmente, como um programa, desenvolve suas ações em duas áreas de atuação: arte/educação em saúde e cultura.

O *Projeto SINO* (Socializando Informações e Oportunidades) foi criado em 2006 e tem por finalidade promover o trabalho em rede e ações de voluntariado dentro da região de Ponte Rasa. O projeto realiza encontros como o Café com Reflexão e assim reúne lideranças locais, representantes dos serviços públicos e de outras organizações não governamentais fomentando o trabalho intersetorial.

Em 2008 a Casa Filadélfia, em parceria com a SMADS, deu início ao projeto *Centro para a Criança e Adolescente* (CCA) que atende em contraturno escolar 180 crianças e adolescentes. O projeto desenvolve oficinas de Artes Visuais, Autocuidado, Capoeira, Música, Esportes Coletivos, Criatividade e Expressão Literária, Customização e para o grupo Jovens Protagonistas.

⁴ Informações provenientes da experiência de trabalho da pesquisadora na CAF e do documento mimeografado que foi enviado pela Casa Filadélfia à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), contendo a descrição do Projeto SASF para participação de processo seletivo em resposta ao edital divulgado pela SMADS em 2011, a fim de firmar convênio para o financiamento de desenvolvimento do projeto.

Promove ainda atividades de lazer, eventos culturais e passeios. Em conformidade com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e em articulação com o Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa Filadélfia, por meio do Centro para a Criança e Adolescente (CCA) são realizados encaminhamentos das famílias a serviços locais.

4.3.3 O Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF)⁵

Em 2007 a CAF iniciou uma parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), para a realização do Programa Ação Família (PAF) no distrito de Ponte Rasa. No ano de 2010, o programa sofreu mudanças estruturais e passou ser chamado de Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF).

Por meio desse serviço, a CAF atende 600 famílias e realiza visitas domiciliares sistemáticas, reuniões socioeducativas mensais, encaminhamentos para serviços locais, organização de oficinas para geração de renda, realização de eventos culturais, excursões, atividades de lazer, disseminação de informações sobre os direitos e cidadania, e orientação para o acesso à documentação pessoal.

O atendimento prioriza famílias vivendo em situação de alta e muito alta vulnerabilidade, segundo o índice paulista de vulnerabilidade social (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2011b). O serviço atua em conformidade com a PNAS e com o SUAS e conta com o apoio e supervisão técnica do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

⁵ Informações provenientes do documento mimeografado que foi enviado pela Casa Filadélfia à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), contendo a descrição do Projeto SASF para participação de processo seletivo em resposta ao edital divulgado pela SMADS em 2011, a fim de firmar convênio para o financiamento de desenvolvimento do projeto.

O SASF promove o fortalecimento familiar e o acesso a serviços e informações para o desenvolvimento de potencialidades e protagonismo comunitário. Seu público alvo é indicado e encaminhado CRAS, sendo a participação no programa acordada por cada participante após ser informado sobre as atividades e suas responsabilidades.

De acordo com CAF, o objetivo do SASF é:

Oferecer a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, idosos e/ou pessoas com deficiência ações e atividades de natureza socioeducativa, participativas e colaborativas de forma a contribuir para o fortalecimento pessoal, conhecimento e acessibilidade aos direitos sociais promovendo de forma co-participativa o desenvolvimento familiar e comunitário.

O SASF realiza visitas domiciliares, oficinas de Arte/Educação e projetos educacionais com os objetivos de fortalecer as relações familiares, promover melhoria sustentável da qualidade de vida da população e contribuir no processo de inclusão social e resgate da cidadania plena.

O programa atualmente é desenvolvido nas instalações da Igreja Presbiteriana do Brasil em Vila União. A Igreja colocou à disposição da CAF o uso de seus espaços (salas, local de culto, cozinha) para o desenvolvimento das atividades do SASF durante os dias da semana, tornando mais fácil o acesso da população ao local dos encontros.

4.4 SUJEITOS

Os sujeitos dessa pesquisa foram mulheres das famílias cadastradas no SASF da Casa de Assistência Filadélfia.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade superior a 18 anos e que aceitaram o convite para participação das oficinas, comparecendo aos encontros.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA

Os dados dessa pesquisa foram coletados por meio de três oficinas (três encontros) das quais participaram 67 mulheres, comparecendo na primeira oficina 30 mulheres, na segunda, 28 e na terceira, 41. Apenas sete estiveram presentes nas três e 19 compareceram em duas oficinas.

Apesar dos esforços da equipe em realizar ligações telefônicas e entregar convites em mãos, aproveitando a ocasião das visitas domiciliares, para cada uma das mulheres atendidas na primeira oficina, não foi possível assegurar a participação do mesmo público nos três encontros, em razão das peculiaridades do grupo, que estão detalhadas no item 6.1.

As oficinas são caracterizadas pela sua proposta de aprendizagem compartilhada. A pesquisadora deste estudo desempenhou função de moderadora durante a oficina. Cabe ao moderador (coordenador ou facilitador) de oficina acolher os participantes de forma a construir um ambiente que proporcione a comunicação, a confiabilidade, que seja tranquilo e favorável à exposição de ideias, e dessa forma é possível facilitar a abordagem de temas que são carregados de preconceitos, como a sexualidade (Ferraz, 2011; Villela, 1996).

Não duvidar do que é dito durante as atividades e não desqualificar a fala de nenhuma participante estimula o diálogo e faz com que as mulheres se sintam à vontade para perguntar e falar sobre as suas dificuldades e experiências. Dessa forma a oficina atinge o seu objetivo, a construção coletiva do conhecimento (Villela, 1996).

Segundo Vera Paiva (2000), em seu livro *Fazendo Arte com a Camisinha*, a discussão em grupo valoriza o “nós”, onde são discutidas as “nossas dificuldades”, o que torna mais leve a discussão sobre temas delicados, menos culpabilizadora, estimula o diálogo e a cooperação, evitando assim a provável postura de defesa e negação dos participantes diante da temática de prevenção das DST/HIV/Aids.

A mesma autora afirma ainda que o objetivo das oficinas não deve ser

focado na tentativa de mudar o comportamento dos indivíduos “como massinha de modelar”, mas que se deve fomentar a explicitação do sujeito sexual, que ela define como “a dimensão do sujeito que regula vida sexual, em oposição em ser objeto dos desejos e scripts sexuais de outros” (Paiva, 2000, p.51).

Diante dessa perspectiva, foram traçados alguns objetivos para o desenvolvimento das oficinas de intervenção educativa em saúde:

- sensibilização das mulheres para a prevenção das DST/Aids, da promoção da saúde e para o autocuidado;
- aumento da autopercepção de vulnerabilidade diante das DST/Aids (capacidade de identificar situações de risco para poder aumentar sua proteção contra essas doenças);
- socialização de ideias e troca de experiências durante as atividades;
- estímulo da capacidade de desenvolver relações conscientes e negociadas para a atividade sexual;
- estímulo à prática de sexo seguro e protegido;
- ensino dos caminhos de acesso aos insumos de prevenção das DST/HIV/Aids e estimular que as mulheres acessem os serviços para garantir atendimento de saúde nos serviços especializados, acesso à testagem de HIV, aconselhamento, consultas e informações.

As duas primeiras oficinas foram realizadas na forma de intervenção educativa em saúde e a terceira na forma avaliativa, conforme esquema abaixo (Figura 1).

Figura 1 – Esquema de encontros e oficinas

No primeiro encontro utilizou-se a Proposta Triangular do Ensino da Arte de Ana Mae Barbosa. Essa proposta busca desenvolver uma educação crítica do conhecimento construído pela própria comunidade, com a mediação do educador acerca de um mundo que é visual. Por ser muito flexível, essa proposta permite explorar ou interpretar qualquer conteúdo (Barbosa, 1998).

A Proposta Triangular de Ensino da Arte desenvolvida por Barbosa (1998) consiste em três etapas interligadas: o fazer artístico, a leitura da imagem (obra de arte) e a história da arte (reflexão crítica). Essa proposta foi utilizada no Museu de Arte Contemporânea (MAC), da Universidade São Paulo e nas escolas da rede municipal de ensino de São Paulo entre 1989 e 1992.

A Proposta Triangular não é uma metodologia de ensino, e sim uma abordagem que propõe um modo de aprender. Não é um modelo engessado e metódico a ser seguido. Essa abordagem pode ser utilizada em todos os campos do conhecimento e suas etapas não seguem uma ordem pré-determinada. O processo pode ser feito em diferentes caminhos, ir e voltar no percurso das etapas, principalmente se considerarmos que a reflexão

está implícita em cada uma delas (Barbosa, 1998). Na oficina realizada para esta pesquisa, pudemos visualizar as etapas da seguinte forma: ver a imagem / refletir / fazer / refletir / contextualizar / refletir.

Para a etapa da leitura de obra de arte, foi eleita uma obra de Gustav Klimt.

Figura 2 – Gustav Klimt.

Fonte: ww.elpais.cr/frontend/noticia_detalle/7/62940

Gustav Klimt (1862 – 1918) nasceu em Baumgarten, próximo a Viena. Seu pai, Ernst Klimt foi um cinzelador conhecedor de várias técnicas (Rogoyska; Bade, 2011). Klimt foi um artista simbolista austríaco, e ficou conhecido por sua visão sobre os aspectos da vida e da morte, da existência humana, carregada de simbolismo, cujas obras remetem ao sentido de “quebra de tabus”. Suas obras tratam da beleza, da sensualidade e do erotismo. O conteúdo de suas obras praticamente não faz referência aos eventos externos, ele esforçou-se para criar um mundo onde a beleza é dominante acima de todas as coisas (Rogoyska; Bade, 2011).

Para a oficina foi selecionada a obra *Danaë*⁶, de 1907 (Figura 3), tendo sido escolhida devido à riqueza de detalhes de ornamentação: tecidos, enfeites, figuras femininas, formas embrionárias e gametas. A obra tem como tema principal a mulher, a sensualidade e a fecundidade – aspectos propícios para a discussão que se pretendeu fomentar.

Figura 3 – *Danaë*, 1907. Gustav Klimt

Fonte: <http://classicartblog.blogspot.com.br>

O padrão das cores utilizado por Klimt foi profundamente influenciado pela arte japonesa, pela arte do antigo Egito e pela arte bizantina de Ravena. A perspectiva bidimensional de suas pinturas e o padrão frequentemente estilizado de suas imagens dão forma às obras

⁶ Em decorrência do lapso temporal desde o falecimento do artista plástico Gustav Klimt (6 de fevereiro de 1918) a obra intitulada *Danaë* é considerada de domínio público, nos termos do Acordo Sobre Direitos Autorais (Sistema de Atos Internacionais, 1965) firmado entre Brasil e Áustria em 21 de dezembro de 1965 e da legislação brasileira (Lei n.º 9.610/98).

Atualmente, no ordenamento jurídico brasileiro, os direitos patrimoniais do artista perduram por setenta anos contados de 1º de janeiro do ano subsequente ao seu falecimento (art. 41 da Lei 9.610/98). Nos termos da legislação austríaca então vigente e do acordo firmado entre os dois países em 1965, a proteção vigorou por 57 anos, *post mortem auctoris*.

impregnadas de sensualidade, onde a figura da mulher, acima de tudo, reina suprema (Rogoyska; Bade, 2011).

A segunda oficina - intervenção de educação em saúde – foi realizada com o apoio de materiais técnicos como vulva e modelo peniano de silicone e álbuns seriados, para discutir as funções e nomes científicos das partes íntimas do corpo do homem e da mulher.

Foram abordados temas em relação ao direito ao acesso aos serviços de saúde, acesso aos insumos de prevenção das DST/Aids e outras demandas de saúde, indicando a procura por serviços de saúde localizados no território.

As oficinas de Arte/Educação em saúde possibilitaram identificar os contextos de vulnerabilidade ao HIV e analisar de que forma estas oficinas possibilitaram esta expressão. A terceira oficina foi realizada no molde das primeiras, com o objetivo de discutir e avaliar o aprendizado durante as duas oficinas anteriores.

As oficinas foram filmadas, gravadas e as falas das mulheres transcritas, bem como produzidos outros materiais como fotos e relatórios. Todo o material produzido (incluindo a produção artística das mulheres) compôs o *corpus* de pesquisa.

4.6 ANÁLISE DE CONTEÚDOS

A transcrição das filmagens contendo a fala das participantes foi decodificada pela técnica de análise do discurso proposta por Fiorin e Savioli (1991), fundamentada na Teoria de Greimás ou Teoria da Geração de Sentidos do Texto, que permite a depreensão de frases temáticas (Fiorin, 1989).

Na análise da transcrição das falas das mulheres, foram identificadas as figuras presentes e os temas, ou seja, os elementos

concretos e os abstratos. As figuras, segundo Fiorin e Savioli (1991), são palavras ou expressões referidas à fala concreta, ou seja, os verbos que indicam atividades físicas e os adjetivos que indicam qualidades físicas. Os temas são palavras ou expressões que contém elementos que organizam, categorizam e ordenam a realidade percebida. Os temas dão sentido às figuras e evidenciam os sentidos e significados de cada ação contida nos discursos. No texto, todos estes elementos estão relacionados, e desta forma, encontrar o sentido de figuras encadeadas é encontrar o tema subjacente a elas.

Então, foi realizada a desconstrução e reconstrução do material, partindo do concreto (estrutura narrativa), decodificando-o na estrutura de sentidos subjacentes ao texto, na forma de frases temáticas. As frases temáticas foram agrupadas segundo os indicadores qualitativos de vulnerabilidade e foi realizada sua leitura exaustiva. Então, buscou-se perceber quais temas relacionados à vulnerabilidade às DST/Aids estavam evidentes nas falas das participantes e que correspondiam à escala de autoavaliação de vulnerabilidade individual proposta por Mann et al. (1993), acima descrita no item 4.2. As frases temáticas foram divididas por oficina realizada, numeradas de 1 a 3, da seguinte forma: (OF1), (OF2) e (OF3) (Apêndice B).

Em seguida, o material foi analisado agrupando-se as frases temáticas cujas figuras e temas correspondiam aos marcadores de vulnerabilidade equivalentes. Esta etapa caracterizou a reconstrução do material.

A efetividade das oficinas de arte/educação foi avaliada analisando se foi possível, por meio da proposta das oficinas, problematizar os contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids.

Para a discussão foram pesquisados nas frases temáticas referentes às três oficinas as figuras e os temas que correspondem às pré-condições de diminuição da vulnerabilidade, e que respondem à escala de autoavaliação da vulnerabilidade individual proposta por Mann et al. (1993). Nas falas das participantes puderam-se encontrar expressões acerca de sua

autopercepção de vulnerabilidade partindo do conceito de vulnerabilidade mínima.

O agrupamento das frases de acordo com as percepções das mulheres acerca de suas condições para a diminuição da vulnerabilidade permitiu a discussão acerca dos aspectos referentes às negociações de práticas sexuais e do uso do preservativo; à adoção de práticas de sexo seguro; à consciência sobre a vulnerabilidade às DST/Aids do(s) parceiro(s) sexual(is) no passado e no presente; ao número de parceiros sexuais; à consciência dos modos de risco de transmissão sexual e prevenção das DST/Aids; à consciência do risco da transmissão vertical; à autoestima; ao uso das drogas; e à responsabilidade pelo(s) parceiro(s) sexuais, familiares e descendentes.

De acordo com as percepções das mulheres acerca das mudanças sociais necessárias para diminuir sua vulnerabilidade, foram discutidos os aspectos referentes ao direito à prevenção, ao acesso à informação, à ampliação do acesso aos insumos de prevenção, ao acesso ao diagnóstico e tratamento e a um ambiente social adequado.

5 Aspectos Éticos

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi realizado observando-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Esta pesquisa envolve seres humanos, conforme item II.2 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996):

(...) pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (...) (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Foi explicado verbalmente às participantes acerca da pesquisa e sua metodologia. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo A), autorizando o uso das informações coletadas no momento das oficinas. Foi informado que poderiam desistir a qualquer momento de participar do estudo.

No TCLE constam as informações de contato da pesquisadora. Os nomes das participantes não foram mencionados na pesquisa e toda informação que pudesse identificá-las ficou mantida em sigilo.

Os autores deste estudo preenchem os critérios de autoria, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, como parte de um procedimento eticamente adequado, baseado na fidelidade que deve existir entre os membros do grupo que realiza pesquisas em conjunto. Os participantes assumem a responsabilidade intelectual e científica pelo estudo (Conselho Federal de Enfermagem, 2007).

Esta pesquisa foi submetida à aprovação e revisão do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP – EEUSP), cuja finalidade é avaliar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando a dignidade e a proteção dos sujeitos de pesquisa (Anexo B).

6 Resultados e Análise

6 RESULTADOS E ANÁLISE

6.1 QUEM SÃO AS MULHERES

As mulheres atendidas nas oficinas tinham entre 18 a 76 anos de idade (média de 38 anos). Das 67 mulheres, 45 eram solteiras, 15 casadas, quatro separadas e três viúvas. As mulheres tinham até 10 filhos, em média 2,5 filhos por participante. Seus filhos tinham idades de 01 a 40 anos (média de 9 anos).

As famílias eram constituídas por até seis pessoas morando na mesma casa. As casas possuíam de um a quatro cômodos, porém, a maioria das mulheres (31 delas) morava em casas de apenas um cômodo e apenas uma morava em uma casa de quatro cômodos. Das moradias, 45 eram de alvenaria e 22 do tipo mista (uso de alvenaria e madeira na construção).

A menor renda familiar encontrada foi de R\$32,00 e a maior R\$1.500,00. Em média, a renda das famílias das mulheres atendidas era de R\$528,76. Das 67 mulheres, 50 estavam desempregadas e apenas 17 realizavam alguma atividade remunerada. Considerando que as oficinas foram realizadas em horário comercial, era esperado que participassem mulheres sem vínculo empregatício.

Quanto à escolaridade, 26 mulheres cursaram o ensino infantil completo, 31 mulheres o ensino fundamental completo, e apenas 10 completaram o ensino médio. Das mulheres atendidas, 36 eram donas de casa, 16 eram faxineiras, três eram ajudantes de cozinha e outras, em menor número, eram embaladoras, artesãs, babás, uma balconista, uma recepcionista, uma arrumadeira, uma trabalhava como segurança, uma era estudante e uma aposentada.

Assim como citado no item 4.5, das mulheres atendidas, apenas sete participaram dos três encontros. Na terceira oficina, das 41 mulheres

que compareceram 20 participavam pela primeira vez de uma oficina na CAF.

Na ocasião de pesquisa realizada em 2010 na mesma organização e com mulheres que participavam desse mesmo projeto, pudemos contar com um cenário diferente do atual. Naquele ano, as mulheres que participaram da pesquisa já possuíam vínculo com a organização há mais de um ano, seus filhos eram atendidos em oficinas de educação em sexualidade nas escolas públicas da região pela equipe do projeto *Meu Corpo, Meu Bem*, o que caracterizava o atendimento em rede na organização. As mulheres conheciam a pesquisadora devido às oficinas de saúde da mulher que já vinham sendo desenvolvidas na instituição, conheciam pelo nome cada agente de proteção social do projeto SASF, que rotineiramente, visitavam suas casas.

No início de 2012, muitas famílias deixaram o projeto, pois uma área de moradia na comunidade do entorno da CAF, onde viviam muitas dessas famílias, foi desocupada pela prefeitura. Devido ao valor do auxílio aluguel dispensado para as famílias retiradas das áreas de risco, as famílias tiveram que se mudar para outros bairros distantes, outras periferias da cidade, até mesmo para outras comunidades carentes.

Na mesma época, o projeto SASF foi reestruturado, e todas as famílias foram cadastradas. As oficinas dessa pesquisa, que estavam agendadas para o início do ano, tiveram de ser adiadas. O cadastramento das famílias é um longo processo que exige muito empenho da equipe do projeto SASF, que visita cada moradia na comunidade na área de abrangência.

Quando enfim o projeto começou a receber as famílias na organização para as primeiras reuniões socioeducativas, deu-se início às oficinas referentes a esta pesquisa.

Pudemos perceber no decorrer das atividades uma grande diferença acerca da participação das mulheres, se comparada à ocasião da pesquisa desenvolvida em 2010. Naquele ano, as mulheres estavam muito envolvidas com as atividades na organização, foram realizadas nove oficinas em três

dias e atendidas oitenta e quatro mulheres, que responderam prontamente ao chamado para participar das atividades. As mulheres foram muito participativas e ativas nas discussões, e o tempo disponibilizado para cada oficina parecia curto para tanto entusiasmo e vontade de compartilhar. Ao final de cada oficina, as mulheres ainda dedicavam um tempo para conversar com as colegas antes de irem embora, em um momento de confraternização entre equipe e comunidade.

Já nas oficinas referentes a este estudo, a equipe deparou-se com alguns desafios, pois o convite para as oficinas de saúde da mulher causou estranheza para as mulheres recém-chegadas ao projeto. Na primeira oficina foi enfatizada pela pesquisadora a importância de participar dos três encontros, que seriam realizados em meses consecutivos – março, abril e maio.

Na ocasião da realização da segunda oficina, em abril, a equipe da prefeitura solicitou o horário da reunião socioeducativa para falar às famílias. A segunda oficina foi adiada em um mês. Portanto, as oficinas foram realizadas em março, maio e junho. Entre a primeira oficina e a segunda, passaram-se dois meses. Todos esses eventos somados (famílias recém-cadastradas, oficinas muito espaçadas, receio em participar de algo novo, estranheza acerca do desconhecido) acarretaram a inconsistência da participação das mulheres nos encontros e nos fizeram pensar a importância do vínculo da comunidade com a organização para o sucesso das atividades propostas.

Como consequência, tivemos a participação de mulheres diferentes em cada atividade e o reflexo disso pode ser observado em cada oficina. Algumas mulheres que conheciam a CAF há mais tempo compareceram nas três oficinas propostas.

6.2 PRIMEIRA OFICINA – A SAÚDE E A PROPOSTA TRIANGULAR DO ENSINO DA ARTE

A primeira oficina teve início com uma apresentação em que cada uma das mulheres disse seu nome. Destacou-se a importância de se apresentarem cada qual com seu nome, o que reforça a identidade e a individualidade de cada uma.

Foi solicitado que identificassem que parte de seu corpo mais gostavam ou admiravam. Este início possibilitou um clima de descontração, propício para a troca de experiências e construção do conhecimento em grupo.

Falou-se sobre a beleza que há nas diferenças, sobre a importância de se conhecer e poder dizer o que gosta em si mesma. Dessa forma, desde o início da oficina, pôde-se resgatar a importância do autoconhecimento, de reconhecer o valor do corpo, que merece ser notado, conhecido, para depois discutir que esses são os primeiros passos para que então o corpo possa ser cuidado e protegido. É sabido que aqueles que possuem autoestima prejudicada estão mais propensos a aumentar a sua vulnerabilidade diante de situações de violência ou de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (Cechim et al., 2007; Gubert et al., 2010).

Algumas mulheres mais extrovertidas logo disseram sobre o que apreciavam em seu corpo, como seios, nádegas, etc. Quando citaram essas partes, algumas mulheres ficaram encabuladas, mas a maioria riu e demonstrou divertimento com a situação. Outras referiram não gostar de nada, ocasiões em que se reforçou algo que se podia notar de belo na participante.

O belo, cuja busca no corpo se procurou incentivar, possui conceito com significação histórica, entendido como um sentimento flutuante, que apresentou ao longo da história manifestações incertas e até desconcertantes (Read, 1978). O conceito de beleza é relativo e a arte não possui uma ligação necessária com a beleza (Read, 2007).

Segundo Read (2007) a arte pode ser definida de forma simples como “a tentativa de criação de formas agradáveis”, ou seja, a arte é aquilo que gera sensações de prazer. As concepções errôneas sobre a arte advêm da falta de coerência do emprego dos conceitos “arte” e “beleza”. Ou seja, é comum supor que toda a arte é bela, ou que tudo o que é belo é arte e ainda que o que não é belo não pode ser arte. O autor enfatiza que essa concepção sobre arte embasa toda a dificuldade em apreciação da arte, mesmo às pessoas mais sensíveis às impressões estéticas (Read, 1978).

Partindo desses conceitos, em que arte se expressa em tentativas de criar formas agradáveis aos sentidos, e que a beleza é um sentimento, pode-se concluir que o que é belo depende da percepção de quem vê. Dessa perspectiva, na oficina, toma-se a beleza como a qualidade dos corpos que despertam o amor, a paixão, ou um sentimento de satisfação que surge na mente de quem contempla algo que é belo (Lichtenstein, 2004). Apesar dos padrões elevados de beleza física impostos pela mídia e sociedade na atualidade, sempre é possível encontrar algo belo em cada uma das participantes da oficina. Com esta atividade iniciou-se o exercício para mudar o olhar sobre o que é belo, a aguçar a percepção e perceber os sentimentos, e então colocar em prática na leitura de imagem.

Na etapa da **Leitura de Obra de Arte**, quando foram apresentadas à obra de Klimt, *Danaë*, as participantes foram instruídas a observar atentamente a figura, percebendo todos seus detalhes e aspectos (cores, formas, figuras contidas na imagem, plano de fundo), a prestar atenção ao que sentem e ao que são remetidas em sua memória ao observar a imagem. Nesse momento, foram orientadas a não comentar com o grupo o que observavam, sentiam ou lembravam ao ver a imagem, para não influenciar as demais participantes em sua leitura. Foi enfatizado, que nesse exercício de observação não há julgamento de valor, não há certo ou errado, apenas a necessidade da percepção dos próprios sentimentos diante da obra de arte.

Após a leitura de obra de arte, passou-se ao **Fazer Artístico**. Não foi aberta discussão sobre a imagem nesse momento, para que as percepções de cada participante não influenciassem a produção artística das demais. As

participantes receberam materiais como argila, palitos de madeira e apoio plástico a fim de esculpirem um corpo feminino, com uma única restrição: não encobrir o corpo com vestes. Foi enfatizado que não era necessário produzir uma cópia como a imagem apresenta a figura da mulher, na forma como o artista a idealizou. Foram orientadas a expressar em sua escultura os sentimentos ou lembranças a que foram remetidas quando da leitura da obra de arte.

Algumas mulheres demonstraram insegurança no momento de trabalhar com a argila e desenharam sobre o apoio plástico uma imagem “chapada”, bidimensional, explorando pouco o uso do material fornecido. Foram então instruídas quanto à técnica básica de construção de escultura – realização do corpo em forma tridimensional, com uso de maior quantidade de material.

Foi explicado às mulheres que o objetivo desta atividade não era de fazer uma escultura perfeita, até mesmo pelo curto tempo de duração da oficina e por não ter sido ensinada uma técnica de esculpir ou modelar. Elas receberam apenas algumas instruções para a construção do corpo feminino. Foi ressaltado que o objetivo dessa atividade era a reflexão e a diversão.

Muitas mulheres se sentiram desconfortáveis ao se depararem com o desafio de criar algo que pudesse ser questionado ou julgado posteriormente. Na experiência da equipe com oficinas, em qualquer faixa etária, pode-se observar esse fenômeno, geralmente fruto de críticas recebidas anteriormente pelos participantes ao se arriscar a produzir algo.

Materiais como borrachas e réguas não são oferecidas nas oficinas, com o intuito de não impor a necessidade de produzir algo naturalista, com traços perfeitos. Isso causa espanto, principalmente nas crianças, que inicialmente não aceitam desenhar sem a possibilidade de correção. Por meio da experiência de atendimento nas escolas do entorno da instituição, a equipe pôde perceber que durante a vida escolar, as produções artísticas são costumeiramente julgadas, corrigidas e é atribuído o seu valor (a nota final, o conceito), e isso traz restrições ao uso da imaginação e aproveitamento da atividade.

Os produtos do fazer artístico expressam a cultura e a subjetividade do indivíduo. Por isso, julgar ou avaliar esse produto é extremamente delicado e pode acarretar um bloqueio expressivo para toda a vida (Arslan, 2006).

A oficina possibilita compartilhar as experiências durante o desenvolvimento das atividades, então, desenvolve-se um sentido colaborativo, de aceitação. Uma das participantes mostrou de forma espontânea ao grupo uma maneira de iniciar a atividade proposta, modelando uma esfera. As mulheres foram incentivadas pela pesquisadora a aproveitar a atividade, realizando-a como conseguissem, interagindo com o material de forma a usufruir do momento como uma oportunidade de descontração lúdica. Houve muito riso durante a construção do corpo feminino e as participantes compararam os resultados dos trabalhos umas das outras, sem o sentido avaliativo sobre a produção.

As mulheres notaram uma escultura em particular, de uma das participantes, que se destacou pelas formas e riqueza de detalhes. A mulher na escultura está sentada sobre uma base (OF1/44) (OF1/78) (OF1/79).

Figura 4 – Escultura mulher sobre base de argila.
Fonte: Arquivo Casa Filadélfia.

As demais pediram que ela as ensinasse a utilizar o material. Essa participante comentou que possui habilidade para trabalhar com a argila, pois quando criança costumava brincar com o mesmo material: “eu fazia panelinha, cuscuzeira, essas coisas!” (OF1/25). O uso do material proporcionou revisitar lembranças da infância, reveladas em suas falas: “eu brincava em terreno baldio!”, “eu brincava de casinha!” (OF1/26) (OF1/27). Outra participante pediu à pesquisadora para levar argila para casa, e assim poder compartilhar dos mesmos momentos com os filhos pequenos (OF1/28). Este momento resgatou sentimentos prazerosos, reconhecidos na fala entusiasmada e alegre, não relacionados à obra em si, mas ao contato com o material.

Cada participante teve a oportunidade de apresentar sua produção artística (etapa da **reflexão crítica**), explicando como foi feita e comentando com o grupo o que veio à mente e ao coração ao observar a imagem de Gustav Klimt. A pesquisadora solicitou que todas ouvissem respeitosamente a opinião de cada uma, de forma que cada participante pudesse expressar sua opinião sobre a imagem livremente, e que todas aceitassem os diferentes olhares sobre a mesma imagem.

Enquanto algumas mulheres terminavam sua escultura, as demais foram convidadas a iniciar a conversa sobre o que pensaram sobre a imagem no momento da observação e comentar sobre o momento do fazer artístico também.

Em estudo anterior (Ferraz, 2011), ao realizar esta atividade com as mulheres da mesma comunidade em questão, a pesquisadora pôde observar que elas traziam em suas falas muito de seu repertório de vida e do contexto de onde vivem. As participantes presumiam por muitas vezes que a mulher na imagem encontrava-se em alguma fase do período gestacional ou sofrendo devido a algum agravo relacionado à gestação. Algumas relataram que passaram muitos anos de suas vidas grávidas, e a imagem as faziam lembrar estes momentos. Uma das participantes chegou a modelar uma mulher que acaricia a sua barriga.

No presente estudo, não foi diferente. Algumas mulheres

imaginaram que a mulher na imagem estaria triste com a perda de um bebê (OF1/29) (OF1/60) (OF1/71) ou ainda, que se parecia com um bebê dentro do útero (OF1/30).

Figura 5 – Escultura mulher grávida.
Fonte: Arquivo Casa Filadélfia.

Durante as atividades de leitura de obra de arte e fazer artístico, pôde-se observar nas falas das participantes a influência do repertório de vida cotidiana de cada uma (OF1/51) (OF1/56) (OF1/58) (OF1/60) (OF1/88) (OF1/94) (OF1/96) (OF1/105) (OF1/107). Uma delas enfatizou que “a bonequinha” está precisando de um abraço, modelado numa escultura representando uma mulher de braços estendidos (OF1/88).

Figura 6 – Escultura mulher com os braços estendidos.
Fonte: Arquivo Casa Filadélfia.

A forma como se expressaram, suas histórias e repertório de conhecimento foram respeitados, e todas foram ouvidas com consideração. O pedido por respeito foi reafirmado pelas participantes e todo o grupo ouviu cada relato e fala com a devida atenção. A oportunidade de expor as opiniões e falar ao grupo enquanto todos ouviram atentamente proporcionou a experiência de se sentir aceito e respeitado diante do grupo.

Durante as oficinas buscou-se assegurar um ambiente tranquilo e favorável à exposição de ideias, facilitando a abordagem de temas e assuntos muitas vezes carregados de preconceitos e tabus, como as questões que envolvem a sexualidade. Pôde-se testemunhar um vasto repertório de vida, de histórias e informações condizentes com a realidade da comunidade de onde moram.

Ainda que tenha sido oportunizada condição para um ambiente descontraído, pôde-se perceber certa resistência de algumas mulheres em compartilhar sobre o que pensam e sentem diante do grupo. Uma delas disse: “não, ela não me lembrou de nada!”, e outra afirmou: “acho apenas que ela está com calor e eu gostei de fazer”, encerrando o assunto (OF1/66) (OF1/86).

Algumas participantes expressaram em suas esculturas o que pensam sobre seu corpo dizendo: “gordinha assim, parece comigo!” ou ainda “eu me fiz com tudo o que eu não tenho” (mas que gostaria de ter,

como seios grandes, abdome com músculos definidos) (OF1/34) (OF1/37) (OF1/41). Outra aproveitou o momento de apresentar o seu trabalho para dizer como se sente: “Ela está magoada, (...) por causa da dona da bonequinha” (OF1/51).

Ao observarem a reprodução de *Danaë*, as mulheres disseram tratar-se de uma pessoa muito triste, em estado de abandono ou que sofreu alguma forma de violência e estaria machucada (OF1/29) (OF1/31) (OF1/42) (OF1/47) (OF1/49) (OF1/51) (OF1/52) (OF1/54) (OF1/57) (OF1/60) (OF1/65) (OF1/71) (OF1/82) (OF1/88) (OF1/94) (OF1/95) (OF1/96). Algumas disseram não ter gostado da imagem pela percepção de tristeza que tiveram ao observá-la (OF1/29) (OF1/42) (OF1/49) (OF1/52) (OF1/57) (OF1/60) (OF1/82) (OF1/88). Mesmo reconhecendo a percepção de tristeza da imagem, algumas destacaram sua beleza, apreciando a imagem e construindo na leitura da obra uma escultura que caracterizava alegria (OF1/71) (OF1/82).

Danaë é a caracterização da sensualidade da mulher e estão presentes na figura ornamentações como tecidos, enfeites, formas embrionárias e gametas, representando a sensualidade e fecundidade. Algumas mulheres puderam perceber o desejo de expressão do artista e descreveram detalhes da imagem que evidenciavam sua intenção, comparando-a a uma modelo em pose (OF1/43), a expressão de um momento de prazer (OF1/45) (OF1/74), detalhes sobre as cores e tecidos (OF1/59) (OF1/89) (OF1/90), detalhes dos seios, cabelos, a presença de adornos (OF1/38) (OF1/93) (OF1/98) (OF1/101) (OF1/102). As mulheres fizeram suposições quanto à inspiração do artista (OF1/92) e uma delas percebe que tem algo que “sai da mulher”, atentando para o detalhe da chuva dourada que “talvez signifique alguma coisa” (OF1/45).

Uma questão debatida no grupo foi o posicionamento das mãos de *Danaë*. A imagem despertou a imaginação de algumas mulheres que afirmaram que ela estaria se tocando, conhecendo o próprio corpo, ou ainda sentindo prazer (OF1/35) (OF1/45) (OF1/47) (OF1/50) (OF1/98) (OF1/99) (OF1/100). Uma delas justifica a face avermelhada na imagem: “penso que é

excitação, e pela forma como ela está, com esses panos, é tudo erótico” (OF1/77); outra: “Penso que ele fez uma mulher se tocando. Ela está assim olha: tem uma mão pegando nos seios, e a outra está embaixo (...) ela está se tocando!” (OF1/97). Outras discordam, argumentando que se a mulher estivesse mesmo sentido prazer, não estaria triste (OF1/47) (OF1/49) (OF1/52).

Algumas mulheres disseram pensar ser importante e necessário que a mulher conheça o próprio corpo, para a prevenção de doenças e cuidado com o corpo (OF1/36) (OF1/104) (OF1/106) (OF1/107). Uma delas rebate: “na nossa criação não é assim, a mulher foi orientada a não se conhecer. O mais importante pra mulher é amar a si mesma” (OF1/105).

Foi possível perceber que a nudez da mulher despertou opiniões divergentes e certo desconforto. Algumas sentiram falta de vestimenta que cobrisse seu corpo (OF1/38) (OF1/103), algumas imaginando um contexto de modelo vivo (OF1/43) (OF1/74), outra, que ela acabara dormindo sem as roupas após sofrer violência (OF1/54), ou ainda, que se deitou após ter saído do banheiro com dor (OF1/95). Uma participante ressaltou que o rubor no rosto da mulher refere-se à vergonha sentida pela falta das vestes (OF1/73).

Compartilhando com as mulheres sobre Gustav Klimt, que gostava de pintar mulheres de forma sensual, elas foram convidadas a pensar como foi para o artista naquela época produzir uma obra de uma mulher nua. Foram discutidos os padrões de beleza de hoje (mulheres magras, com músculos definidos) e sobre os padrões de beleza da época de Klimt, que podem ser observados na representação de uma mulher volumosa na obra de arte (OF1/91).

Chegou-se a conclusão de que aquela mulher na imagem representa o padrão de beleza da época no olhar do artista. As mulheres foram convidadas a refletir sobre as técnicas utilizadas pelo artista, que produziu em 1907 uma tela com uma imensa riqueza de detalhes, onde até mesmo formas embrionárias podem ser observadas.

Algumas participantes demonstraram inquietação e

descontentamento sobre a obra de Klimt, indagando: “mas você não vai dizer o que é?” e “então não vamos saber o que ela está fazendo aqui?” (OF1/121) (OF1/120). Diante da diversidade de opiniões discordantes que surgiram no decorrer da atividade a respeito daquela mulher, as participantes pediram uma explicação sobre o que, afinal, estava fazendo a mulher na imagem, já que foram levadas a usar a imaginação para pensar a respeito.

Foi discutido que não há certo ou errado na interpretação de uma imagem e que existem apenas olhares diferentes sobre a mesma obra. O artista manifesta em sua obra seus sentimentos, suas emoções, suas ideias, e acaba por estimular as mesmas instâncias da consciência de quem a observa, gerando um significado diferente acerca da imagem para cada um.

Ao final das oficinas, abriu-se oportunidade às participantes para que expusessem suas opiniões sobre as atividades desenvolvidas. Muitas expressaram contentamento (OF1/108) (OF1/109) (OF1/110) (OF1/111) (OF1/118), tendo uma delas citado: “eu não queria ter vindo, mas agora eu gostei!” (OF1/119).

Essa primeira oficina foi realizada no período da tarde, em um mês que costuma chover muito nesse horário. Ao final da oficina, as mulheres já demonstravam inquietação, olhando para a janela de onde era possível observar o mau tempo. Muitas moravam em casas localizadas nas proximidades de um córrego na comunidade, onde costumeiramente a água invade as residências (nem todas são de alvenaria).

As esculturas foram etiquetadas e guardadas em local seguro para secar. Foi enfatizada a importância da participação das mulheres nos próximos encontros, e então as participantes despediram-se da pesquisadora agradecendo pela oficina.

6.3 SEGUNDA OFICINA - INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na segunda oficina, conforme comentado anteriormente, muitas das mulheres que compareceram a esta, não haviam participado da primeira, apesar dos esforços da equipe em realizar ligações telefônicas para cada uma delas e entregar convites em mãos, aproveitando a oportunidade das visitas de rotina dos agentes de proteção social do projeto SASF. Algumas mulheres chegaram após o horário marcado, quando já iniciada a oficina.

Foram repetidas as instruções iniciais realizadas na primeira oficina, sobre os objetivos, TCLE, fotos, filmagens, etc. A dinâmica de aquecimento foi repetida e da mesma forma gerou bons resultados, ou seja, possibilitou um clima de descontração, propício para a troca de experiências e construção do conhecimento em grupo. Foram recapituladas as atividades da oficina anterior, para retomada da discussão a partir deste ponto.

Algumas lembraram que foram colocadas diferentes opiniões sobre a mulher na obra de Klimt (mulher triste e chorando, mulher que apanhou, mulher se tocando, etc.) (OF2/1) (OF2/2) (OF2/3) (OF2/4) (OF2/5) (OF2/6) (OF2/8) (OF2/9) e iniciou-se a discussão por identificar se havia tentativa de encobrir os seios com a mão, se apenas a repousava sobre o corpo ou ainda, se estava se tocando (OF2/7) (OF2/10).

As mulheres comentaram sobre a importância de alguns aspectos observados por elas na imagem: sobre a autoestima, a vaidade, sobre a necessidade de conhecer a si mesma e sua sexualidade (OF2/1) (OF2/2) (OF2/3) (OF2/4) (OF2/5) (OF2/6) (OF2/7) (OF2/8) (OF2/9) (OF2/10) (OF2/11). As mulheres demonstram descontração com a discussão e levantam a hipótese do artista ter utilizado uma modelo nua (OF2/12).

Foi ressaltado que na oficina anterior, após discutir-se sobre as opiniões acerca do contexto da mulher na imagem, foi pontuado que não há certo ou errado na leitura de obra de arte, que cada opinião deve ser levada em consideração, que se pode discutir sobre o contexto da imagem e que

não há necessidade de consenso.

Foram explicados os objetivos da oficina: conhecer as partes íntimas do corpo, conhecer o que são as DST/Aids e identificar formas de proteção e cuidado do corpo feminino.

A partir da consideração de que é mais fácil identificar sinais e sintomas de doenças quando se conhece o funcionamento e estrutura do organismo humano, nesta oficina foram desenvolvidas atividades com o apoio de materiais técnicos (modelos de silicone representando uma vulva e um pênis⁷; álbuns seriados *Planejamento Familiar e Reprodutivo e DST*; camisã⁸ e pranchas com corpos masculino e feminino⁹), para discutir as funções e nomes científicos do aparelho sexual e reprodutivo do homem e da mulher.

Figura 7 – Modelos de silicone: pênis e vulva.
Fonte: www.seminaeducativa.com.br

⁷ Utilização das imagens autorizada para este estudo por meio de comunicação eletrônica.

⁸ Reprodução de preservativo masculino confeccionado em tecido, em tamanho grande para vestir uma pessoa adulta.

⁹ Materiais educativos utilizados nos projetos da CAF adquiridos da empresa Semina Educativa e Instituto Claves.

Figura 8 – Álbuns seriados *Planejamento Familiar e Reprodutivo* e *Doenças Sexualmente Transmissíveis*.

Fonte: www.seminaeducativa.com.br

Figura 9 – Aparelho reprodutor feminino.

Fonte: Álbum seriado *Planejamento Familiar e Reprodutivo* (Semina Educativa).

Figura 10 – Aparelho reprodutor masculino.
 Fonte: Álbum seriado *Planejamento Familiar e Reprodutivo* (Semina Educativa).

Figura 11 – Camisão.
 Fonte: www.seminaeducativa.com.br

Figura 12 – Prancha corpo feminino.
 Fonte: Arquivo Casa Filadélfia - material Instituto Claves.

Figura 13 – Prancha corpo masculino.
 Fonte: Arquivo Casa Filadélfia - material Instituto Claves.

Para dar início à conversa sobre as estruturas do corpo da mulher, a pesquisadora perguntou o que foi modelado em argila na oficina anterior. As participantes lembraram-se das partes do corpo esculpidas (OF2/13) (OF2/14). Uma das participantes disse: “teve escultura até com o lado do avesso!” (OF2/15), e foi complementada por outra: “fizemos o ânus!”,

ênfatizando que foram modeladas todas as estruturas externas do corpo em seus detalhes (OF2/16).

Ao apresentar o modelo de vulva de silicone, a pesquisadora indagou às participantes qual o nome daquela parte do corpo, iniciando assim uma discussão sobre os apelidos atribuídos às partes íntimas do corpo do homem e da mulher. As mulheres avaliaram que há apelidos “horríveis”, sempre em forma de palavras obscenas (OF2/47) (OF2/48). A pesquisadora problematizou com as participantes sobre os motivos pelos quais se costuma apelidar as partes íntimas do corpo. Na opinião de uma delas, são utilizados apelidos quando se desconhece o nome correto ou por vergonha (OF2/26) (OF2/49).

Foi lembrado que esses apelidos são comumente usados em músicas populares da atualidade, exemplificando com o *funk*, indicando que há um processo de vulgarização (OF2/51) (OF2/52). Mencionaram que as próprias mulheres apreciam as músicas e as dançam o que, em suas opiniões, motivaria os homens a taxá-las como mero objeto sexual, diminuindo seu valor e até aumentando sua exposição às violências e doenças (OF2/53) (OF2/55) (OF2/56). Dessa forma, foi discutido no grupo como o uso dos apelidos desvaloriza o corpo e a mulher de uma forma geral.

Debateu-se com as mulheres a importância de conhecer o próprio corpo e o seu funcionamento, o que colabora para a detecção precoce de sinais e sintomas das doenças e atribui o devido valor e respeito ao corpo. Foram apresentados os nomes científicos e as funções do aparelho sexual e reprodutivo do homem e da mulher com ajuda do material técnico, que traz em seu conteúdo imagens didáticas.

Um ponto de discussão no grupo foi a dúvida em relação à constituição da genitália externa da mulher (OF2/17) (OF2/18), a diferença entre vagina e vulva. Elas próprias, com suas palavras, explicaram as estruturas que compõe a vulva e discorreram sobre suas funções (OF2/39) (OF2/40) (OF2/41) (OF2/42) (OF2/43) (OF2/45) (OF2/46). Algumas ressaltaram a importância na observação das estruturas, sugerindo a utilização do espelho (OF2/37) (OF2/38).

Demonstrando desconhecimento sobre as estruturas dos genitais, uma delas perguntou se é possível ter relações sexuais pela uretra, explicando que ficou ansiosa em uma ocasião de internação hospitalar onde teve que usar uma sonda vesical (OF2/19). As mulheres demonstraram surpresa ao descobrir quantas funções e estruturas há na vulva e demonstram satisfação nesse aprendizado (OF2/35) (OF2/36) (OF2/44) (OF2/65) (OF2/66) (OF2/67).

Ao dar início às explicações sobre o corpo masculino, fizeram comparação com o feminino, considerando que no homem há menos estruturas externas do que no corpo feminino (OF2/24). As mulheres demonstraram curiosidade e atenção com o assunto. Uma das mulheres não conteve o riso quando viu o modelo peniano, segundo ela, visto pela primeira vez.

Na explanação sobre as funções das estruturas que compõem o aparelho reprodutor masculino, foram feitas inúmeras perguntas, por exemplo, sobre vasectomia, ereção, espermatogênese e uretra masculina (OF2/27) (OF2/28) (OF2/29) (OF2/30) (OF2/30) (OF2/31) (OF2/32) (OF2/33) (OF2/34). Em suas falas, foi ressaltada a importância da manutenção da higiene adequada das genitálias masculina e feminina na prevenção das doenças, assim como a infecção do trato urinário (OF2/22) (OF2/23) (OF2/64).

Ao indagar sobre o que é uma DST, surgiram diversas respostas (OF2/57) (OF2/58) (OF2/59) (OF2/60) (OF2/61) (OF2/62), causando riso constrangido (cobrindo a boca). A pesquisadora esclareceu que para os homens, alguns sinais e sintomas das DST são de mais fácil visualização, devido à estrutura do órgão reprodutor masculino, que é mais exteriorizado que na mulher. Foi ressaltada a necessidade da realização periódica de exames e consultas médicas e do uso do espelho, para a realização de uma checagem do aspecto das estruturas da vulva. Foi explicado sobre o aspecto normal da secreção vaginal e suas funções e sobre as alterações de aspecto que podem ocorrer no caso de doenças – surgimento do corrimento vaginal.

Foram discutidos quais outros sinais e sintomas comuns às DST em

homens e mulheres, como coceira, dispareunia, surgimento de bolhas, vesículas, verrugas, feridas, corrimento proveniente da vagina e do canal da uretra no pênis, entre outros (OF2/70) (OF2/71) (OF2/72) (OF2/73), e sobre a importância de sua detecção precoce, prognóstico e cura. Uma das participantes enfatizou que na atualidade, até mesmo o ato de beijar pode transmitir uma doença, como o herpes (OF2/90).

Foram discutidas as formas de se infectar com uma DST (OF2/61) (OF2/62), bem como situações que causam preocupação, porém não constituem formas de infecção, tais como, assento do ônibus, uso compartilhado de sabonete, uso comum de vaso sanitário ou utilização de uma piscina. Foi ressaltado que a coceira pode indicar simplesmente higiene inadequada e corrimento causado por candidíase, que não necessariamente é transmitida por relação sexual.

As participantes reconheceram que a conduta correta diante de algum desses sinais e sintomas é procurar atendimento de saúde (OF2/93). Comentaram sobre o constrangimento que podem sentir ao serem examinadas em um consultório, dizendo ser comum a procura por outros recursos, como as farmácias ou a realização de automedicação, indicada por pessoas de sua confiança (OF2/76). Foi ressaltada a importância de se procurar um serviço médico adequado, pois alguns medicamentos e receitas caseiras podem mascarar sintomas ou até dar a falsa impressão de cura. No caso de doenças graves como a sífilis, os primeiros sintomas desaparecem sozinhos. O tratamento inadequado pode agravar essa situação.

A pesquisadora comentou ainda sobre a importância do papel da mulher na saúde da família, que por ser a mais interessada no bem estar do parceiro e filhos, acaba por tomar para si a responsabilidade de se apropriar de conhecimentos sobre a saúde e o cuidado dos que estão ao seu redor.

Quando foi esclarecido que apesar de a maioria das doenças apresentarem alguns desses sintomas, algumas são assintomáticas, assim como a sífilis e a aids (durante os períodos de incubação), as participantes demonstraram interesse no assunto. Demonstraram perplexidade acerca das fases da sífilis, entendendo a maior possibilidade de transmissão da

sífilis que do HIV. Nesse sentido, mencionou uma das mulheres: “parece-me então que a sífilis é muito pior, pois o HIV vai pegar mais no momento da ejaculação” (OF2/79) (OF2/80) (OF2/81) (OF2/82) (OF2/83).

A pesquisadora esclareceu acerca da possibilidade de cura da sífilis quando detectada precocemente e explicou que a aids ainda não tem cura, enfatizando a importância da prevenção. Foi discutido no grupo que apesar de não ter sido descoberta a cura para a aids, há a possibilidade de tratamento visando melhor qualidade de vida e maior longevidade, bem como que vêm sendo estudadas medicações e tratamentos adjuvantes para a melhoria das condições de quem vive com aids. Foram lembrados também exemplos de crianças com aids que viviam no abrigo da CAF (projeto que encerrou suas atividades há um ano), que realizavam tratamento medicamentoso e que apesar dos benefícios, trazia muitos efeitos colaterais.

Uma participante narrou a história de uma amiga que foi diagnosticada com sífilis, adquirida do marido, identificada na ocasião dos exames sorológicos de pré-natal (OF2/83). Demonstrando indignação, enfatizou o sofrimento da amiga, que passou por todo o tratamento durante a gravidez. Outra participante completou dizendo: “é mais triste com uma pessoa que tem um homem só, fixo e ainda acontece uma coisa dessas” (OF2/85).

A pesquisadora explicou que é muito comum que as mulheres descubram que foram infectadas com alguma DST por ocasião do acompanhamento pré-natal, e fomentou a discussão perguntando às participantes quais tipos de mulheres (casadas, solteiras, com multiplicidade de parceiros) estão mais vulneráveis às DST/Aids. Uma respondeu que qualquer pessoa é passível de adquirir uma DST (OF2/86), outra disse que é casada e não mantém relações sexuais, mas assume que não há quem não possa se infectar (OF2/91). Uma participante contou que uma colega adquiriu HIV de seu marido no período perinatal, acarretando a transmissão vertical do HIV, e completou: “às vezes é difícil admitir que haja a possibilidade de pegar” (OF2/92).

As mulheres mencionaram a situação dos idosos diante da epidemia

da aids (OF2/87) (OF2/88), e uma delas disse que nos dias de hoje há trabalhos nas escolas para a prevenção das DST/Aids entre os jovens, mas que os idosos não tiveram a mesma oportunidade (OF2/89).

Diante de toda a discussão sobre os sinais e sintomas, sobre a importância da detecção precoce das doenças e sobre o tratamento adequado, a pesquisadora apontou que, além de todos esses cuidados, é possível ter atitudes preventivas. Imediatamente, as participantes citaram o preservativo masculino.

A discussão acerca da negociação do uso do preservativo foi um ponto importante. Disseram que não podem pedir ao esposo que o use, pois presumem que nunca aceitariam (OF2/94) (OF2/98), porque eles as acusariam que estariam assumindo manter relações fora do casamento (OF2/95). Segundo elas, isso acontece por serem machistas (OF2/96). Uma participante disse que os homens pensam que usar o preservativo é como “chupar bala com o papel” (OF2/106).

De outro lado, uma mulher diz que o marido dela aceitaria bem o uso do preservativo, mas ela é quem não pode usar por desenvolver reações de hipersensibilidade ao contato com o látex (OF2/97) (OF2/101). Algumas se lembraram de algumas vantagens do uso do preservativo, como a manutenção da higiene (OF2/99) e a prevenção de infecções do trato urinário (OF2/100).

A pesquisadora realizou demonstração de uso dos preservativos masculino e feminino no modelo peniano, vulva de silicone e modelo pélvico. As mulheres demonstraram entusiasmo, divertindo-se com as demonstrações. Comentaram cada etapa demonstrando interesse nos assuntos abordados.

Ao abrir a embalagem do preservativo feminino para demonstração do uso, demonstraram surpresa com seu formato e tamanho, comentando sua semelhança com coador ou com uma sacola (OF2/103) (OF2/104) e comparando com o tamanho do preservativo masculino (OF2/105). Uma delas afirmou que não gosta de usar (OF2/102).

A pesquisadora concordou que há certas dificuldades no uso do preservativo feminino (custo mais alto do que o masculino, menor disponibilidade de distribuição pelas UBS), mas argumenta que há muitas vantagens e enfatiza que esse preservativo pode incentivar a autonomia do uso pelas mulheres, pois pode ser colocado pela mulher até mesmo antes do início da relação sexual.

Sobre o uso dos preservativos, foi explicado que podem ser adquiridos na unidades básicas de saúde (UBS) da região ou em farmácias, por exemplo. Esclareceram-se formas de armazenamento, cuidados com a integridade do material e importância da presença do selo do Inmetro (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia do Governo Federal), formas de abrir a embalagem com segurança para não danificá-lo, como manusear, momento correto de colocar, forma correta de colocar e retirar, como descartar, importância de não reutilizar e incompatibilidade do uso de mais de um preservativo ao mesmo tempo.

Foi explicado que existem diferenças entre as doenças que são transmitidas por meio do esperma e secreção vaginal (flúidos corporais), e as doenças que são transmitidas pelo contato com a pele infectada, e por isso a necessidade de se colocar o preservativo logo ao início da ereção, antes mesmo da ejaculação. Algumas doenças como a herpes e o cancro por vezes causam lesões localizadas em regiões onde o preservativo masculino não protege – base do pênis em contato com grandes lábios na vulva. Dessa forma, se faz mais eficaz o uso do preservativo feminino, que possui maior área de proteção, pois cobre grande parte da vulva. As mulheres demonstraram espanto com a informação (OF2/124) (OF2/125).

Para a atividade seguinte, a pesquisadora pediu para que uma das participantes representasse, atuando no papel de um pênis. O convite causou muito alvoroço, e logo uma delas se prontificou a colaborar. Foi feito um convite para que outra a vestisse com o camisão, encenando a colocação do preservativo. Em meio a muito riso, as participantes demonstram a forma como compreenderam sobre o uso do preservativo. A mulher que fez o papel de pênis se empenhou na atuação, encenando o

tamanho e comportamento do pênis antes, durante e após a relação sexual (OF2/12).

Figura 14 – Demonstração do uso do preservativo masculino.
Fonte: Arquivo Casa Filadélfia.

Todas as mulheres participaram, apoiando a cena, oferecendo sugestões e lembrando todos os passos aprendidos da demonstração do uso do preservativo realizado pela pesquisadora (OF2/107) (OF2/108) (OF2/110) (OF2/111) (OF2/112) (OF2/113) (OF2/114) (OF2/115) (OF2/116) (OF2/117) (OF2/118) (OF2/119). A satisfação com a atividade pôde ser constatada com os aplausos ao final da demonstração.

Na sequência, foram convidadas a testar o manuseio do preservativo individualmente. Foram disponibilizados os modelos penianos, a vulva de silicone e os preservativos masculino e feminino. As mulheres demonstraram divertimento com o manuseio do material. Uma delas colocou

o preservativo de forma equivocada no modelo peniano, não deixando a folga de ar para evitar seu estouro. Sem necessidade de intervenção da pesquisadora, imediatamente foi corrigida pelas colegas. Todas participaram ativamente e deram muitas contribuições enquanto as colegas manuseavam os materiais. Uma delas colocou o preservativo com perfeição no modelo peniano e demonstrou satisfação, compartilhando com o grupo. Todas aplaudiram parabenizando a participante por seu feito.

Foi explicado às mulheres que é importante manusear e conhecer os preservativos antes do uso e que, dessa forma, é possível corrigir as dificuldades e sanar as dúvidas, aproveitando a ocasião propícia da oficina para isso.

Uma das participantes lembrou que não foi discutido sobre o sexo anal (OF2/121) (OF2/122), causando constrangimento e julgamento entre algumas, demonstrados, por exemplo, ao cobrir o rosto com as mãos, realizar movimentos de negação com a cabeça, cobrir a cabeça com a blusa, além dos vários comentários entre as participantes. A pesquisadora explicou que o sexo anal traz maiores riscos de contágio, que se deve proceder ao uso do preservativo masculino com os mesmos cuidados citados, e que se deve ainda tomar o cuidado de não realizar penetração anal e vaginal com o uso do mesmo preservativo.

As mulheres aproveitaram o final das atividades para elaborar perguntas e comentários sobre o que foi discutido. Uma delas disse que sempre achou que não existia a possibilidade de uma mulher apresentar corrimento vaginal esverdeado, e que em certa ocasião não acreditou em uma amiga que lhe pediu ajuda (OF2/127). Outras ainda aproveitaram a oportunidade para perguntar sobre outros assuntos referentes à saúde da mulher, como cistos, aspectos de perdas vaginais, sobre alterações da secreção vaginal nas crianças, sobre fissuras nos mamilos, nódulos nos seios, entre outras (OF2/129) (OF2/130) (OF2/131) (OF2/132) (OF2/133) (OF2/134) (OF2/135).

Foi lembrado por elas acerca da importância da abordagem do assunto com os adolescentes. A pesquisadora comentou que existe o mito

de que se esses assuntos não forem conversados em ambiente familiar, os adolescentes não aprenderão sobre a vida sexual e consequentemente não terão relações sexuais. Esclareceu ainda que é melhor que este tema seja discutido em família, com instruções corretas e de forma acolhedora. As mulheres avaliam que os adolescentes podem aprender da forma errada com os amigos da rua (OF2/144) (OF2/145) e que, consequentemente, podem adquirir uma DST (OF2/146). Uma participante compartilhou sua história, lamentando que não pôde aprender sobre sexualidade com seus pais (OF2/147).

Foi perguntado como o adolescente pode adquirir o preservativo masculino nas UBSs (OF2/139) e outra participante enfatizou que é importante que os adolescentes tenham esse acesso, pois ela mesma foi mãe aos quatorze anos de idade (OF2/143). Surgiu uma discussão sobre a quantidade de preservativos que deve ser disponibilizada para cada um, de acordo com a frequência com que cada indivíduo se relaciona sexualmente (OF2/140) (OF2/141) (OF2/142).

Uma participante enfatizou que não gostaria que seu relacionamento com os filhos se assemelhasse ao que teve com sua mãe, que não a ensinava sobre assuntos acerca da sexualidade, fazendo com que sofresse até aprender sozinha (OF2/148) (OF2/150) (OF2/151). Uma participante mais idosa justificou e disse se arrepender de ter agido dessa forma:

Antigamente era assim mesmo, se a mãe tivesse uma conversa assim, como a que tivemos aqui, ela era culpada por estar dando mau exemplo! Eu tenho sete filhas mulheres, sou mãe de dez. Minhas filhas mulheres, eu nunca falei assim com elas. Hoje eu me arrependo! Não que eu fizesse as coisas erradas, eu já não falei mesmo. Mas se eu pensasse assim antes, teria feito diferente (OF2/149).

Acerca do compartilhamento das informações aprendidas nas oficinas, uma participante disse que trata destes assuntos quando realiza oficinas de costura com mulheres. Essa participante é monitora em outro projeto da CAF. A pesquisadora enfatizou a importância de se dar abertura às participantes na oficina de costura, que demonstraram confiar na

monitora, e que a função de liderança de um grupo requer responsabilidade em sua condução. Acrescentou, outrossim, que é um desafio ser a pessoa de confiança dos filhos, maridos e companheiros, para ter a oportunidade de instruí-los, antes que eles procurem informações de forma inadequada.

Uma participante que se mostrou mais reservada durante o desenvolvimento das atividades, ao final da oficina, timidamente disse ter uma pergunta, mas estar envergonhada. Depois de um momento de silêncio, a participante perguntou se os homens com sessenta e cinco anos de idade “já estão velhos” (OF2/153). Outra mulher, mais extrovertida, explicou: “ela está falando da ereção!” (OF2/154) (OF2/155). A pesquisadora esclareceu que a disfunção erétil varia a cada caso e devem ser observados outros fatores associados, como cigarro, estresse, cansaço, depressão e outras doenças. Logo, uma participante sugeriu que se procure um médico (OF2/156) e outra comentou sobre a influência da atividade física nessa fase da vida (OF2/157).

Para finalizar o encontro, a pesquisadora comentou sobre a terceira oficina e sobre as futuras oficinas que serão desenvolvidas na CAF para grupos de mulheres. As mulheres sugeriram que os adolescentes pudessem ser atendidos em oficinas também.

As mulheres demonstraram obter um bom aproveitamento das atividades, mas ao final das oficinas acabaram por demonstrar inquietação para o encerramento. Demonstraram ansiedade ao perguntar por diversas vezes pelo clima de chuva.

As mulheres despediram-se da pesquisadora, e, individualmente, muitas agradeceram pela oficina. Uma participante, ao final, compartilhou sobre as dificuldades que encontra com a demora no atendimento médico na UBS da região (OF2/158).

6.4 TERCEIRA OFICINA – AVALIAÇÃO

Da mesma forma como ocorreu na segunda oficina, as mulheres que compareceram, em sua maioria, não haviam participado das primeiras, apesar dos esforços da equipe em realizar ligações telefônicas para cada uma delas e entregar convites em mãos, aproveitando a oportunidade das visitas de rotina dos agentes de proteção social do projeto SASF.

Foram repetidas as instruções iniciais realizadas nas oficinas anteriores, sobre os objetivos, TCLE, fotos, filmagens, etc. A oficina foi iniciada depois do horário marcado, na tentativa de aguardar que mais mulheres pudessem chegar antes do início das atividades.

Foi recapitulada a oficina anterior, para retomada da discussão. Dada a importância de se aproveitar cada encontro, foram abordados os temas tratados, inclusive com a demonstração do uso dos preservativos.

Em discussão sobre o que são as DST, as participantes compreenderam se tratar de doenças transmitidas pelo contato sexual (OF3/10) (OF3/11) (OF3/12) (OF3/13) (OF3/14) (OF3/15), associando o uso do preservativo como método de proteção (OF3/16).

Durante explicação sobre o corpo feminino, foi apresentada uma vulva de silicone, que de imediato foi reconhecida por uma das participantes (OF3/19). As participantes identificaram os apelidos pelos quais a vulva é conhecida (OF3/20) (OF3/21) (OF3/22) (OF3/23). Segundo uma delas, “a vulva é menos indecente”, em comparação ao órgão masculino (OF3/24).

A pesquisadora reforçou que se referir a esses órgãos pelos nomes pelos quais são conhecidos na área da saúde pode facilitar a conversa sobre a sexualidade entre os profissionais e os usuários, e que essa pode ser uma forma de diminuir o constrangimento.

A pesquisadora explicou então como deve ser a aparência normal da vulva e do pênis, e a quais sinais e sintomas as participantes devem estar atentas. As participantes reconheceram que para os homens é mais fácil visualizar certos sinais nos órgãos, como bolhas e feridas, que nas

mulheres, dado que seus órgãos encontram-se internamente (OF3/26) (OF3/27). Uma das participantes indicou o uso do espelho (OF3/28) para melhor visualização da vulva e a manutenção das consultas de rotina ao ginecologista.

Em discussão sobre formas de proteção das DST/Aids, uma participante destacou a realização do papanicolau (OF3/29). Outras ressaltaram sobre a higiene e o uso do preservativo para proteção (OF3/30) (OF3/31).

Foi explicado sobre o aspecto normal da secreção vaginal e as possíveis alterações. Uma participante lembrou-se de ter lido a respeito de uma doença que acarreta lesões com aspecto de “couve-flor” (OF3/36). Outra participante complementou que isso acontece quando não se procura com urgência uma assistência médica (OF3/37).

As mulheres identificaram sinais e sintomas comuns às DST/Aids, como o mau odor (OF3/43) (OF3/46), demonstrando compreensão de que na ausência de tratamento o quadro pode se agravar (OF3/47), trazendo consequências como a morte, o câncer e a transmissão vertical. Destacaram o uso do preservativo para a prevenção (OF3/54).

Uma participante compartilhou sua experiência de ver seu ex-marido adoecer com cancro. “Ele não conseguia nem andar” e “parecia com a cor de um tomate”, contou. A discussão seguiu e as mulheres falaram sobre a falta de higiene do pênis e da vulva e suas consequências, enfatizando que o prepúcio deve ser observado durante a higienização (OF3/39) (OF3/40) (OF3/41). Segundo uma delas, os homens não procuram ajuda, pois temem que sua masculinidade seja questionada: “eles não gostam de procurar ajuda, pois acham que por serem homens (...) se um médico colocar a mão neles eles vão virar veados. Eles têm esse problema.” (OF3/42).

Afirmou uma das participantes que usa o preservativo quando sente um cheiro estranho no pênis (OF3/43). Referindo-se à resistência dos homens ao uso do preservativo, uma das mulheres citou o argumento por eles comumente utilizado, de que equivaleria a “chupar bala com papel” (OF3/44). Outra participante mencionou que os homens não aderem ao uso

do preservativo, na crença de que não serão acometidos por DST (OF3/45). No julgamento de uma delas, “nenhum homem é santo” (OF3/48) e há a crença de que não vão transmitir a doença para a “mulher que fica em casa” (OF3/49). Uma participante compartilhou a história de uma amiga que contraiu HIV do esposo na ocasião em que engravidou, o casal adoeceu e morreu com aids, e apenas a filha sobreviveu (OF3/50). As participantes demonstram empatia e comoção ao ouvir atentamente a história em silêncio.

Indagadas se as mulheres que se encontram em uma relação conjugal poderiam sugerir o uso do preservativo, as participantes julgaram ser impossível e apontaram as possíveis reações contrárias dos maridos: “Ele vai dizer: ‘Você está louca? Você acha que eu tenho outra? Está desconfiada de mim?’” (OF3/51). Segundo outra participante, sugerir o uso do preservativo poderia causar desconfiança por parte do marido em relação à fidelidade da mulher: “a mulher andou aprontando por aí” (OF3/52).

Assim como na oficina anterior, esclareceram-se formas de armazenamento, cuidados com a integridade do material e presença no selo do Inmetro (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia do Governo Federal), formas de abrir a embalagem com segurança para não danificá-lo, como manusear, momento correto de colocar, forma correta de colocar e retirar, como descartar, importância de não reutilizar e incompatibilidade do uso de mais de um preservativo ao mesmo tempo.

Na demonstração do uso do preservativo masculino, com apoio do material técnico, as mulheres demonstraram entusiasmo e foram muito participativas durante essas atividades, perguntando e fazendo comentários o tempo todo durante a demonstração (OF3/56) (OF3/57) (OF3/58) (OF3/59) (OF3/60) (OF3/61) (OF3/62) (OF3/66) (OF3/67) (OF3/68).

Durante a demonstração do uso do preservativo feminino, as mulheres manifestaram admiração com seu tamanho, formato e diferença em relação ao preservativo masculino. Surgiu novamente a comparação com um coador de café (OF3/63). Várias participantes disseram que o preservativo machuca e incomoda, outras reclamaram de sua aparência (OF3/64) (OF3/70) (OF3/71) (OF3/72) (OF3/73) (OF3/74) (OF3/75) (OF3/76)

(OF3/77) (OF3/78) (OF3/81) (OF3/82). Uma participante contou que já usou o preservativo feminino, que não se habituou, mas que seu marido usa o masculino (OF3/65). Outra relatou que não se sentiu confortável ao colocar o preservativo feminino, que houve incômodo para ela e para o parceiro durante a penetração (OF3/78).

Uma participante comentou que ouviu dizer que muitas meninas na comunidade costumam sair de casa com o preservativo feminino colocado para irem a casas noturnas (OF3/79) e outra participante complementou que as meninas que agem dessa forma também costumam sair de casa sem calcinha (OF3/80).

Durante atividade de colocação de preservativos no modelo peniano, vulva de silicone e modelo pélvico, uma participante perguntou a respeito do descarte dos preservativos usados, acabando por indicar o local onde possivelmente tem suas relações sexuais: “Dá um nó e joga no lixo. Se estiver no motel, eu joga no lixo do motel. E se estiver na rua, vou jogar no meio da rua?” (OF3/69).

Após a parte introdutória e de sensibilização das participantes às questões da prevenção das DTS/Aids, passou-se à avaliação das oficinas realizadas para este estudo, utilizando como base o roteiro para realização de oficina avaliativa (Apêndice A), conforme descrito nos itens abaixo.

6.4.1 Percepções das mulheres acerca da participação nas oficinas

Segundo as participantes, foi boa a experiência de aprender em oficinas (OF3/83) (OF3/93) (OF3/99) (OF3/88) (OF3/100), pois por meio delas é possível “aprender fazendo” (OF3/84) (OF3/85) e nas oficinas há “oportunidade de falar” (OF3/86), de “perguntar o que não têm coragem de perguntar para ninguém” (OF3/91). Mencionaram que quando participam de palestras, por exemplo, “vão embora com dúvidas” (OF3/87). Dessa forma, reconhecem que não sabiam tudo sobre os assuntos discutidos (OF3/89)

(OF3/90) (OF3/94) (OF3/98). Participantes ressaltaram que tiveram a oportunidade de conhecer “pessoas novas, conversar e brincar” (OF3/96) (OF3/97). Uma participante conta que costuma sofrer discriminação e rejeição ao pedir “ajuda ao próximo”, validando assim a sua participação nas oficinas (OF3/92).

Uma participante mais idosa comentou que gostou de aprender sobre os preservativos, e lamenta que seu esposo nunca quis usá-lo (OF3/101). Disse que não poderia sequer contar a ele sobre sua participação nas oficinas que tratam de assuntos sobre a sexualidade (OF3/102) e sabe que ele não iria usar o preservativo de maneira nenhuma.

Noutro relato, uma participante negociou com sucesso o uso do preservativo com seu esposo após sua participação nas oficinas:

Com o meu marido foi diferente. Eu disse a ele que a enfermeira disse que tem que usar! Então ele respondeu: ‘Tá bom, a gente usa!’. Foi melhor para a gente, por que podemos pegar infecções, até mesmo de urina. A maioria não quer. Mas ele aceitou (OF3/103).

Outra também relatou ter obtido sucesso na negociação do uso do preservativo com seu marido. Disse preocupar-se com o que seu marido faz quando não está em casa, pois “o casamento não é garantia de proteção contra as DST/Aids” (OF3/114).

Uma participante relatou sua satisfação em participar da oficina, pois ao iniciar a sua vida sexual, na ocasião do seu casamento, não se sentiu preparada, pois não havia tido oportunidade de conversar sobre o assunto com ninguém (OF3/107). Outras discorreram sobre a importância de falar com suas filhas, mencionando que pretendem ensiná-las a respeito (OF3/107) (OF3/108) (OF3/109) (OF3/112) (OF3/113). Uma participante comentou que, se as crianças e adolescentes são orientados de uma forma inadequada, acabam por buscar informações nas ruas, onde é ensinado de outra forma:

As pessoas nas ruas já ensinam de uma forma inadequada. Uns de forma agressiva, com violência, tirando a virgindade da pessoa, dizendo: “Vou te mostrar como é que funciona”.

E quando você menos espera a sua filha chega em casa sem a virgindade. E nós que somos mães não queremos isso pros filhos, queremos algo melhor para eles.” (OF3/110)

Sobre o que **mais gostaram nas oficinas**, muitas destacaram a importância de compartilhar as dúvidas umas com as outras, como uma oportunidade de conversar abertamente e de praticar a ajuda mútua (OF3/111) (OF3/118) (OF3/119) (OF3/120) (OF3/121) (OF3/122) (OF3/123) (OF3/124) (OF3/125).

Algumas participantes disseram ter gostado de aprender sobre as partes do corpo (OF3/126). Uma relatou ter gostado de descobrir a localização do orifício uretral na vulva, pois em certa ocasião em que foi submetida a um procedimento de sondagem vesical, ficou muito ansiosa, sem saber onde a sonda estava sendo inserida (OF3/126).

Sobre o que **não haviam gostado de fazer nas oficinas**, uma participante respondeu, de prontidão, que não houve nada que não tenha gostado de fazer (OF3/127). Outras responderam que não gostaram de manusear a argila (OF3/128) (OF3/130) ou que não gostaram de fazer a escultura (OF3/129) (OF3/131) (OF3/133), pois, segundo elas, não possuíam habilidade suficiente para manipular o material e o resultado final não saiu da forma como gostariam (OF3/134) (OF3/135) (OF3/137) (OF3/138) (OF3/139) (OF3/140). Uma participante disse que gostou de utilizar material artístico, vez que faz aulas de pintura (OF3/136).

A pesquisadora lembrou que o objetivo da atividade não era fazer uma escultura perfeita, e sim a reflexão e a diversão. Ressaltou que muitas obras de arte de artistas famosos (até mesmo a obra de Gustav Klimt utilizada neste estudo) não possuem formas perfeitas, pois o objetivo maior das obras de arte é a expressão do olhar do artista. Reconheceram que “(...) tudo é arte” (OF3/141) e avaliaram que “a perna daquela mulher (*Danaë*) é mal feita” (OF3/142). Outra participante concluiu dizendo que: “as nossas bonequinhas agora então são obra de arte!” (OF3/143).

Sobre **o que foi mais importante aprender** nas oficinas. Muitas responderam sobre o uso do preservativo e sobre as DST/Aids (OF3/148) (OF3/145) (OF3/153) (OF3/144) (OF3/146) (OF3/156). Uma participante contou que começou a sentir sintomas diferentes, como polidipsia, alopecia, prurido, emagrecimento, e por muito tempo, fez tratamentos paliativos e que não pensou que poderia estar com uma doença mais grave. Tempos depois foi diagnosticado diabetes, e ela lamenta que não tivesse conhecimento suficiente na época para procurar atendimento de saúde logo aos primeiros sintomas (OF3/155).

Outro assunto que despertou o interesse do grupo foi conhecer os nomes corretos das partes do corpo (OF3/150) (OF3/152) (OF3/151) (OF3/157). As participantes enfatizaram sua importância para diminuir o constrangimento no momento de conversar com o ginecologista (OF3/149). Uma senhora explicou que ao ir à consulta médica, sempre dizia que estava com uma dor na região abdominal e que nunca teria tido coragem de dizer que estava com dor na vulva, e então, acabava por sair da consulta sem ser corretamente examinada, pois o médico não descobria onde era a dor (OF3/154).

A pesquisadora então comentou com as mulheres que, da mesma forma que usar os nomes corretos das partes íntimas do corpo traz segurança e desembaraço para conversar sobre assuntos que dizem respeito à sexualidade para elas, assim funciona com as crianças. Ensinar as crianças sobre como se referir corretamente às partes íntimas do corpo faz com que elas entendam que este assunto pode ser tratado de forma clara e respeitosa dentro de casa, ao contrário do uso de apelidos, que traz a conotação de que “é feio falar a respeito, por isso usam-se apelidos”. Assim, as crianças terão segurança para contar aos pais e cuidadores quaisquer intercorrências que possam sofrer, além de tornar o diálogo livre de tabus.

Uma participante conta que sua filha pequena participou das oficinas realizadas pela CAF nas escolas públicas do entorno da instituição, que versam sobre o autocuidado e a prevenção do abuso sexual infantil.

Informou que, ao chegar em casa, a criança perguntou: “mãe, você sabe o que é a vulva?” (OF3/158). A participante demonstrou orgulho ao contar sobre o que sua filha aprendeu na escola.

Acerca do **que aprenderam e pretendem colocar em prática e mudar em seu dia-a-dia**, uma participante disse que pra ela já houve mudanças, pois, ao ir ao médico, costumava ter dificuldade em se expressar. Disse que, após aprender sobre os nomes científicos das partes íntimas do corpo da mulher, se sente segura para explicar o que sente na próxima consulta (OF3/159). Outra lamentou que seus sobrinhos moram longe e, por isso não tem oportunidade de compartilhar o que aprendeu. Disse ainda que seu marido é muito “cabeça-dura” (OF3/160) (OF3/171). Acrescentou que seus filhos são todos homens com mais de trinta anos, acreditando que então também não precisam aprender a se proteger das DST/Aids (OF3/161).

As participantes ponderaram que os filhos homens, apesar de por vezes saberem a respeito das formas de prevenção, não colocam em prática o que sabem (OF3/163). Que “até têm preservativos” (OF3/164), “mas não sabem sobre o risco de adquirir alguma doença” (OF3/165) (OF3/166). Uma delas lamenta que seu filho seja “mulherengo” (OF3/167).

A pesquisadora comentou que não se pode presumir que as pessoas adultas saibam se proteger apenas por conta da idade, e deu o exemplo do aumento do número de casos de aids entre os idosos. As mulheres demonstraram espanto com a informação. Uma se lembrou da contribuição do uso das medicações para disfunção erétil, que se tornou popular entre a população idosa (OF3/169) e outra lembrou que o número de casos de aids vem crescendo também entre as mulheres casadas (OF3/168).

A participante que se referiu ao seu esposo como “cabeça-dura” insistiu em saber como fazer quando “se quer ensinar algo e o marido não quer aprender” (OF3/171). A pesquisadora perguntou se seu marido se percebe vulnerável a adquirir alguma DST/Aids, ao que respondeu que ele pensa que não precisa se cuidar ou ir ao médico, pois caso venha a infectar-

se com uma DST/Aids, a culpa seria dela. A participante lamentou que seja sempre atribuída culpa à mulher e disse que os homens são todos “santos do pau oco” (OF3/172) (OF3/173).

A pesquisadora solicitou que as participantes expressassem **uma palavra que ilustrasse como se sentiam antes, e outra que definisse como ficaram depois da participação nas oficinas**. Uma participante respondeu que estava ansiosa e depois ficou aliviada (OF3/174). Outra disse que ficou ansiosa, pois não gosta de participar de palestras, mas que gostou de participar e que pretende vir sempre aos encontros (OF3/175). No mesmo sentido, uma mulher disse que estava curiosa para saber como seria participar das oficinas (OF3/179) e outra que estava acanhada ao início das atividades (OF3/178). Uma participante disse que percebeu que estava muito desinformada e que agora está mais informada. Outra completou que se sentiu feliz em aprender e que percebeu que não sabia de tudo (OF3/177). Umas se disseram satisfeitas com o aprendizado (OF3/180) (OF3/181) e outra enfatizou a importância de aprender “vendo como é que faz”. (OF3/182).

Indagou-se às mulheres **quem gostariam que participasse das oficinas**, ao que responderam: os adolescentes das famílias cadastradas no SASF (OF3/183); a vizinha que foi convidada e não veio (OF3/184); a mãe da participante que não pôde vir (OF3/185); os maridos (OF3/187); as demais mulheres da comunidade (OF3/191); e as mulheres da convivência delas que não costumam ir ao médico ou que nunca foram ao ginecologista (OF3/193) (OF3/195) (OF3/196) (OF3/197).

Uma mulher lembrou que, quando foram chamadas para a comemoração de dia das mães na CAF, muitas mulheres vieram e acabaram ficando para a oficina (sugerindo a estratégia de aproveitar a ocasião festiva para oferecer a oficina) (OF3/190). Outra participante completou que percebeu que é possível aprender por meio das oficinas (OF3/192). Uma mulher foi enfática ao dizer que o seu marido não viria (OF3/188) e que os homens se sentem constrangidos para conversar sobre os temas que foram discutidos nas oficinas (OF3/189).

Em contraposição às falas das participantes que disseram que conhecem mulheres que não costumam procurar ajuda médica, uma delas se defendeu dizendo que vai ao ginecologista mais de uma vez ao ano (OF3/194) e outra compartilhou que se consulta todo ano e faz acompanhamento de um mioma uterino, e que apesar dos sintomas que vem sentindo (dor e sangramento contínuo) e do tamanho do mioma (onze centímetros), sua médica não quer realizar sua cirurgia (OF3/198). As mulheres aproveitam a discussão para tirar as dúvidas sobre cistos de ovários (OF3/199) (OF3/200).

A pesquisadora explicou que é um desafio alcançar um grande número de pessoas em oficinas de prevenção na CAF, mas que cada uma das participantes representa uma família, um círculo de amizades diferente, onde as informações podem ser multiplicadas.

Foi indagado às **participantes se elas já têm compartilhado o que aprenderam ou se pretendem fazê-lo**. Algumas responderam que já compartilharam com suas filhas (OF3/201), pois nem todos têm a oportunidade de participar das oficinas (OF3/202).

Uma participante comentou sobre seu relacionamento com a mãe, recordando que nunca recebeu dela ensinamentos sobre os temas discutidos (OF3/203). Outra comentou que não se sentia confortável em conversar sobre a sexualidade com a sua filha, mas que atualmente consegue dialogar e que pretende instruir sua neta de nove anos (OF3/204). A mulher foi imediatamente confrontada por outra participante, que disse não haver necessidade, pois nas escolas esses temas são ensinados (OF3/205). A participante então ressaltou a importância da construção de relacionamentos de confiança e disse: “(...) eu creio que ela vai acreditar mais em mim. (...) tudo o que eu ensino ela leva com ela.” (OF3/206).

Foi reforçado que o que é ensinado pelos pais e avós sempre tem um peso maior devido à cumplicidade e à confiança, mas que também é importante o ensino nas escolas, pois não são todos os pais que conversam sobre a sexualidade com os filhos, muitas vezes por não se sentirem à vontade ou preparados para isso.

Uma das mulheres compartilhou que seu filho vem aprendendo sobre a sexualidade na escola (OF3/207) e outra lembrou que nas UBSs são disponibilizadas cartilhas sobre prevenção de DST/Aids para os adolescentes (OF3/208). A pesquisadora enfatizou que os adolescentes não costumam procurar informações em cartilhas e lembrou o que foi discutido anteriormente, quando as mulheres concluíram que os adolescentes costumam aprender com os amigos na rua, e que mesmo que lessem as cartilhas, nem sempre conseguiriam colocar em prática o que é necessário para se prevenir das DST/Aids.

Uma participante comentou sobre sua neta de nove anos, acreditando ser importante ensinar sobre a sexualidade, haja vista que muitas informações entram em casa por meio das novelas e da televisão, e as crianças acabam por fazer perguntas a respeito (OF3/209). Foi enfatizado que não se protege as crianças e os adolescentes privando-os de receber orientação dentro de casa, pois, nessas circunstâncias, buscarão informações em outra fonte inadequada.

Iniciou-se uma discussão sobre o que as crianças e adolescentes consomem de informações por meio da televisão, jornais, revistas e internet (OF3/213). Uma das participantes disse que existem temas educativos nas novelas (OF3/210). Outras disseram que eles acabam por reproduzir e associar como forma correta de conduta o que assistem nas tramas das novelas, como a poligamia, a traição e a multiplicidade de parceiros sexuais, e avaliaram que isso não é certo (OF3/211) (OF3/212) (OF3/214). A internet foi lembrada como uma das preocupações, dado que não é possível controlar o conteúdo, nem vigiar os acessos: “você não consegue controlar vinte e quatro horas por dia o seu filho na internet (...) então chega uma hora que ele vai olhar, não é?” (OF3/215) (OF3/217). Outra participante mencionou que instrui suas filhas a serem fiéis aos seus companheiros ao assumirem um compromisso de namoro, afirmando que seria ela primeira a denunciá-la ao namorado, caso descobrisse uma traição (OF3/216).

Sobre o **que poderia ser mudado nas oficinas e quais assuntos deveriam ter sido abordados**, as participantes sentiram falta de temas

como as drogas (OF3/219) e o envolvimento das crianças (OF3/220); sobre a prevenção do câncer (OF3/221) (OF3/223); a participação dos homens e crianças em oficinas de saúde (OF3/218) (OF3/233); como os pais podem instruir as crianças em casa (OF3/244).

A mesma participante idosa que lamentou que seu esposo nunca quis usar o preservativo (OF3/101), disse que não faltou abordar nenhum assunto e, após uma pausa para pensar em silêncio, disse com lágrimas nos olhos:

(...) Eu parei para pensar que o que eu gostaria mesmo é que meu marido usasse a camisinha. Eu não suporto aquela sujeira. Se eu pudesse... eu me sinto mal, com nojo. Eu penso que eu deixei de ser mulher por isso, será? (OF3/225).

A pesquisadora reforçou a ideia do uso do preservativo para melhorar a higiene, dada por outras participantes anteriormente, e lembrou que muitas tinham a mesma opinião. Outra participante reafirmou: “Se eu pudesse dar um remédio para secar aquilo!” (referindo-se ao sêmen) (OF3/226).

A participante continuou o desabafo e, chorando, disse:

Eu tenho umas camisinhas que já estão até velhas e secas na gaveta, que eu nunca vi meu marido pegando. Às vezes eu tento pedir para usarmos a camisinha só para ver como seria, como vai ser, mas não adianta (OF3/227).

Nem falei para ele que viria nessa oficina, eu não sei o que ele iria pensar, ele é machista. E ele é velho e ignorante. Eu vou falar para ele que tive que pôr a camisinha? Não vou! (OF3/230).

Sensibilizadas com os relatos, as participantes expressaram formas de enfrentamento do problema. Uma delas sugeriu que o preservativo feminino seja usado sem que o marido veja (OF3/228), o que foi ponderado por outra como sendo impossível de não ser percebido (OF3/229). Discutiu-se sobre a necessária participação dos homens nas oficinas para que possam aprender sobre a importância do uso do preservativo. Algumas consideraram que seus companheiros viriam (OF3/231) (OF3/234). Outra

lamentou não serem realizados trabalhos dessa natureza voltados ao público masculino (OF3/232). A pesquisadora esclareceu que desde o início do projeto SASF na CAF, durante as reuniões socioeducativas, a representatividade das mulheres era evidente e, devido a essa demanda, a oficina foi originalmente criada para elas. Em raras ocasiões pôde-se contar com a presença de homens nas reuniões socioeducativas, embora tenham sido convidados.

Segundo a avaliação das participantes, os homens não comparecem por vergonha ou machismo (OF3/235) (OF3/236) (OF3/237) (OF3/238) (OF3/241) (OF3/242) (OF3/243). A pesquisadora explicou que as oficinas seriam exclusivas para os homens, assim como ocorreu com as mulheres, para que eles ficassem à vontade para perguntar e esclarecer suas dúvidas, bem como que os temas seriam discutidos segundo o interesse dos participantes. Uma participante disse que dessa forma seria interessante a participação daquele marido que não aceita o uso do preservativo (OF3/239), pois, assim como aconteceu com elas, poderia ser produtivo (OF3/240).

Sobre **quais comportamentos ou atitudes devem ser mudados para aumentar a proteção contra as DST/AIDS, as participantes** apontaram a importância do uso do preservativo (OF3/246), ponderando que são elas as prejudicadas numa situação de transmissão (OF3/253). Foi novamente lembrado sobre o uso dos nomes corretos para as partes íntimas do corpo (OF3/248) (OF3/249) (OF3/250) (OF3/252) e sobre a higiene (OF3/254).

As mulheres fizeram menção sobre dificuldades encontradas para que sejam tomadas medidas de proteção, como quando há influência do uso de drogas (OF3/255) (OF3/256) (OF3/262).

Uma participante disse que a transmissão vertical é um assunto muito tratado na ocasião do pré-natal, pois são colhidas as sorologias, e investigadas as DST/Aids (OF3/263). A pesquisadora problematizou a discussão dizendo que concorda com a colocação anterior e indagou se já pensaram que se a mulher está grávida é sinal de que foi exposta ao risco

de contrair uma infecção (relação sexual desprotegida). Ao pensar sobre o assunto, uma participante respondeu:

Isso que é o pior. Se está casada, não vai passar dentro da sua cabeça que o seu marido pegou aids. E então você vai querer ter um filho, aí vai fazer sem preservativo. Pode ser que fique grávida ou não, mas pode ser que fique doente, e aí? (OF3/264).

A pesquisadora explicou que a gravidez pode ser planejada e que o casal pode se consultar com o médico e tomar as devidas providências antes de tentar engravidar (testagem, acompanhamento), mas que sempre haverá o risco. Falou também sobre outras doenças que são transmitidas por relação sexual e que, se não tratadas, podem acometer o feto. As participantes contaram histórias de livros e filmes em que foram tratados esses assuntos (OF3/265) (OF3/266).

Uma participante disse: “Outro dia eu ouvi uma **prostituta** falar sobre o sexo oral, que ela usa preservativo. Será que eles aceitam? Alguém me explicou que faz por cima da camisinha mesmo.” (OF3/258). A pesquisadora respondeu dizendo que a maioria das prostitutas não aceita mais o sexo desprotegido, que elas estão mais informadas e estão colocando o uso do preservativo como condição.

As participantes demonstraram indignação e prosseguiram na discussão:

Mas as mulheres em casa aceitam os homens sem! E elas (as prostitutas) não! Eu acho que se todas dissessem que não vai ter se não usar, eu garanto que eles vão querer usar! Se até mesmo com a prostituta tem que usar! (OF3/259).

Eu penso que dentro de casa a gente tem que aprender a ter mais opinião. Não só ser mandada. Tem que mandar também. Nós temos que ser submissas, mas não nessa extremidade. Tem que aprender a respeitar o espaço, até onde a gente pode ir. Eles também têm que aprender a respeitar o nosso espaço! (OF3/260).

Não ao ponto de se colocar em uma situação de risco. (OF3/261).

Com o avançar do horário, as participantes revelaram inquietação ao levantarem-se das cadeiras para olhar pela janela e checar as condições do tempo, demonstrando impaciência para ouvir as falas das colegas (falando todas ao mesmo tempo).

A pesquisadora explicou que serão realizadas mais oficinas para as mulheres, e que será estudada juntamente com o restante da equipe a possibilidade de realização de oficinas para os homens na CAF. Disse ainda que, com base no que foi discutido durante as oficinas desse estudo, serão levantados os temas para os próximos encontros.

A participante que chorou ao contar que o marido não aceita o uso do preservativo, ao final da oficina, disse: “Se vocês fizerem a oficina para os homens, eu vou falar com o meu marido. Dizer que tem uma oficina sobre saúde.” (OF3/267). Outra participante comentou que será bom, para “abrir a mente” (OF3/268).

O tempo restante foi aproveitado para esclarecimento de dúvidas, seguindo a discussão na medida do interesse das participantes, que foram deixadas livres para realizar perguntas à pesquisadora.

Foram formuladas muitas perguntas relativas ao uso de contraceptivos orais (OF3/269) (OF3/270) (OF3/271) (OF3/272); sobre os métodos cirúrgicos (OF3/273) (OF3/274) (OF3/276) (OF3/277) (OF3/278) (OF3/279) (OF3/280) (OF3/281) (OF3/282) (OF3/286) (OF3/289) (OF3/296); sobre o DIU (OF3/275); sobre os adesivos (OF3/284) e injetáveis (OF3/285). Foram esclarecidas dúvidas com relação à histerectomia (OF3/290) (OF3/292) (OF3/293) (OF3/294) (OF3/295).

Ao final das discussões, duas participantes ressaltaram a importância das oficinas na prevenção das DST/Aids e no cuidado com a saúde da mulher:

Se tiver alguém para explicar, a mulher vai tomando consciência, e a mulher vai saber que tem que usar mesmo a camisinha, até por outros motivos. Eu tenho que me preocupar comigo mesma. (OF3/287).

Aconteceu um monte de coisas comigo, às vezes eu ficava um mês menstruando. Eu tive quatro filhos, mas se eu

tivesse participado dessas palestras antes, seria diferente. Eu sou bem aberta. Depois dessa palestra eu disse a gente vai usar e vai ser por mim! Por prevenção minha! Por que eu me amo e quero me cuidar. E ele disse que tudo bem, sem problemas. É importante para mim. (OF3/288).

No encerramento das atividades, as mulheres receberam as suas esculturas, a imagem de Gustav Klimt emoldurada, o certificado de participação nas oficinas, uma cópia do TCLE, preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

Por meio do desenvolvimento da Proposta Triangular do Ensino da Arte, realizada numa oficina de Arte/Educação, foi possível problematizar contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS cadastradas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia.

A Arte/Educação em Saúde possibilitou a expressão de vulnerabilidades às DST/Aids na medida em que incitou a discussão acerca de temas como a autoestima, o cuidado com o corpo, as formas de prevenção e de risco para as DST/Aids, a negociação do uso do preservativo, o cuidado com os parceiros sexuais e com os descendentes e a expressão de histórias sobre contextos de vida. Por meio das oficinas foi possível ainda o ensino sobre a prevenção das DST/Aids. Dessa forma, pôde-se discutir neste estudo os contextos de vulnerabilidades das mulheres às DST/Aids. Os contextos são entendidos como os cenários nos quais podem ser identificados os fatores facilitadores da infecção pelo HIV (Santos et al., 2009).

A identificação desses contextos é importante para a análise da ocorrência de eventos relacionados com a atividade sexual da mulher. Por exemplo, um estudo realizado com mulheres na França, cuja última gravidez terminou em aborto, mostrou que a análise sobre o contexto da trajetória sexual, reprodutiva e social foi determinante para a compreensão de sua ocorrência, esclarecendo que isso se deveu ao esquecimento do uso do anticoncepcional oral ou devido à dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro (Bajos, et al, 2006).

A análise dos contextos que envolvem vulnerabilidades das mulheres ao HIV/Aids mostra que estes estão relacionados às questões da sexualidade, de gênero, de abuso sexual e de relações de poder; ao início precoce da vida sexual, à baixa aderência do uso do preservativo, ao histórico de infecções por DST, às dificuldades na negociação do uso do

preservativo com o parceiro fixo, entre outros (Ferraz, 2011; Santos et al., 2009).

Outros estudos mostram que existe uma notória associação das relações de gênero e de poder e a maior vulnerabilidade das mulheres a essas infecções. Entre os principais fatores citados nesses estudos estão a baixa escolaridade, as condições socioeconômicas menos privilegiadas, alguns fatores das relações de gênero como as relações de poder, a submissão das mulheres aos homens e, por consequência, o baixo poder de negociar o uso do preservativo (que as deixam mais inclinadas às relações sexuais desprotegidas) e a responsabilização sobre as questões reprodutivas do casal - concepção e contracepção (Santos et al., 2009).

Segundo Mann et al. (1993), a prevenção para o HIV deve contar com três elementos: informação/educação; serviços sociais e de saúde; e ambiente social de apoio. A vulnerabilidade individual aumenta com a falta de informações corretas a respeito da prevenção e tratamento das DST/Aids; aumenta quando o indivíduo não está motivado ou não percebe o perigo da infecção pelas DST/Aids; quando o indivíduo não tem facilidade de comunicação e negociação; não possui acesso aos serviços e aos insumos de prevenção; e ainda, quando não é capaz de implementar mudanças de comportamento em seu cotidiano (Mann et al., 1993).

Como a transmissão das DST/Aids depende de comportamentos individuais específicos para que ocorra, a prevenção é de responsabilidade individual, embora influenciada por aspectos coletivos. Dessa forma, a prevenção ou a diminuição da vulnerabilidade não pode ser administrada como uma vacina em uma população passiva. A prevenção requer investimento nos indivíduos para que sejam ativos na sua própria proteção e diminuição da vulnerabilidade, sendo necessários investimentos públicos para que haja acesso às ações de prevenção (Mann et al., 1993).

Portanto, se faz necessário que as mulheres, acima de tudo, se percebam vulneráveis ao HIV/Aids e saibam identificar de quais situações precisam se proteger. Ao mesmo tempo, que existam ações públicas, de âmbito de projetos, programas e ações para que as mulheres possam

acessar medidas de prevenção.

Nas falas das mulheres foi possível identificar **situações onde elas se reconhecem vulneráveis às DST/Aids**. Uma mulher participante foi enfática ao afirmar que “qualquer um pode pegar HIV” (OF2/86), enquanto outra comentou que “às vezes é difícil admitir que haja a possibilidade de pegar” (OF2/92). Outra refere que há a possibilidade de infectar-se com uma DST de algum parceiro que tenha tido contato (OF3/11) e afirmou pensar que “que homem nenhum é santo” (OF3/48). Uma delas referiu saber sobre a possibilidade de infectar-se com uma DST/Aids e conta ter obtido êxito na negociação do uso do preservativo com seu marido (OF3/103).

Uma das mulheres disse que não confia no casamento como garantia de proteção contra as DST/Aids:

Eu fui ajudando e explicando para ele. Agora nós usamos, é mais segurança. Não é porque se está casado que pode se descuidar. Ele tem outro pensamento. Eu sei de mim, mas será que eu sei dele, fora de casa? (OF3/114)

Quanto à autopercepção de vulnerabilidade, as mulheres comentaram ainda que “se não usar preservativo, as prejudicadas somos nós” (OF3/253) e que “até o beijo é perigoso hoje, não dá mais para sair beijando” (OF3/257). Comentaram ainda que as mulheres casadas “precisam aprender a ter mais opinião” (OF3/260) e que não devem ser submissas “ao ponto de se colocar em uma situação de risco” (OF3/261). Outra comentou ainda que percebe o risco de infectar-se com alguma DST/Aids ao tentar engravidar (OF3/264).

Demonstrando não se perceber vulnerável às DST/Aids, uma mulher perguntou sobre a eficácia da contracepção de emergência, que, segundo ela, vem sendo usada de forma indiscriminada entre suas colegas que “tomam uma pílula atrás da outra” (OF3/270) (OF3/271). A pesquisadora lembrou que além da ineficácia do uso em excesso os contraceptivos de emergência, ainda há o risco de infectar-se com uma DST/Aids durante uma relação sexual desprotegida. Em resposta,

demonstrando indignação com a colocação da pesquisadora, expressando não haver necessidade do uso do preservativo com o parceiro fixo, a participante disse: “Mas eu estou falando assim com o namorado, com o parceiro fixo! Quando toma muitas vezes acaba não fazendo mais efeito!” (OF3/272).

Em estudo em que foram entrevistadas mulheres com o intuito de analisar sua percepção com relação à vulnerabilidade feminina para contrair DST/Aids, os resultados mostraram duas dimensões sobre o assunto: a percepção das mulheres acerca do próprio comportamento e a opinião das mulheres acerca do comportamento das outras. No estudo mencionado, as entrevistadas reconheceram as mulheres em geral como vulneráveis, porém, não se consideraram em situação potencial de risco para contrair as DST/Aids (Silva; Vargens, 2009).

Estudos mostram que o outro é sempre visto como mais vulnerável, à justificativa de determinado comportamento que adota, enquanto as mulheres percebem-se protegidas. Na percepção dos indivíduos, parece claro quem é que pode ter aids: pessoas promíscuas, que adotam comportamentos de risco, com a vida sexual desregrada. Contudo, o casamento e a manutenção de um parceiro fixo em união estável, na percepção das mulheres parece garantir imunidade contra às DST/Aids, de tal forma que faz com que mantenham relações sexuais desprotegidas (Giacomozzi, 2004; Silva; Vargens, 2009; Thiengo et al., 2005).

Entretanto, as mulheres que não possuem parceiro fixo, sentem-se mais expostas ao risco de infectar-se e acabam por utilizar o preservativo nas relações sexuais ocasionais (Giacomozzi, 2004).

Um estudo que entrevistou mulheres soropositivas para o HIV mostrou quais foram as principais formas autopercebidas de infecção, como o parceiro manter a multiplicidade de parceiras sexuais ou ser bissexual, elas terem tido relações sexuais desprotegidas, o parceiro ser usuário de drogas e apenas uma pequena parte das mulheres entrevistadas afirmaram ter se infectado por terem relações sexuais em troca de dinheiro (Santos et al., 2009).

Estudos mostram ainda que as mulheres soropositivas para o HIV conheceram o seu diagnóstico em decorrência do adoecimento por aids do parceiro, dela mesma ou de um filho. Na maioria dos casos, a transmissão do HIV para uma segunda pessoa veio antes do diagnóstico da primeira, demonstrando que a baixa percepção da vulnerabilidade acarreta diagnósticos tardios (Braga et al., 2007; Santos et al., 2009).

Paiva (2000) dispõe que a autopercepção de vulnerabilidade começa a ser construída nos indivíduos desde a forma como foram ensinados acerca da epidemia da aids, como, por exemplo, se ao serem ensinados sobre a aids, puderam se enxergar dentro de uma determinada comunidade vulnerável ao HIV. A autopercepção da vulnerabilidade relaciona-se com os significados atribuídos ao sexo. Dos jovens que participaram das oficinas desse estudo, 60% disseram concordar com a frase: “aids não tem nada a ver comigo”.

As mulheres não se percebem vulneráveis, pois, em seu imaginário, não se encaixam nos perfis de vulnerabilidade daqueles que, segundo suas percepções, podem se infectar (Nascimento et al., 2005; Oltramari; Camargo, 2010; Silva; Vargens, 2009).

7.1 PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DAS PRECONDIÇÕES PARA A DIMINUIÇÃO DA VULNERABILIDADE

Para essa discussão, foram pesquisados nas frases temáticas referentes às três oficinas, as figuras e os temas que correspondem às condições de diminuição da vulnerabilidade, que respondem à escala de autoavaliação da vulnerabilidade individual proposta por Mann et al. (1993).

De acordo com Mann et al. (1993), conforme descrito no item 4.2, do ponto de vista biológico, todos os indivíduos são vulneráveis à infecção pelo HIV e para que uma pessoa seja infectada ou transmita o vírus HIV, é necessário que haja comportamentos específicos, que são identificáveis e

envolvem duas ou mais pessoas. Uma vez reconhecidos os comportamentos através dos quais a transmissão do HIV pode ocorrer, identificam-se os comportamentos que satisfazem as precondições para reduzir a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV. As precondições dizem respeito aos comportamentos que, se adotados ou não, influenciam no aumento da vulnerabilidade individual de infecção pelo HIV.

Para o mesmo autor, existe uma vulnerabilidade mínima quando o indivíduo é adepto da abstinência sexual ou pratica sexo sem penetração. A vulnerabilidade aumenta na medida em que o indivíduo: tem relações sexuais com penetração com outra pessoa não infectada e estes são adeptos da monogamia mútua; adota práticas de sexo seguro; ou não adota práticas de sexo seguro. Com base nessa colocação, foram pesquisadas nas frases temáticas (Apêndice B) as precondições de diminuição da vulnerabilidade (Apêndice C).

Partindo do conceito de **vulnerabilidade mínima** (Mann et al., 1993), durante as discussões nas oficinas, poucas mulheres explicitaram que mantêm abstinência sexual, dizendo que não usam o preservativo, pois não são casadas ou não têm vida sexual ativa (OF2/115) (OF3/57) (OF3/170), e nenhuma referiu praticar o sexo sem penetração.

Estiveram presentes nas oficinas mulheres casadas, que compartilharam sobre suas vidas conjugais. Nenhuma mulher expressou confiança na proteção do casamento ou da monogamia mútua contra as DST/Aids. Uma delas admitiu que, mesmo sendo casada e mantendo abstinência sexual, não acredita que esteja protegida contra as DST/Aids, dizendo: “não tem pessoa que não possa pegar” (OF2/91).

Outra participante comentou que as mulheres casadas não cogitam a possibilidade de seu esposo adquirir uma DST/Aids, e que mesmo fazendo o uso do preservativo, podem infectar-se na ocasião da tentativa de engravidar (OF3/264). Uma delas deu o exemplo de uma amiga que foi infectada com HIV pelo marido, que mantinha relações sexuais com outras mulheres (OF3/50) e outra enfatizou que não pode garantir que sabe sobre as condutas do marido fora de casa (OF3/114).

Na opinião delas, é admirável e triste que as mulheres casadas sejam infectadas com HIV e outras DST por meio do contato sexual com seu próprio esposo (OF3/168) (OF2/85). Disseram ser difícil admitir que haja a possibilidade de infectar-se (OF2/92). Nas frases, é possível encontrar mais relatos sobre ex-maridos infectados por DST e amigas casadas que foram contaminadas por seus esposos (OF2/83) (OF3/38).

Estudos mostram que a união estável denota proteção contra as DST/Aids para as mulheres (Maia et al., 2008; Nascimento et al., 2005; Oltramari; Camargo, 2010; Paiva, 2000; Santos et al., 2009; Silva; Vargens, 2009). Contudo, um estudo mostrou que dentre um grupo de mulheres que foram infectadas por HIV, e que, na época da infecção possuíam parceiro fixo, 70% relataram que foi este parceiro que as infectou e 22% não tinham certeza sobre isso (Santos et al., 2009).

Maia et al. (2008), em seu estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas casadas ou em união estável, mostram que nesse tipo de relacionamento o preservativo não é utilizado sob as justificativas da confiança no parceiro, de o parceiro não gostar de usá-lo, do uso de outro método contraceptivo e da realização prévia da testagem anti-HIV. Nesse estudo os homens afirmaram que o uso do preservativo é incompatível com fato de terem uma parceira fixa, e as mulheres justificaram que não havia necessidade do uso, pois confiavam em seus companheiros.

No mesmo estudo, apenas uma mulher relatou usar o preservativo para a prevenção de doenças e uma delas disse que, por confiar em seu parceiro, assumiu o risco de não se proteger. Contudo, 17% das pessoas entrevistadas relataram manter relacionamentos extraconjugais. Desses, 71% eram homens e 9% não utilizavam o preservativo nessas relações fora da união estável (Maia et al., 2008).

Como a aids ainda é vista como uma doença do outro (Braga et al., 2007; Oltramari; Camargo, 2010; Silva; Vargens, 2009), discute-se pouco sobre o uso do preservativo entre os casais. Maia et al. (2008) observou que valores culturais como o amor e a fidelidade, que constituem uma visão romantizada do relacionamento, são aspectos que contribuem para que os

casais abandonem o uso do preservativo na certeza de estarem protegidos contra o HIV/Aids.

Um estudo sobre as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável, realizado na Bahia, mostrou que as mulheres com maior tempo de união e com menor escolaridade estavam mais vulneráveis ao HIV/Aids e que as mulheres com escolaridade média reconhecem a possibilidade de infectar-se devido a uma possível traição do homem (Rodrigues, et al., 2012).

Quando o preservativo é utilizado pelas mulheres com o parceiro fixo, geralmente o é como forma de contracepção. A sensação de proteção da conjugalidade tem sua base na confiança de que o parceiro não irá expor o outro ao risco. Os estudos mostram que quanto maior o tempo com o parceiro, maior a dificuldade em exigir o uso do preservativo (Maia et al., 2008; Oltramari; Camargo, 2010; Rodrigues, et al., 2012).

Vera Paiva (2000), em seu estudo com jovens, mostra relatos de justificativas para a não utilização do preservativo na última relação sexual. Nesse estudo, 40% dos jovens justificaram que estariam se relacionando com um parceiro fixo. Em suas falas, demonstraram surpresa diante da informação que deveriam utilizar o preservativo mesmo nesse tipo de relação. Um em cada três jovens disse não usar por não gostar, enquanto as mulheres citaram as dificuldades em negociar o uso com o parceiro ou referiram fazer uso de outra forma de contracepção. Os homens mencionaram ainda ter nojo do preservativo ou afirmaram não acreditar que a aids aconteceria com eles.

Com relação às **negociações de práticas sexuais e do uso do preservativo**, em suas falas, as mulheres expressaram encontrar dificuldades em solicitar aos parceiros fixos e maridos que o use, pois acreditam que não aceitariam (OF2/94) (OF2/98), ao argumento de que as mulheres estariam assumindo manter relações sexuais fora do casamento ou acusando-os de mantê-las (OF2/95) (OF3/51) (OF3/52). Segundo a percepção delas, eles são machistas, não se percebem vulneráveis às DST/Aids (OF3/45) e dizem que usar preservativo é como “chupar bala com

o papel” (OF2/96) (OF2/106) (OF3/44) (OF3/113). Uma participante disse que usar o preservativo pode ser uma questão de costume (OF3/104). Outra lamenta que seu esposo não tenha aceitado o uso do preservativo (OF3/101) (OF3/102) (OF3/227) (OF3/230).

Uma mulher questionou se as prostitutas encontram as mesmas dificuldades na negociação do uso do preservativo (OF3/258) e concluiu, junto com outra participante, que se os homens aceitam seu uso com as prostitutas, as esposas também deveriam exigir a mesma conduta (OF3/259) (OF3/260).

Na percepção delas, não é esperado que um homem casado infecte-se com uma DST/Aids (OF3/264). Mesmo assim, expressaram em suas falas as tentativas de negociação do uso do preservativo, tendo algumas relatado que obtiveram sucesso na negociação com seus esposos (OF3/103) (OF3/114) (OF3/288).

Analisando as falas das mulheres diante da perspectiva das relações de gênero, estão explícitas condições de exercício de poder espantosamente desiguais. As mulheres em nossa sociedade têm ocupado lugares subalternos em relação aos homens (Fonseca, 1997).

A dimensão social do processo saúde-doença considera que o modo de inserção dos indivíduos na sociedade determina seus agravos à saúde. Os significados de adoecer para cada um, e os recursos para o enfrentamento constituem os contextos nos quais os indivíduos estão inseridos (Villela, 2005). O conceito de vulnerabilidade que embasa este estudo, proposto por Mann et al. (1993), enfatiza que o adoecimento resulta de fatores individuais e sociais, referindo-se à dimensão social do processo saúde-doença, que podem favorecer o aumento de sua vulnerabilidade às doenças, o que inclui as discussões sobre as relações de gênero, vistas como relações de poder (Braga et al., 2007; Ayres et al., 2003).

O conceito de gênero é essencial para a discussão desse estudo, pois nos leva à compreensão das relações que são estabelecidas entre o sexo feminino e o masculino na sociedade, e considera não apenas as diferenças fisiológicas e anatômicas entre eles (sexo biológico), mas as

diferentes posições que assumem na sociedade ao longo do tempo (sexo social). O sexo social é visto como produto das relações entre homens e mulheres na sociedade e faz parte da construção dessas mesmas relações (Barbosa et al., 1995; Fonseca, 1997; Villela, 2005).

A análise de gênero aponta para perfis específicos de vulnerabilidade às DST/Aids. Um estudo, cujo objetivo era de compreender a representação social de mulheres com relação conjugal estável e em situação de pobreza acerca da aids, foi realizado na região de Camaragibe (Recife). As mulheres eram dependentes dos maridos e com renda familiar de até dois salários mínimos. Entre essas mulheres foi identificado um aumento da vulnerabilidade às DST/Aids, pois suas percepções acerca de sua vulnerabilidade lhes forneciam uma falsa sensação de imunidade. O casamento, na percepção delas, era visto como fator de proteção contra as doenças e algumas demonstraram desconhecimento dos modos de risco, etiologia e prevenção. As mulheres não se percebiam em situação de risco e enxergavam apenas os outros como em situação de vulnerabilidade ao HIV/Aids (Braga et al., 2007; Nascimento et al., 2005; Maia et al., 2008).

Entre as várias questões sobre as relações de gênero, estão as negociações do uso do preservativo e das práticas sexuais. As mulheres costumam de fato encontrar dificuldades para pedir que o marido ou o parceiro fixo use o preservativo. Em um estudo, as mulheres não percebiam a necessidade da negociação, alegando conhecer o parceiro e a possibilidade de trazer prejuízos para o relacionamento, pois propor o uso do preservativo poderia acarretar desconfiança entre o casal (Silva; Vargens, 2009; Paiva, 2000).

Estudos mostram que mesmo que a mulher não concorde com as condutas sexuais de seus parceiros, assim como a traição e a multiplicidade de parceiras sexuais, nem sempre conseguem mudar os termos da relação ou não possuem autonomia financeira suficiente para deixá-la. Ainda, outros aspectos determinam o baixo poder de negociação sexual das mulheres, como sua submissão aos homens e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas do casal, que dificultam o diálogo entre o casal

e determinam uma situação de maiores chances de exposição ao HIV entre as mulheres (Santos et al., 2009).

Um relato contido em um estudo evidencia claramente que a submissão das mulheres aos homens está acima da consciência dos riscos e da autopercepção de vulnerabilidade das mulheres. Uma entrevistada que conhecia a condição sorológica positiva de seu parceiro fixo para o HIV, afirmou que nunca usavam o preservativo, pois seu parceiro não gostava (Cechim et al., 2007).

No estudo realizado com as mulheres em união estável na Bahia, algumas entrevistadas reconheciam a possibilidade de infectar-se com o HIV. Porém, essa possibilidade era atribuída à traição do homem, o que trazia às mulheres maior preocupação do que com as doenças em si. O estudo concluiu que essa situação comprova a submissão feminina ao comportamento masculino que é socialmente e culturalmente determinado (Rodrigues, et al., 2012).

Com base nesses estudos e nas falas das mulheres, percebe-se que a negociação do uso do preservativo esbarra em questões sociais, culturais e emocionais, e que são de difícil diálogo. Os estudos mostram também que o preservativo deixa de ser usado com o tempo nas relações estáveis e que as mulheres conseguem argumentar o seu uso de forma mais eficaz com os parceiros casuais do que com os fixos (Santos et al., 2002; Santos et al., 2009).

As mulheres ficam então em situação desprivilegiada e mais vulneráveis às DST/Aids devido à sua posição social que as impedem de negociar o uso do preservativo, discutir a fidelidade ou abandonar as relações que as colocam em situação de risco (Barbosa et al., 1995; Barbosa, 2000; Maia et, al, 2008).

Quanto à **adoção de práticas de sexo seguro**, nas falas das mulheres há diversos relatos sobre o uso do preservativo e sobre algumas dificuldades encontradas para seu uso apropriado. Elas confirmaram que as relações sexuais sem o uso do preservativo aumentam sua vulnerabilidade às DST/Aids (OF2/62), e elencaram algumas vantagens do seu uso, como a

da higiene (OF2/99) e o aumento da proteção contra infecções de urina (OF2/100). Afirmaram que o preservativo deve ser usado (OF3/16) (OF3/31) (OF3/246) como forma de prevenção às DST/Aids (OF3/54). Uma participante mencionou a importância do preservativo na prevenção das DST/Aids nas relações anais (OF2/123).

Uma das mulheres compartilhou que possui alergia ao látex e por isso não faz uso do preservativo (OF2/97), lamentando o fato, pois faz uso de contracepção injetável e não se adaptou (OF3/105). Outra dificuldade encontrada foi relatada por uma mulher que diz não sentir prazer na relação sexual devido ao uso do preservativo (OF3/106). Foram observadas também concepções errôneas sobre o seu uso, como quando uma das participantes disse que três preservativos protegem mais (OF3/146), quando outra cita que não sabia sobre a necessidade de tirar o ar do reservatório na extremidade do preservativo (OF3/156) e quando outras perguntam sobre o risco do preservativo estourar (OF2/121) (OF2/122). Uma das mulheres concluiu que é necessário saber colocar o preservativo para garantir a sua eficácia (OF2/110) e outra enfatizou que há o momento certo de colocá-lo (OF3/66).

Sobre o preservativo feminino, conforme já citado, há muitas falas sobre o como seu uso é incômodo na percepção das mulheres (OF2/102) (OF2/103) (OF2/104) (OF2/105) (OF3/63) (OF3/64) (OF3/65) (OF3/70) (OF3/71) (OF3/72) (OF3/73) (OF3/74) (OF3/75) (OF3/76) (OF3/77) (OF3/78) (OF3/81) (OF3/82). Uma participante relatou que viu o preservativo feminino pela primeira vez durante a oficina (OF3/56). Outra relatou que não gostou de manusear o preservativo durante as oficinas: “Eu não gostei de colocar a camisinha. Sei lá, aquele negócio. Eu não achei legal” (OF3/132).

Sobre a importância do seu uso, o estudo de Santos et al. (2009) mostrou que 32% das mulheres entrevistadas que não conviviam com HIV/Aids nunca usavam preservativos e 46% usavam eventualmente. Enquanto isso, entre as mulheres convivendo com HIV/Aids, as porcentagens foram maiores: 62% relataram que nunca usavam o preservativo e 32% faziam uso às vezes.

Barbosa (2000), em seu estudo para a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), aduz que mesmo com os esforços dos projetos de intervenção, estudos mostram que a adoção do preservativo nas relações estáveis é em geral menor do que 20%. A autora expõe ainda que o uso de um método menos eficaz, usado conscientemente e com uma boa cobertura dentro de um grupo populacional, pode oferecer a mesma proteção que um método eficaz como o preservativo masculino. Ou seja, um método menos eficaz, porém mais adotado em determinado grupo populacional evitaria mais infecções pelo HIV do que um método de alta eficácia com grande rejeição.

A mesma autora cita o modelo hierárquico de prevenção, proposto por Gollub (1997). O modelo propõe que a mulher, consciente da eficácia de cada um dos métodos de prevenção, faça a escolha pelo método que melhor convier de acordo com cada situação. Os métodos propostos, do mais eficaz para o menos eficaz, são: abstinência sexual; sexo sem penetração; preservativo masculino; preservativo feminino; microbicidas; diafragma/capuz cervical associado aos microbicidas; e o coito interrompido (Barbosa, 2000).

A ideia central desse modelo é ampliar o leque de opções, aumentando a chance de uso de pelo menos um dos métodos de prevenção, em vez de nenhum. O estudo de Gollub (1997), segundo Babosa (2000), demonstrou que é mais provável que o indivíduo adote o modelo do que apenas um método. Ainda assim, a adoção do método não descarta a necessidade da flexibilidade do diálogo com o parceiro, a capacidade da negociação e percepção e avaliação do risco de cada relação. A autora correlaciona o modelo hierárquico de prevenção aos programas de redução de danos, já utilizados com relação ao público no uso de drogas.

Até os dias atuais não há uma forma de prevenção às DST/Aids que possa ser totalmente controlada pelas mulheres, o que prejudica a tomada de decisões referentes à sua própria saúde e integridade física. (Barbosa et al., 1995; Barbosa, 2000; Maia et al., 2008). Barbosa (2000) expõe que há

controvérsias quando se fala em métodos que possam ser controlados exclusivamente pelas mulheres, pois, de certa forma, a maioria dos métodos depende da cooperação ou do aceite do parceiro.

Contudo, entre os métodos propostos, o uso de microbicidas e do preservativo feminino propicia à mulher uma ampliação da sua capacidade de tomada de decisões com relação à proteção de seu corpo e sobre o cuidado com a sua saúde. Os microbicidas ganham destaque, pois poderiam ser utilizados pela mulher sem o conhecimento do parceiro, têm baixo custo e são de fácil acesso. Há, contudo, a polêmica de que seria necessário o desenvolvimento de produtos que não sejam ao mesmo tempo espermicidas (Barbosa, 2000).

Estudos sobre a eficácia de cada método esbarram em seu aspecto ético, de que cada ser humano submetido às pesquisas não pode ser exposto a um risco que poderia ser evitado. O preservativo feminino proporciona barreira efetiva para a contracepção e essa evidência tem sido utilizada como parâmetro do seu possível efeito protetor contra as demais DST/Aids (Barbosa, 2000).

Os estudos apresentam ainda a discussão do que seria prioritário na saúde sexual das mulheres - a contracepção, a prevenção do HIV ou das DST - levando em consideração as diversas consequências de uma relação sexual desprotegida, como a gravidez, a infecção pelas DST/Aids e seus possíveis desdobramentos como a infertilidade, a gravidez ectópica, o câncer cervical, a transmissão vertical, o aborto ou sequelas do feto e a morte (Barbosa, 2000, Ministério da Saúde, 2003). É sabido que a presença de DST traz consigo o aumento da possibilidade de infectar-se com HIV. Em países africanos, houve sucesso na diminuição das infecções por HIV realizando-se tratamentos em massa das DST, com resultados ainda não alcançados por meio de programas de prevenção nos países mais desenvolvidos (Santos et al., 2009).

São conhecidas ainda outras formas de diminuição da vulnerabilidade, além das práticas de sexo seguro, como a manutenção de parceiros sexuais exclusivos, a diminuição do número de parceiros, testes

de HIV ao início dos relacionamentos de parceria fixa, o acesso à informação e aos insumos de prevenção, entre outros (Mann et al., 1993; Ministério da Saúde, 2003; Santos et al., 2009).

O Ministério da Saúde (2003) recomenda para casos de parceria fixa que seja realizado um teste anti-HIV para a constatação da sorologia negativa no casal e então, por meio de um pacto de fidelidade o preservativo possa deixar de ser usado. Se um dos parceiros for usuário de drogas, recomenda-se o uso consistente do preservativo e da realização periódica da testagem anti-HIV. Em casos de relacionamento com parceiros eventuais, deve ser utilizado o preservativo de forma consistente.

Nas falas das mulheres, pôde-se elencar expressões acerca de sua **consciência sobre a vulnerabilidade às DST/Aids do(s) parceiro(s) sexual(is) no passado e no presente**, na medida em que demonstraram preocupação em manter relações sexuais protegidas, mesmo com o parceiro fixo (OF2/85) (OF2/91) (OF3/259) (OF3/260), admitindo a possibilidade de infectar-se por meio do contato sexual com seus parceiros.

Sobre o **número de parceiros sexuais**, em algumas de suas falas, as mulheres acabaram por indicar multiplicidade em seus relacionamentos. Em algumas falas foram identificados relatos sobre mulheres que foram infectadas por seus parceiros fixos, que possuíam outras parceiras sexuais (OF2/83) (OF2/85) (OF3/38) (OF3/49) (OF3/50) (OF3/168). Uma participante revelou que há possibilidade de adquirir uma DST/Aids de “algum” parceiro, indicando manter multiplicidade de parceiros (OF3/50). Outra revelou que seu filho é “mulherengo” (OF3/167). Em outro relato, uma mulher conta sobre uma colega que engravidou após seu esposo ter realizado a vasectomia (OF3/281). As demais questionam se ela engravidou de seu marido ou de outro parceiro (OF3/282).

Santos et al. (2009) mostram em seu estudo que as mulheres convivendo com HIV não apresentaram um número consideravelmente maior de parceiros sexuais do que as outras mulheres na época de sua infecção. Outros fatores identificados no grupo das mulheres soropositivas estudadas foram mais significantes estatisticamente: o uso de drogas, o

início da vida sexual precoce, a baixa aderência ao uso do preservativo e o histórico de violência contra a mulher e infecções anteriores de DST.

Contudo, é sabido que a prática da multiplicidade de parceiros é mais bem aceita socialmente entre os homens (Santos et al., 2002), e mesmo as mulheres não concordando com isso, 70% das mulheres do estudo de Santos et al. (2009) afirmaram que foram infectadas por seu parceiro fixo, pois se sabe que o casamento, a intimidade e o amor romântico dão a falsa sensação às mulheres de proteção contra as DST/Aids. Estudos mostram que a crença de que o parceiro fixo é mais seguro é amplamente disseminada (Maia et al., 2008; Mann et al., 1993; Rodrigues et al., 2012).

Estudos apontam a diminuição do número de parceiros como aspecto importante a ser considerado para a diminuição da vulnerabilidade às DST/Aids (Mann et al., 1993; Santos et al., 2009; Santos et al., 2002).

O estudo de Santos et al. (2002) aponta que mesmo entre as mulheres que percebiam o risco de infectar-se com HIV/Aids por saber da multiplicidade de parceiras sexuais que mantinham, nenhuma relatou uma postura de prevenção diante da situação. Das mulheres que possuíam parceiros fixos, 41% faziam uso inconsistente do preservativo.

Acerca da **consciência dos modos de risco de transmissão sexual e prevenção das DST/Aids**, as mulheres expressaram-se acerca da importância de conhecer o próprio corpo e o corpo do homem para a detecção precoce de sinais e sintomas das DST (OF1/106) (OF1/107) (OF2/35) (OF2/63) (OF3/25) (OF3/34) (OF3/35) (OF3/36) (OF3/37) (OF3/38) (OF3/46). Uma participante demonstrou satisfação em ter aprendido sobre os nomes científicos da genitália feminina e expressou como isso deve ajudá-la em sua prevenção:

Gostei da vulva. Agora eu vou dizer: minha vulva está doendo! Eu sempre ia ao médico, mas nunca conseguia explicar, eu nunca iria dizer que estava doendo nessa região aqui. Eu dizia que era a barriga, e então ele não sabia que tinha que olhar lá, não é? Então não me examinava. Mas agora não, se eu tiver que dizer, não ficarei mais com vergonha. Então eu gostei de saber os nomes

das partes do corpo (OF3/154).

As mulheres demonstraram conhecer alguns sintomas das DST/Aids como o mau cheiro, a coceira, as feridas (OF2/59) (OF2/69) (OF2/71) (OF2/73) (OF2/90) (OF3/10); lembraram o aspecto normal da secreção vaginal (OF3/33); deram definições para o termo DST (OF3/12) como “uma doença que transmite de uma pessoa para outra” e “DST transmite fazendo relação sexual” (OF2/58) (OF2/61) (OF3/13) (OF3/15) (OF3/144) lembrando que são transmitidas apenas pelas relações sexuais desprotegidas (OF2/62). Citaram alguns nomes de doenças, como a aids, a sífilis, a gonorreia, o cancro e a “crista de galo” (OF3/14) (OF2/60) e uma participante comentou que, ao verificar em seu corpo sintomas como uma verruga ou corrimento, ela percebe que adquiriu uma DST de algum parceiro (OF3/11).

Por outro lado, uma das mulheres demonstrou surpresa diante da informação acerca de doenças como a sífilis e a herpes, que são transmitidas pelo contato com a pele infectada sem a necessidade do contato com fluídos corporais (OF2/125). Outra comentou que não admitia ser possível a mulher apresentar corrimento vaginal esverdeado (OF2/127) (OF2/128).

Na opinião delas, os homens acabam por responsabilizar as mulheres pela transmissão das doenças, pois pensam não ser vulneráveis a essas doenças (OF3/41) (OF3/45) (OF3/49) (OF3/172), e não costumam procurar tratamento (OF3/42). Uma das mulheres foi enfática ao dizer que exige o uso do preservativo (OF3/43).

As mulheres participantes lembraram que o número de pessoas infectadas entre a população idosa vem aumentando em decorrência uso de medicações que garantem a ereção (OF2/87) (OF2/88) e finalmente assumiram que “qualquer um pode pegar HIV!” (OF2/86).

As participantes reconheceram a necessidade de realizar o papanicolau e a testagem para o HIV (OF3/17) (OF3/29), a importância da higiene (OF2/64) (OF3/30) (OF3/39) (OF3/40) e do uso do preservativo

(OF3/18) (OF3/31).

Estudos demonstram que há relação entre conhecimento sobre os modos de risco e prevenção das DST/Aids e o comportamento, porém, como há muitas outras variáveis para que o conhecimento seja aplicado, a influência do conhecimento pode ser pequena ou nula no comportamento dos indivíduos (Almeida et al., 2007; Ferreira, 2003, 2008; Natividade, 2010; Trajman, 2003).

Sobre as formas de transmissão sexual, um estudo sobre o nível de conhecimento mostrou que 31% dos entrevistados estavam mal informados com relação ao uso do preservativo masculino e 40,5% mal informados quanto ao uso do preservativo feminino. Ainda, 95% dos entrevistados mostraram-se informados ao identificar como risco as situações que envolviam multiplicidade de parceiros sexuais, e 85% mostraram-se bem informados ao indicar como de alto risco a situação de casais com envolvimento com mais parceiros (Coordenação Nacional de DST/Aids, 2006).

Em 2008 foi realizada uma pesquisa acerca dos conhecimentos sobre o HIV/Aids na população brasileira, comparando os resultados com um estudo similar realizado em 1998. Constatou-se o aumento do nível de informação da população com relação ao uso do preservativo masculino. O percentual de pessoas bem informadas com relação ao seu uso passou de 69% para 90%. Houve aumento de conhecimento com relação ao risco de contaminação por seringas reutilizadas por usuários de drogas injetáveis, aumento de conhecimento acerca do coito interrompido, do sexo oral e das formas de transmissão do HIV e ainda, foi registrada queda de nível de informação com relação ao uso do preservativo feminino (Ferreira, 2008).

Quanto às situações de risco, houve queda no nível de conhecimento acerca do risco da manutenção de multiplicidade de parceiros sexuais e nos demais itens investigados o nível de conhecimento permaneceu equivalente. O nível de informação mínima sobre o HIV/Aids encontrado cresceu de 51,7% em 1998 para 57,2%, em 2005. Não foi encontrada diferença significativa de nível de conhecimento entre os sexos

nessa categoria. O estudo dá destaque para os jovens entre 16 a 24 anos, pois não houve aumento significativo de conhecimento nessa faixa etária (Ferreira, 2008).

O estudo mostrou ainda um aumento de número de participantes que não se perceberam em situação de risco para contrair DST/Aids, de 60% em 1998 para 66% em 2005. O estudo concluiu que apesar do aumento do nível do conhecimento em geral, diante da situação dos jovens e da diminuição da autopercepção de vulnerabilidade, ainda se fazem necessários novos investimentos em ensino e em prevenção (Ferreira, 2008).

Um estudo mostrou que a população estudada encontrava-se vulnerável ao risco de contrair HIV/Aids, apesar dos entrevistados demonstrarem conhecimento acerca da transmissão. Quase todos disseram conhecer a via sexual de transmissão do HIV e 95% referiram-se ao preservativo como forma de prevenção. Contudo, apenas 14% dos indivíduos afirmaram ter usado o preservativo em todas as relações sexuais nos últimos doze meses (Maia et al., 2008). Outro estudo mostrou que 85% dos entrevistados possuía uma percepção correta acerca dos modos de risco à infecção pelo HIV, e apenas no item doação de sangue a maioria respondeu que o doador estaria em risco para infectar-se. Contudo, 63% afirmaram usar o preservativo, 26% usavam às vezes e 2,1% não faziam uso do preservativo. Ainda, 63% deles disseram ser improvável infectar-se com uma DST (Silva et al., 2009).

Outro estudo foi realizado com pessoas entre 13 e 49 anos, moradores da favela da Rocinha, no sul do Rio de Janeiro, onde 83% dos entrevistados percebiam a aids como uma ameaça à comunidade, $\frac{3}{4}$ da amostra conheciam pessoas infectadas e $\frac{1}{4}$ dos entrevistados não demonstrou confiança no uso do preservativo como forma de prevenção. Na amostra, 74% confirmaram a inexistência de cura para a aids por meio de remédios ou vacinas; 90% disseram que uma pessoa com boa aparência pode estar infectada com HIV; mais de 95% afirmaram que o HIV pode ser transmitido do homem para a mulher e vice-versa, e de homem para homem

nas relações sexuais; e 91% mostraram saber da possibilidade da transmissão vertical. Ainda, 97% afirmaram que a transfusão de sangue pode trazer contaminação e 56% que o ato de doar sangue traz riscos; 20% disseram que o beijo na boca e 41% que a picada de mosquito podem transmitir o vírus (Fernandes, 1998).

Quanto às informações sobre os modos de risco em meio à população idosa, um estudo realizado com 224 idosos em Goiás mostrou que quase a metade deles possuía vida sexual ativa, 67% não fazia uso do preservativo, e apesar dos conhecimentos demonstrados, muitos afirmaram que picada de insetos, compartilhamento de copos, talheres, sabonetes e toalhas transmitem o vírus. Apesar de 95% terem afirmado que é possível infectar-se com HIV por meio do sexo desprotegido, 82% afirmaram não ter usado o preservativo na última relação sexual e 18% afirmaram manter relações com profissionais do sexo (Pereira et al., 2010).

Em outro estudo sobre essa população, verificou-se o conhecimento acerca do conceito da doença, da prevenção, da transmissão, do agente etiológico, da existência de um tratamento e impossibilidade de cura. Sobre o conhecimento em relação aos meios de infecção, 37% responderam afirmativamente sobre o contato sexual, 57% identificaram o uso do preservativo como forma de prevenção e 20% responderam que a aids tem cura. O estudo concluiu que o conhecimento sobre a aids entre a população idosa da amostra é precário, supondo relação com a baixa escolaridade (Batista et al., 2011).

Outros estudos apontam para uma deficiência no conhecimento acerca da prevenção e transmissão do HIV/Aids entre os estudantes do ensino médio (Ferreira, 2003, 2008; Martins et al., 2006; Trajman et al., 2003).

Trajman et al. (2003) realizaram seu estudo com 945 estudantes de 13 a 21 anos, dos quais 94% afirmaram reconhecer o preservativo como forma de prevenção às DST/Aids, porém apenas 34% afirmaram usá-lo nas relações sexuais. O estudo associou a baixa renda familiar com o conhecimento insatisfatório e com o uso inconsistente do preservativo. O

estudo concluiu que por não ter sido verificada associação entre conhecimento insatisfatório e uso inconsistente do preservativo, os programas de prevenção devem focar o ensino no comportamento de risco.

Martins et al. (2006) demonstraram em seu estudo que apesar de os adolescentes possuírem um grau mais elevado de informações que os adultos, o conhecimento ainda é considerado baixo e os adolescentes que possuíam maior nível de conhecimento não necessariamente mudaram seu comportamento para protegerem-se de uma infecção.

Sobre o conhecimento acerca da prevenção e transmissão do HIV, foi realizado um estudo com 50 mulheres soropositivas para o HIV que eram atendidas em um ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Antes de saberem sobre seu *status* sorológico, 62% das mulheres mencionaram não obter informações prévias acerca dos modos de transmissão do HIV e 68% disseram não ter conhecimento prévio acerca dos meios de prevenção. O estudo também considera que o desconhecimento sobre as informações de infecção e prevenção pode ter influência do baixo nível de escolaridade das mulheres da amostra e que aumentar o nível desses conhecimentos só poderia amenizar a vulnerabilidade dessas mulheres se fosse possível a incorporação desses conhecimentos à vida sexual. O estudo não mostrou se o conhecimento das mulheres aumentou depois de diagnosticadas com HIV, com a frequência no serviço de atendimento citado (Gir et al., 2004).

Os estudos demonstram que a ausência de adoção de práticas sexuais seguras e as dificuldades do uso do preservativo, em geral, não estão ligados ao baixo nível de conhecimento sobre a prevenção e modos de transmissão das DST/Aids nas populações estudadas. Conforme discutido anteriormente, há forte influência de outros fatores como a autopercepção de vulnerabilidade e as relações de gênero vistas como relações de poder (Maia et al., 2008; Santos et al., 2009).

As mulheres participantes deste estudo enfatizaram a importância da realização do acompanhamento pré-natal e narraram histórias de diagnóstico de doenças na ocasião dos exames (OF2/83), além de

demonstrarem ter **consciência do risco da transmissão vertical** (OF2/92) (OF3/50) (OF3/263) (OF3/265) (OF3/266).

Como consequência da feminilização da epidemia da infecção pelo HIV no Brasil, estudos mostram o aumento das taxas de transmissão vertical (Brito et al., 2006, Kitchenman, 2012). Entretanto, o acesso aos antirretrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV acarretaram uma drástica diminuição de mortalidade e morbidade por HIV e consequentemente da transmissão vertical do vírus (Brito et al., 2006; Paiva et al., 2006).

Estudos mostram que 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no período intraparto, e o restante dos casos ocorrem no terceiro trimestre da gestação. Durante o aleitamento materno o risco de transmissão é de 7% a 22%. Alguns fatores concorrem para o aumento do risco da transmissão, como a tempo percorrido entre a ruptura das membranas amnióticas até o momento do parto e a quantidade de vírions no leite materno e nas secreções cérvico-vaginais (Brito et al., 2006).

A taxa de transmissão vertical do HIV sem nenhuma intervenção é de 20%. Porém, com o uso das recomendações preventivas, como a administração adequada da terapia antirretroviral (TARV), o parto cesárea eletivo e quando a carga viral sérica da gestante é menor do que mil cópias/ml, essa taxa pode cair para 2% a 0% (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2011), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) prevê que a transmissão vertical do HIV será considerada eliminada quando as taxas de incidência forem menores do que 2 casos para cada 100 mulheres infectadas, e para a sífilis congênita, um caso para cada mil nascidos vivos. Para a sífilis, há tratamento durante o pré-natal e, para o HIV, a possibilidade de prevenir a transmissão no momento do parto. No Estado de São Paulo são realizados 600 mil partos por ano. A Secretaria de Estado da Saúde, o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde e outras agências governamentais, em consonância com a OPAS elaboraram um plano de ações que prevê a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis até 2015.

O tratamento da sífilis na gestação é colocado pelo mesmo estudo

como um desafio, pois os homens não costumam comparecer nas atividades de prevenção desenvolvidas nos serviços básicos de saúde (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011).

A taxa de transmissão vertical do HIV no Estado de São Paulo diminuiu de 9,4% no ano de 2000, para 2,7% em 2006. O Estado tem sido pioneiro no país na adoção de medidas preventivas e, após implantação do protocolo de zidovudina no pré-natal, parto e puerpério em 1994, constatou-se uma diminuição de 67,5% da taxa de transmissão vertical do HIV. Além do uso dos ARV, o declínio da incidência é atribuído também ao uso do inibidor da lactação e da fórmula láctea infantil, bem como aos testes anti-HIV no pré-natal. O estudo prevê que a eliminação da transmissão vertical do HIV é possível para o Brasil, porém no Estado de São Paulo a taxa de cobertura de todas as ações preventivas citadas ainda é de 82% (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011).

Um estudo mostrou que antes da implementação dos protocolos de TARV no Estado de São Paulo, a taxa de transmissão vertical foi estimada em 16% (Tess et al., 1998). Outros estudos mostram que as gestantes que seguiram as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, mostram reduções das taxas para 2% a 3% (Ministério da Saúde, 2004; Nogueira et al., 2001).

Contudo, assim como nas outras formas de prevenção das DST/Aids, há múltiplos fatores envolvidos, e o sucesso da diminuição da vulnerabilidade requer os indivíduos envolvidos no autocuidado. Em um estudo foram entrevistadas mulheres soropositivas para HIV que não aderiram ao tratamento profilático recomendado pelo Ministério da Saúde. Nesse estudo foi constatado que a adesão ao tratamento esbarra em questões das relações de gênero, como as dificuldades encontradas pelas mulheres na negociação do uso do preservativo e de práticas sexuais seguras, além de outros fatores como a baixa renda, o desemprego, a baixa autoestima, a falta de autocuidado, a negação da doença, a ausência de planejamento familiar e as dificuldades em realizar o pré-natal de alto risco, relacionadas aos serviços de saúde. Esses fatores aumentam a

vulnerabilidade das mulheres ao HIV e concorrem para a não adesão ao tratamento e aumento das taxas de transmissão vertical do HIV (Cechim, 2007).

A transmissão vertical do HIV traz consequências também para a população adolescente. Estudos mostram que a principal forma de infecção pelo HIV nessa faixa etária é a via sexual, contudo, devido ao aumento da sobrevivência de gestantes e filhos com os avanços no tratamento e maior acesso à testagem anti-HIV, as crianças nascidas com HIV estão chegando e por vezes ultrapassando a adolescência (Barreto, 2011; Paiva et al., 2011).

No estudo de Paiva et al. (2011), os adolescentes entrevistados que convivem com HIV apresentam os comportamentos e anseios esperados para a idade, namoram normalmente, alguns já iniciaram a sua vida sexual e expressam desejo de ter filhos. Nesse estudo estão apresentados alguns desafios para a prevenção nesta faixa etária. Os adolescentes mencionam nas entrevistas as dificuldades em contar aos parceiros sobre ser *status* sorológico, dificuldades no uso do preservativo que nem sempre tem tamanho apropriado para a idade, além de expressar preocupação em infectar com HIV alguém de quem gostam. Alguns contam que foram deixados pelos parceiros quando revelaram sobre o HIV. O estudo mostra a necessidade da realização de trabalhos que vão além do aumento da sobrevivência, mas que tratem da saúde integral e da qualidade de vida desses adolescentes.

Acerca das expressões sobre sua **autoestima** e como este aspecto implica nas questões de sua vulnerabilidade, uma das participantes do presente estudo relata:

“Aconteceu um monte de coisas comigo, às vezes eu ficava um mês menstruando. Eu tive quatro filhos, mas se eu tivesse participado dessas palestras antes, seria diferente. Eu sou bem aberta. Depois dessa palestra eu disse a gente vai usar (o preservativo) e vai ser por mim! Por prevenção minha! Por que eu me amo e quero me cuidar. E ele disse que tudo bem, sem problemas. É importante para mim.” (OF3/288).

É sabido que a autoestima é um fator importante quando são tratadas questões como doenças, violência e abuso sexual. A autoapreciação influencia o ser humano na forma como pratica o autocuidado, a proteção e o respeito com seu próprio corpo e ao corpo do próximo.

A autoestima está ligada à dimensão individual do conceito de vulnerabilidade. O processo de consolidação da autoestima resulta em ações de autocuidado. Gostar-se e conhecer-se foram identificados como fatores fundamentais para a prática do autocuidado.

Sobre a repercussão da autoestima para a vulnerabilidade às DST/Aids, uma mulher participante disse que se não procurar de imediato tratamento aos primeiros sintomas de uma DST, devido à falta de autocuidado, a situação pode se agravar (OF3/37). Outras, disseram que “o mais importante é que a mulher ame a si mesma” (OF1/105); que devem preocupar-se consigo (OF3/287), e ser importante gostar do próprio corpo (OF2/36). Durante a leitura de imagem as mulheres expressaram opiniões sobre a vaidade, sobre a necessidade de conhecer a si mesma e sua sexualidade (OF1/34) (OF1/36) (OF1/37) (OF1/38) (OF1/42) (OF1/46). Um pouco diferente da opinião da maioria, uma delas diz que não pensa ser importante que a mulher se enfeite como na imagem, onde, em sua opinião a mulher está muito enfeitada (OF1/101).

Um estudo da área da psicologia demonstrou que a autoestima está correlacionada de forma negativa e significativa com a vulnerabilidade (Ito et al., 2007). Estudos demonstram a necessidade do fortalecimento individual e da autoestima, o que poderia refletir no potencial para a negociação do uso do preservativo e das práticas sexuais seguras e, conseqüentemente, para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres (Sanches, 1999). Possuir elevada autoestima significa ter sentimentos e atitudes de aprovação, de valorização de si. Um estudo mostrou que a autoestima é desenvolvida desde a infância, na convivência no ambiente familiar, mas que pode ser influenciada ao longo da vida (Assis et al., 2006).

Acerca das consequências da baixa autoestima e dos sentimentos de menos valia, destaca-se um estudo realizado sobre o uso de drogas pelas mulheres. Algumas usuárias afirmaram que usam drogas, pois se sentem carentes de atenção nas suas famílias, como forma de fuga (Franco, Figueiredo, 2004). Outro estudo aponta a baixa autoestima como fator de risco para a dependência de álcool entre os adolescentes (Rozin, Zagonel, 2012).

Acerca do **uso das drogas**, as mulheres participantes do presente estudo mencionaram que as usuárias acabam por engravidar (OF3/262) e as que fazem o uso abusivo do álcool não usam o preservativo (OF3/255) (OF3/256).

Estudos mostram que a aids sempre carregou consigo o estigma de ser uma doença de prostitutas, de homossexuais, de pessoas promíscuas ou de usuários de drogas injetáveis (Carneiro, 2009; Maia et al., 2008; Ministério da Saúde, 2011; Natividade, 2010). No Brasil, a taxa de prevalência estimada de HIV entre os usuários de drogas ilícitas é de 5,9% (Ministério da Saúde, 2011).

Quanto ao uso de drogas, a principal causa de infecção se dá por meio de agulhas e seringas de uso compartilhado, motivo pelo qual foram criados os programas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (UDI). As ações de prevenção dos programas incluem distribuição de seringas estéreis, mediante troca por seringas usadas, visando tirar de circulação as seringas contaminadas; distribuição de preservativos, aconselhamento, vacinação contra a hepatite B e encaminhamento dos UDI aos serviços de tratamento (Fonseca et al., 2007). Estudos mostraram a efetividade das ações de redução de danos, caracterizada pelo crescimento do número dos UDI que não compartilhavam seringas, que chegou a 76% em 1999 (Paiva et al., 2006).

No presente estudo, pôde-se perceber nas falas das mulheres a vulnerabilidade associada às consequências do comportamento alterado de quem faz o uso de drogas, assim como o esquecimento do uso do preservativo e a diminuição do autocontrole e da capacidade de resistir à

influência de outros para colocar-se em situações de maior risco de infecção pelo HIV (Barbosa, 2000; Mann et al., 1993). Franco e Figueiredo (2004) mostram que a forma autopercebida de infecção de mulheres soropositivas usuárias de drogas que fizeram parte de seu estudo, é a via sexual, sugerindo que o uso de drogas potencializa a transmissão do HIV dessa forma. Os autores levantam a hipótese de que as mulheres alegaram que se infectaram por via sexual por dificuldade em reconhecer a infecção por agulhas e seringas contaminadas, devido ao estigma de desvios de conduta e marginalidade associado ao usuário de drogas.

Santos et al. (2009) identificaram que uma das formas autopercebidas de vulnerabilidade das mulheres entrevistadas naquele estudo foi o fato de o parceiro ser usuário de drogas. A principal via de transmissão do HIV entre mulheres é a sexual (Barbosa, 2000), entretanto, no estudo de Santos et al. (2009), entre as mulheres que conviviam com HIV/Aids foi encontrada uma maior proporção de usuárias de drogas do que entre as que não conviviam com HIV/Aids.

Sobre a **responsabilidade pelo(s) parceiro(s) sexuais, familiares e descendentes**, algumas mulheres lamentaram pela educação que receberam de seus pais, quando, segundo elas, assuntos sobre a sexualidade e cuidado com o corpo eram considerados tabus (OF2/148) (OF3/108) (OF3/107) (OF3/203) (OF3/204). Uma participante mais idosa, ao ouvir os relatos, disse se arrepender de não ter instruído suas filhas acerca dos assuntos sobre a sexualidade, pois antigamente não era tão esclarecida como considera ser atualmente (OF2/149).

Outras disseram que costumam conversar sobre o cuidado com o corpo com suas filhas (OF2/150) (OF2/151) (OF3/201) (OF3/180) (OF3/202) (OF3/204), pois assim, aprendem com mais segurança e da forma correta (OF3/109) (OF3/110) (OF3/206). Comentaram ainda que estão ensinando o que foi aprendido aos filhos adolescentes (OF3/112), e que estes deveriam ter a oportunidade de participar de oficinas de saúde (OF3/183). Uma participante enfatizou a importância de ensiná-los, pois ela mesma foi mãe com quatorze anos (OF2/143). Outra expressou o interesse em aprender

como proteger as crianças do uso de drogas (OF3/220) e como abordar os assuntos sobre a sexualidade com as crianças (OF3/244).

Na opinião delas, seus filhos, apesar de por vezes terem acesso às informações acerca da prevenção das DST/Aids e aos insumos de prevenção, não incorporam mudanças em seu comportamento pois não se percebem vulneráveis à estas doenças (OF3/163) (OF3/165) (OF3/166). Disseram encontrar dificuldades em administrar e educar as crianças e os adolescentes diante do que aprendem acerca da sexualidade nos programas televisivos e internet (OF3/209) (OF3/211) (OF3/215) (OF3/217). Uma participante comentou sobre seu esforço em ensinar sobre o autocuidado ao seu filho (OF3/115).

Um estudo buscou identificar com quem os adolescentes costumavam dialogar sobre assuntos relativos à sexualidade. Eles foram questionados sobre com quem conversavam sobre o assunto sexo e com quem esclareciam as suas dúvidas a respeito do sexo, da prevenção da gravidez e das DST/Aids. O estudo mostrou que os adolescentes procuram em primeiro lugar os amigos, depois os pais e a família e por último, alguns não conversam com ninguém. Os homens se referiram aos amigos do sexo masculino e as mulheres referiram às amigas do sexo feminino como fontes de informação. Entre os pais, as mães foram as principais citadas como fonte de informação. (Borges et al., 2006).

O estudo citado mostrou que os adolescentes que identificaram os pais como referência para esclarecimento de dúvidas em uma das questões, indicavam os pais nas demais questões, o que indica que quando há na família espaço para o diálogo acerca de um desses assuntos, o diálogo é possível para o esclarecimento de dúvidas acerca de qualquer assunto, indicando a manutenção de um ambiente seguro e de confiança para os adolescentes (Borges et al., 2006).

Contatou-se ainda uma deficiência na participação do pai nas conversas sobre a sexualidade dentro das famílias, possivelmente deixando esta responsabilidade para as mães (Borges et al., 2006).

Paiva (2000) aponta os resultados de um estudo realizado pelo

Datafolha (1993), onde 82% dos pais aprovavam a estratégia de educação sexual nas escolas com início entre 10 e 12 anos de idade, o que sugeria uma necessidade de transferência para a escola da responsabilidade de educar os filhos em um tema de difícil diálogo. O mesmo estudo mostrou que a maioria dos adolescentes afirmou que nunca havia conversado sobre sexo com o pai (83% das meninas e 51% dos meninos), e com a mãe (39% das meninas e 65% dos meninos). Entretanto, 56% procuravam os amigos para conversar a respeito da sexualidade.

Entre os adolescentes que participaram da pesquisa de Paiva (2000), os que conversavam com os pais sobre sexo possuíam mais habilidade para conversa sobre o tema com os demais e utilizavam mais o preservativo. A autora sugere que a orientação adequada dos jovens com relação à sua sexualidade pode contribuir para a diminuição da incidência da gravidez na adolescência e a quantidade de relações sexuais praticadas, bem como para o adiamento do início da vida sexual e aumento do uso consistente do preservativo, além de evitar que busquem informações em fontes inadequadas, de conteúdo duvidoso, como a televisão, as revistas e os amigos. Outro estudo confirma que a educação sexual incita os jovens a retardar o início da sua vida sexual e a evitar os risco de infectar-se com uma DST/Aids, e enfatiza que a educação sexual na escola surte mais efeitos quando focaliza as competências e normas sociais e menos as informações repassadas (Samman, 2005).

No presente estudo, as mulheres narraram fatos que denunciam maridos que não se percebem vulneráveis às DST/Aids e, em razão da manutenção da multiplicidade de parceiros, acabam por transmitir doenças para suas esposas, demonstrando ausência de cuidado e de responsabilidade com suas parceiras e descendentes (OF2/83) (OF2/85) (OF3/38) (OF3/168). Em estudo acerca de conhecimento sobre a epidemia da aids realizado com militares, 25% dos entrevistados afirmaram manter relações sexuais extraconjugais, dos quais, 60% pensavam ser improvável infectar-se com HIV. Todos possuíam bom nível de conhecimento sobre as formas de infecção pelo HIV (Silva et al., 2009).

Neste estudo, as participantes mencionaram sua percepção de que os homens não se previnem contra as DST/Aids e colocam a culpa nas mulheres sobre a transmissão de doenças (OF3/41). Estudos confirmam que a mulher costuma ser responsabilizada pelas questões reprodutivas do casal, como a contracepção, a concepção e a proteção contra as doenças (Santos et al., 2009).

7.3 PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DAS MUDANÇAS SOCIAIS NECESSÁRIAS PARA DIMINUIR SUA VULNERABILIDADE

Alguns dos principais elementos da dimensão social que podem contribuir para a diminuição ou aumento da vulnerabilidade das mulheres, identificados em diversos estudos são: o acesso à informação e aos meios de comunicação, os aspectos culturais, políticos, sociais e morais, a estrutura jurídica, política e governamental do país, o respeito aos direitos humanos, as relações diferenciadas em termos de poder de gênero e raciais, a pobreza, o acesso à educação, o poder de influência das mulheres nas decisões políticas, e a capacidade de enfrentamento às situações de violência (De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, 2008).

As mulheres que participaram das oficinas perceberam que o acesso à informação é uma condição necessária para a redução de sua vulnerabilidade ao HIV, e que o setor público da saúde, por meio dos serviços de saúde, tem papel importante, em fornecer informações corretas sobre o cuidado com o corpo e sobre a prevenção das DST/AIDS. As participantes identificaram ainda o grande poder de disseminação de informações dos programas de televisão (OF3/210) (OF3/211) (OF3/212) (OF3/214) e internet (OF3/213) (OF3/215) (OF3/217).

Outras instituições que podem aportar informações são a família (OF2/144) (OF2/147) (OF2/148) (OF2/149) (OF2/150) (OF2/151) (OF3/108)

(OF3/109) (OF3/206) (OF3/209) e a escola (OF2/89) (OF3/158) (OF3/205) (OF3/207), estas por meio de materiais educativos, como as cartilhas (OF3/208) (OF3/265) para as crianças e os adolescentes (OF2/145) (OF3/110).

O reduzido acesso às informações e menor grau de instrução de segmentos da população são condições que aumentam a vulnerabilidade às DST/AIDS, como nos países de subdesenvolvimento econômico, onde há miséria, pobreza e seus desdobramentos (Parker et al., 2012). Nesse sentido, a democratização do acesso às informações é uma mudança necessária que influencia a vulnerabilidade à infecção.

No Brasil, as maiores fontes de informação citadas em um estudo foram a televisão (56%), a escola (13,5%) e pessoas da própria comunidade (6,8%) (Fernandes, 1998). Outro estudo mostrou que as escolas e os professores foram citados como fontes importantes de informação e que, segundo o Ministério da Educação, 60,2% das escolas do país têm ações de prevenção às DST/Aids, com destaque para o ensino médio, onde a cobertura chega a 96,2% das escolas. Porém, ressalta-se que muitos professores ainda não estão capacitados para discutir sobre o tema com os alunos, apenas 62,4% deles nas escolas de nível médio e 29,3% no ensino fundamental (Ministério da Educação e Cultura, 2005 *apud* Paiva et al., 2006).

Natividade e Camargo (2011), realizaram um estudo com 150 estudantes do ensino médio de uma escola pública onde se buscou atribuir valores simbólicos a elementos da representação social sobre a aids. Os estudantes referiram receber mais informações na escola, com profissionais da saúde e com pais e parentes do que as outras fontes analisadas. As fontes menos acessadas foram as revistas, jornais e amigos. A internet como fonte de informação foi destacada no estudo, pois se relacionou negativamente com os elementos medo, prevenção e sofrimento, ou seja, quanto mais acessada a fonte, mais reforçava-se negativamente esses elementos. Destaque também para os pais, que foram relacionados positivamente com o elemento preservativo.

Um estudo mostrou que a procura e o acesso aos insumos e serviços de saúde dependem em parte das necessidades, competências e motivações dos indivíduos. O acesso à informação, aos insumos e aos serviços é mediado pelos contextos social, cultural, ambiental e político, que influenciam na adoção de comportamentos de proteção ou de risco (Martins et al., 2008).

As informações podem ser mal interpretadas, mesmo quando passadas de forma precisa (Mann et al., 1993). O estudo de Maia et al., (2008) confirma essa colocação, ao identificar que os indivíduos não colocam em prática os conhecimentos acerca da prevenção na maioria das situações. Mann et al. (1993) aduz que a informação e a educação devem ser respaldadas pelo acesso aos serviços sociais e de saúde. Como exemplo, não é efetivo disseminar a informação de que o preservativo deve ser usado, se não há acesso aos insumos e aos serviços que garantam a proteção ao alcance da população.

Compreende-se que para gerar a mudança de comportamento para a adoção de práticas mais seguras, não basta a informação e nem mesmo a vontade de mudar. Faz-se necessário o fortalecimento do indivíduo, pois a adoção de práticas é influenciada por aspectos de natureza cultural, política, econômica e social. (Ayres et al., 2003).

Os recursos para o enfrentamento das questões de proteção à saúde que necessitam de mudanças estão desproporcionalmente distribuídos com relação ao gênero, à raça, à etnia, ao estrato social e à faixa etária dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2003). O livre exercício da autonomia depende das informações e recursos disponíveis para tal (Costa et al., 2006).

Nas falas das mulheres, à luz da perspectiva das relações de gênero, foram explicitadas condições de exercício de poder bastante desiguais entre homens e mulheres. Foram narradas situações de enfrentamento de dificuldades em solicitar aos parceiros fixos e maridos que usem o preservativo (OF2/94) (OF2/98), pois seria como reconhecer uma situação de traição conjugal de ambas as partes (OF2/95) (OF3/51)

(OF3/52). Segundo a percepção das mulheres participantes, essa situação ocorre, pois os homens não se percebem vulneráveis às DST/Aids (OF3/45) (OF2/96) (OF2/106) (OF3/44) (OF3/113) (OF3/101) (OF3/102) (OF3/227) (OF3/230), e acabam por transmitir doenças para suas esposas, em razão da manutenção da multiplicidade de parceiros (OF2/83) (OF2/85) (OF3/38) (OF3/168). Elas demonstraram perceber que lhes é imputada toda a responsabilidade sobre as questões reprodutivas do casal (OF3/41).

Diante dessa situação, reconhecem necessidades de mudança social nessa forma de compreender a relação, enfatizando que, embora as mulheres devam ser mais firmes diante das decisões que afetam a sua própria saúde e integridade física (OF3/259) (OF3/260), reconhecem o quanto é difícil para elas, individualmente, tomarem estas ações, e que é imperativa a transformação na interação de homens e mulheres, no sentido de que possam de fato exercer autonomia.

Em particular, as mulheres casadas ou com parceiro fixo expressaram não se sentirem protegidas, e manifestaram sua falta de confiança na estabilidade do casamento como forma de proteção às DST/Aids (OF2/91) (OF3/264) (OF3/50) (OF3/114) (OF3/168) (OF2/85), mesmo demonstrando dificuldade em admitir a possibilidade de infectar-se (OF2/92). Diversos foram os relatos de infecção por DST/Aids em mulheres casadas, mediante transmissão por seus esposos (OF2/83) (OF3/38).

Estudos realizados na África, que em certo sentido não se distanciam da realidade das mulheres no Brasil, mostram que as mulheres estão sendo infectadas por seu único parceiro sexual com quem são casadas. Nesses casos, o único fator de aumento de risco de exposição ao HIV é a falta de autonomia e habilidade de negociação para influenciar o comportamento do seu marido, ou sair da relação que traz prejuízos à sua saúde. Dessa forma, a influência dos elementos da vulnerabilidade social, como a estrutura jurídica, política e governamental do país, na forma de leis que governam a distribuição de propriedade e regem os aspectos do divórcio, exercem maior influência sobre a vulnerabilidade das mulheres do que a informação ou o acesso aos preservativos (De-La-Torre-Ugarte-

Guanilo, 2008; Mann et al., 1993).

Diante dessa perspectiva, indaga-se quais ações são necessárias para a superação de situações e condições que as tornam vulneráveis, no sentido ampliado, que extrapolem o âmbito delas individualmente. A emancipação dessas mulheres para o enfrentamento das situações significa mudanças necessárias, de âmbito coletivo, que determinam a tomada de decisões com relação à sua própria saúde. Os princípios de autonomia e emancipação intrínsecos às bases teóricas que delineiam este estudo respondem a estas questões.

Ao serem questionadas sobre o que deve mudar (individualmente ou coletivamente) para que possam se proteger das situações de risco, nas falas das mulheres do presente estudo percebeu-se uma tendência reducionista do problema, manifestada na apresentação de soluções imediatistas relacionadas com o seu cotidiano, como por exemplo, ao trazer para si a responsabilidade, apontando a importância do uso do preservativo (OF3/246), da higiene (OF3/254) e da adesão ao acompanhamento pré-natal (OF3/263).

Um estudo mostrou a mesma tendência em seus achados. Nas falas, tanto os profissionais de saúde da família quanto as mulheres demonstraram não perceber a dimensão e a complexidade das questões de saúde e violência a serem enfrentadas, o que acabava por caracterizar a desresponsabilização do serviço quanto às questões das mulheres, na percepção dos profissionais e da comunidade (Guedes, Fonseca, 2011).

Ao contrário da situação percebida, no campo de saúde coletiva, se faz necessária a coresponsabilização da comunidade, dos serviços, das mulheres, ou seja, da sociedade como um todo, para o enfrentamento de questões tão complexas, envolvendo todos os aspectos que cooperam para o aumento da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids e situações de violência (Guedes, Fonseca, 2011).

No mesmo estudo, a educação foi percebida em um sentido menos abrangente, como simples transmissão de informações. A educação é um tema central para conquista da autonomia, quando voltada para a

conscientização e para a libertação, por exemplo, nas situações de opressão de gênero, onde a educação/conscientização pode atuar de forma libertadora, resgatando as mulheres de viver alienadas seguindo regras sociais que lhe são impostas e fazem com que se sujeitem a situações que violam seus direitos e integridade física (Guedes, Fonseca, 2011).

Porém, tanto a educação, como a informação, a independência financeira e outras formas de emancipação são partes de um processo longo. A autonomia implica em mudança nos modos de viver e em mudanças sociais, no sentido de desconstruir os significados de relação de gênero na sociedade (Guedes, Fonseca, 2011).

Mann et al. (1993) afirmam que como a diminuição da vulnerabilidade depende dos comportamentos individuais, os indivíduos necessitam ser ativos para gerar as mudanças necessárias. A luta pela liberdade e autonomia é forjada *junto* aos indivíduos, e não *para* os indivíduos, conforme já havia salientado Paulo Freire (2011). A reflexão acerca das causas de sua falta de autonomia, ou de sua opressão, pode resultar no engajamento necessário na busca da sua dignidade, humanidade e libertação.

A autonomia pode ser entendida como liberdade de escolha, capacidade de decisão dos indivíduos e dos grupos sobre as ações em suas vidas. Ou seja, é o grau de liberdade que as mulheres possuem para tomar suas próprias decisões e agir de acordo com sua vontade, e não pelas decisões dos outros, individualmente e coletivamente (Fonseca; Guedes, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) por meio de compromisso firmado no ano 2000 por 189 nações para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade até o ano 2015. Dentre os oito objetivos, o terceiro é promover a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher (Lisboa, 2008; United Nations, 2012).

A cúpula dos ODM de 2010 adotou uma resolução de apelo para assegurar a paridade de gênero em oportunidades econômicas, de

educação e de saúde, de forma que as políticas de desenvolvimento levem esse aspecto em consideração. A equidade de gênero e o empoderamento das mulheres são objetivos de desenvolvimento por direito próprio, de acordo com os ODM 3 (igualdade entre sexos e valorização da mulher) e 5 (melhorar a saúde das gestantes), e funcionam como canal para a obtenção de outros ODM, como a educação básica de qualidade para todos (ODM 2), reduzir a mortalidade infantil (ODM 4), melhorar a saúde das gestantes (ODM 5) e combater a aids, a malária e outras doenças (ODM 6) (Banco Mundial, 2012).

Segundo relatório das Nações Unidas de 2012, a desigualdade de gênero persiste e as mulheres continuam a enfrentar discriminação no acesso à educação, ao trabalho e à participação no governo. A violência contra as mulheres continua a minar os esforços para alcançar todos os objetivos propostos (United Nations, 2012).

Em documento elaborado no Fórum Econômico Mundial (FEM) foram definidas cinco dimensões de considerável importância para a emancipação das mulheres: a participação econômica, a oportunidade econômica, o empoderamento político, o avanço educacional, e a saúde e bem estar (Lisboa, 2008; World Economic Forum, 2005).

A participação econômica diz respeito à quantidade de mulheres no mercado de trabalho e a sua remuneração igualitária, o que pode gerar o aumento da renda familiar e ainda surtir efeito no desenvolvimento econômico dos países como um todo. O documento do FEM ressalta a necessidade de deixar de enxergar as mulheres como receptoras passivas de ajuda e vê-las como potência de transformação da sociedade, de forma a aumentar a capacidade de controlar o seu próprio ambiente (Lisboa, 2008; World Economic Forum, 2005).

A oportunidade econômica vai além e diz respeito à qualidade do envolvimento da mulher no ambiente de trabalho. As mulheres têm facilidade de encontrar emprego nos países desenvolvidos, porém, com baixos salários e sem perspectiva de oportunidade de crescimento. Os cargos disponibilizados às mulheres estão concentrados em profissões

feminizadas, como no caso das mulheres do presente estudo, que possuíam em sua maioria cargos de auxiliar de limpeza e de cozinha, de cuidadoras de crianças, recepcionistas e arrumadeiras. Como essas funções são desempenhadas por mulheres, o pagamento é o mínimo possível. As leis e benefícios trabalhistas penalizam as mulheres por seu período gestacional e de cuidado com os filhos, além de desestimular e até impedir que os homens dividam essas tarefas com as mulheres na família (Lisboa, 2008; World Economic Forum, 2005).

O empoderamento político diz respeito à representação feminina em cargos de tomada de decisões, formais e informais, e também ao seu direito à voz na formulação de políticas que afetam o meio onde estão inseridas. A ausência de mulheres nas estruturas do governo significa que a alocação de recursos fica a critério dos homens, que não possuem experiência de vida para uma compreensão acerca das necessidades, preocupações e interesses das mulheres. Estudos mostram que se as mulheres pudessem exercer voz ativa para a alocação de recursos familiares e comunitários, despenderiam mais recursos para melhorias em saúde, educação, infraestrutura e erradicação da pobreza (Lisboa, 2008; World Economic Forum, 2005).

A capacidade de decisão coletiva das mulheres pode ser transformadora para a sociedade, moldando instituições, mercados e as normas sociais que acabam por limitar suas oportunidades e seu poder de decisão individual acerca das questões que afetam sua saúde e integridade física (Banco Mundial, 2012).

O Banco Mundial (2012) enfatiza que uma maior participação das mulheres na gestão pública não melhora somente a vida das mulheres e das crianças, mas também a dos homens. A representatividade feminina na liderança em países ricos tem refletido na reformulação de políticas de forma a equilibrar o trabalho e a vida em família, e de modo geral, tornando as leis mais favoráveis à família (Banco Mundial, 2012).

O avanço educacional é o pré-requisito para que as mulheres consigam empregos melhores, pagamentos melhores, com condições

melhores de trabalho e possibilidades de avanço na carreira no setor formal (Lisboa, 2008; World Economic Forum, 2005). Estudos mostram sobre que a educação das mulheres exerce um efeito mais acentuado do que a educação dos homens ou do que qualquer característica socioeconômica do casal sobre a natalidade, a saúde a mortalidade das crianças (Samman, 2005; World Economic Forum, 2005).

Um estudo mostra que a educação da mulher tem estreita ligação com as chances de sobrevivência da criança, devido ao fato de ser a pessoa mais interessada na saúde e bem estar da família. As mulheres mais instruídas são mais conscientes das necessidades nutricionais da criança, mais informadas acerca das questões de saúde infantil, mais preocupadas com a higiene e possuem mais acesso aos serviços médicos e de vacinação dos bebês. A educação em sexualidade incita os jovens a retardar o início da sua vida sexual e a evitarem os riscos de infecção com uma DST/Aids. Ademais, a educação sexual na escola surte mais efeitos quando focaliza as competências e normas sociais e menos as informações repassadas (Samman, 2005).

A educação constitui um importante fator emancipatório para as mulheres, pois embasa suas tomadas de decisão e aumenta a sua autonomia, fazendo com que exerçam mais controle sobre os recursos materiais. Quando as mulheres adquirem certa estabilidade econômica, participam mais das decisões do casal, incluindo o número de filhos desejado e as formas de contracepção a serem utilizadas. A cada cinco anos de estudo das mulheres é observada uma queda de 10% no número de óbitos ao nascer. Da mesma forma se observa uma diminuição dos casos de aids (Samman, 2005).

O mesmo estudo aponta que os benefícios da escolaridade materna em relação à diminuição da natalidade e à saúde das crianças são obtidos por mudanças de comportamento cujo objetivo consciente não era atingir esses fatores. Por exemplo, as mulheres mais instruídas acabam por adiar o casamento diminuindo sua probabilidade de engravidar. Nas sociedades em que as crianças recebem aleitamento materno, há diminuição da

mortalidade infantil, que por consequência, aumenta o espaçamento entre as gravidezes da mulher. Isso ocorre porque quando há morte de uma criança, o comportamento da mulher é alterado para tentar suprir a perda, engravidando mais vezes do que se desejava inicialmente (Samman, 2005).

A saúde e o bem-estar estão relacionados com as diferenças entre homens e mulheres no acesso à nutrição adequada, cuidados de saúde, incluindo a saúde reprodutiva e questões de segurança e integridade física, caracterizada pela vulnerabilidade feminina à violência. Estimativas quanto à extensão da violência contra a mulher são dificultadas devido à ausência de registro da maioria das ocorrências de violência doméstica e estupros. Em diversos lugares no mundo as mulheres são responsabilizadas pela violência cometida contra elas e até forçadas a se casar com seus violentadores, o que demonstra nenhuma autonomia e controle sobre a sua própria segurança (World Economic Forum, 2005).

Os serviços de saúde são atores importantes que podem fomentar mudanças sociais no enfrentamento da vulnerabilidade ao HIV. As mulheres, participantes das oficinas lembram **que a ampliação do acesso aos insumos** de prevenção, faz com que o seu uso seja mais discutido e esteja presente no cotidiano de forma mais visível. As mulheres lembraram que preservativos estão disponíveis nas UBS de forma ampla, em dispositivos localizados nas paredes, sem necessidade de identificação (OF2/136) (OF2/137) (OF3/55) (OF3/164).

O governo brasileiro ampliou sua distribuição de preservativos desde o ano de 1994 até 2003, de 13 milhões para 260 milhões de unidades. Do ano de 1998 até 2005 o uso de preservativos aumentou em todas as faixas etárias (Paiva et al., 2006).

Um estudo mostrou o esforço no setor público para implementar estratégias para diminuir o custo dos preservativos e aumentar o acesso à população, como a criação de leis no país que obrigam estabelecimentos como motéis, hotéis e semelhantes a fornecer preservativos gratuitamente e que autorizam a venda de preservativos em pontos comerciais de qualquer natureza, e reduções e isenções de impostos sobre o produto (Fernandes,

2003).

De acordo com o Boletim Epidemiológico 2011 do Ministério da Saúde, a população de 15 a 24 anos corresponde à faixa etária que mais faz uso do preservativo em todas as situações e a que mais tem acesso ao insumo gratuitamente (41%). O primeiro local de acesso ao insumo é o serviço de saúde e o segundo a escola. Dentre as escolas brasileiras, 63% incorporaram a temática de prevenção às DST/Aids em suas atividades.

As mulheres do estudo demonstraram preocupação quanto ao acesso ampliado dos insumos pelos adolescentes sem a devida discussão e necessidade de uso (OF2/138) (OF2/139) (OF2/140) (OF2/141) (OF2/142) (OF2/139) (OF2/143) (OF3/165).

Outra questão importante em termos de mudança social necessária identificada pelas mulheres é a **ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV**, no sentido de que os serviços e as mulheres devem estar atentos à vulnerabilidade feminina (OF2/74) (OF2/75) (OF3/149) (OF3/154) (OF3/194).

Algumas participantes comentaram, demonstrando indignação, sobre pessoas que conhecem e que não costumam realizar consultas ginecológicas de rotina (OF3/195) (OF3/197), enfatizando a importância de consultar-se uma vez ao ano (OF3/193), “pois nunca se sabe se está tudo bem” (OF3/196), reconhecendo a importância para o diagnóstico precoce e tratamento das DST/Aids.

Segundo Bermudez (2007) mais de 100 milhões de pessoas na América Latina não possuem acesso aos serviços de saúde, à água potável ou ao saneamento básico, por questões econômicas ou geográficas. O acesso precoce ao diagnóstico e tratamento é fundamental nos desfechos da sífilis e do HIV em gestantes, permitindo o tratamento adequado e prevenindo a transmissão vertical dessas doenças (Ministério da Saúde, 2011).

Um estudo demonstrou que a busca pelos serviços de saúde pela população está condicionada a fatores relacionados aos usuários, como

idade, sexo, características sociodemográficas e capacidade de consumo dos indivíduos, fatores referentes à cobertura dos serviços de públicos e privados de saúde, e fatores referentes à necessidade da busca influenciada pela autopercepção de necessidades de saúde ou doenças pré-existentes (Barata, 2008; Travassos; Martins, 2004). Com relação aos sexos, 43% das mulheres e 33% dos homens relataram buscar os serviços de saúde, o que pode ser explicado pela necessidade das mulheres acerca da saúde reprodutiva ou pela tendência feminina a lidar com as questões da saúde de forma diferente dos homens (Barata, 2008).

As mulheres relataram algumas dificuldades quanto ao atendimento de saúde, como a longa espera para ser atendida, a vergonha em dizer ao profissional de saúde sobre algum possível sintoma de DST (OF3/250) (OF3/252). Uma delas mencionou genericamente que é comum ser tratada com preconceito quando precisa de esclarecimento com relação ao cuidado com a saúde (OF3/92). Passados 30 anos de epidemia, ainda são comuns situações de preconceito e discriminação nos serviços de saúde. E este é um desafio a ser enfrentado: a mudança na forma de compreender a doença, no sentido da produção de atenção solidária.

Com relação ao tipo de atendimento de saúde, os mais procurados foram: as unidades básicas e centros de saúde (30%), os hospitais (23,7%), os prontos-socorros (23,4%), as clínicas e consultórios médicos (20,6%) e os laboratórios (1,9%). A principal porta de entrada no sistema para os que possuem planos de saúde é o consultório médico. Para os que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), é a unidade básica de saúde (UBS) (Barata, 2008).

Silva e Takahashi (2008), em seu estudo sobre as representações sociais de soropositivos para o HIV acerca da aids, mostraram que a busca pela assistência à saúde dessa população passa por processos de compreensão e assimilação da importância do vínculo a ser mantido, assim como o desejo de viver, o medo da morte, medo das manifestações clínicas da doença, o medo de infectar o parceiro, entre outros.

Um estudo realizado com usuários de centro de testagem e

aconselhamento anti-HIV (CTA) em Minas Gerais mostrou algumas limitações de acesso aos serviços como não percepção de vulnerabilidade à infecção, a falta de conhecimento dos serviços de atendimento e o receio da precariedade do serviço e da possível situação de constrangimento ao buscar os centros de testagem. Os usuários não possuíam conhecimento acerca dos testes gratuitos preconizados pelo SUS que são disponibilizados nos CTA: teste anti-HIV, VDRL (rastreamento para sífilis) e sorologias para hepatites B e C (Souza; Czeresnia, 2010).

O estudo constatou que os principais meios de divulgação do serviço foram a rede de amigos e os bancos de sangue. Uma pequena parcela de contribuição veio pela mídia. Muitos usuários procuram o serviço após relações sexuais desprotegidas; pela percepção de ter se colocado em situação de risco; após receber o resultado positivo do teste Elisa (enzyme-linked immunosorbent assay) para o HIV, que é realizado às doações de sangue; por exigência do parceiro sexual ou ainda por ter sido recusado pelos serviços como doador de sangue (Souza; Czeresnia, 2010).

As formas autopercebidas de vulnerabilidade que levaram os entrevistados a procurar o CTA, foram a desconfiança quanto à infidelidade dos parceiros; a manutenção de multiplicidade de parceiros sexuais e a desconfiança ou confirmação da soropositividade ao HIV do parceiro. Ainda assim, os entrevistados consideravam remota a possibilidade da confirmação diagnóstica para HIV, pois não se consideravam pertencentes aos “grupos de risco” (Souza; Czeresnia, 2010).

O percentual de pessoas que realizaram a testagem anti-HIV vem crescendo, passando de 20% em 1998 a 32% em 2005. A maior parte da população testada são mulheres entre 25 e 39 anos, o que pode ser explicado pela testagem realizada na rotina do acompanhamento pré-natal (Paiva et al., 2006).

No final dos anos 80, quando a epidemia da Aids tomou proporções mundiais e afetou rapidamente as camadas mais pobres da população, foram identificados países do continente africano com expectativa de vida menor que 40 anos. Desde o ano de 1989 até a atualidade, houve

progressos científicos para o diagnóstico, tratamento e para a busca por uma possível cura (Silva; Takahashi, 2008).

A sociedade civil organizada ganhou destaque no enfrentamento da epidemia desde então. No início dos anos 80, o movimento homossexual nos Estados Unidos foi um importante ator social para a reivindicação de um posicionamento do governo perante a epidemia da aids. Esse movimento de enfrentamento foi marcado pela luta contra o preconceito, pelos direitos sexuais e pela democratização da informação. No mesmo período, o Brasil vivia uma época de abertura política conquistada após 21 anos de ditadura, o que caracterizou um momento propício para o surgimento de movimentos sociais com o mesmo intuito e enfrentando os mesmos desafios (Pereira, Nichiata, 2011).

Durante os anos 80 e 90 foram criados novos espaços de participação social, como conselhos, fóruns, conferências e organizações não governamentais (ONG). As ONGs, que anteriormente realizavam ações de suporte às lideranças populares, na década de 80 ganharam destaque por seu empenho demonstrado atendendo demandas, elaborando e desenvolvendo projetos e propostas de soluções, tendo o Estado como financiador desse processo. A sociedade civil organizada contribuiu para a transformação da realidade por meio da mobilização pelas demandas coletivas (Pereira, Nichiata, 2011).

Atualmente, por meio dos Conselhos de Saúde foram ampliadas as possibilidades de inserção e participação da sociedade mobilizada na luta contra a Aids, e as ONGs desempenham papel importante na articulação dos conselhos com os segmentos menos privilegiados da sociedade civil. Dessa forma, as demandas do coletivo são trazidas aos espaços de discussão e podem ser traduzidas na formulação de políticas públicas efetivadas pelo Estado (Pereira, Nichiata, 2011).

O enfrentamento da realidade da epidemia na atualidade, evidenciada por novas situações de enfrentamento, como a feminilização e pauperização, é de fundamental importância o trabalho da sociedade civil. É necessário que sejam reivindicadas do Estado novas respostas de acordo

com as necessidades que estão emergindo desse novo cenário da epidemia (Pereira, Nichiata, 2011).

Os principais progressos de enfrentamento à epidemia consistem no diagnóstico e terapia medicamentosa que permitem retardar o adoecimento por aids em pessoas infectadas pelo HIV. Se realizado precocemente o diagnóstico, pode-se aumentar a sobrevida dos indivíduos infectados pelo início oportuno da terapia medicamentosa e prevenir a transmissão vertical do vírus. Por se tratar de uma doença cuja transmissão é mediada pelos aspectos individuais, sociais e coletivos, sua prevenção não pode ser pensada sem levar em consideração a necessidade de uma análise da realidade onde o sujeito está inserido (Brito et al., 2006; Mann et al., 1993; Silva; Takahashi, 2008).

A mortalidade e morbidade em decorrência da aids e a transmissão vertical do HIV no Brasil têm sido drasticamente reduzidas em decorrência do acesso gratuito e universal aos antirretrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV, à distribuição de preservativos, aos programas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis (UDI) e aos esforços do combate à discriminação. A implementação desses recursos conta com o apoio nas organizações não governamentais (Paiva et al., 2006). A distribuição universal dos ARV consolida a concepção sobre saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, conforme a Constituição Federal de 1988 (Pereira, Nichiata, 2011).

O Programa Nacional de Direitos Humanos prevê a ampliação do acesso universal e um sistema de saúde de qualidade e reconhece como direitos dos cidadãos o diagnóstico precoce; a prática de abordagens sem preconceito e discriminação; o tratamento adequado às pessoas que vivem com HIV/AIDS; a prevenção; programas de atenção no âmbito da saúde sexual; e a participação das pessoas portadoras de HIV/AIDS e suas organizações na formulação e implementação de políticas e programas de combate e prevenção do HIV/Aids (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010).

Mann et al. (1993) identificaram três elementos essenciais para o

sucesso das ações de prevenção ao HIV/Aids: informação e educação; o acesso aos serviços sociais e de saúde e um ambiente social adequado. Os mesmos autores apontaram que a combinação dos elementos permite retardar a velocidade da transmissão do HIV e que a ausência de um deles torna os programas de prevenção ineficazes.

Maia et al. (2008) mostraram em seu estudo que nível de conhecimento satisfatório sobre o HIV/Aids não é suficiente para enfrentar situação de vulnerabilidade ao HIV. Estudos confirmam que a informação é insuficiente para a construção de conhecimentos sobre a prevenção. A implementação das práticas de proteção ao cotidiano é mediada pelos demais aspectos da diminuição da vulnerabilidade discutidos nesse estudo, assim como as relações de gênero, a autopercepção da vulnerabilidade, os modos de inserção do indivíduo na sociedade, que determina seu estrato socioeconômico (Ferreira, 2008; Mann et al., 1993).

De um ponto de vista humano sobre a educação para a prevenção, Mann et al. (1993) expõem que diante de todos os aspectos sociais que podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos, as pessoas necessitam de alguma esperança de que podem reduzir as chances de infectar-se, pois ações educativas que julgam e provocam ansiedade demasiada podem obter o efeito oposto do desejado, causando a negação, a rejeição e a sensação de impotência diante da fatalidade da aids.

Diante dessa perspectiva, as oficinas de prevenção mostram seu potencial para contemplar essa exigência, na medida em que criam espaços seguros de aprendizagem e troca de experiências. Estudos mostram que as oficinas como fonte de informação e aprendizagem favorecem a discussão de temas de difícil abordagem como a infecção ao HIV e valorizam o papel de cada participante, fortalecendo a autoestima e cooperando para a diminuição de sua vulnerabilidade (Ferraz, 2011; Figueiredo, 1998; Paiva, 2000; Villela, 1996).

As oficinas alcançam ainda os objetivos da informação e da educação referidos por Mann et al. (1993), de ser utilizada uma linguagem que seja moldada de forma a refletir as necessidades e soluções na

especificidade de cada comunidade, e no caso desse estudo, da parcela da comunidade dentre as mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

Mann et al. (1993), expõem que o **ambiente social adequado** é o mais complexo e tão importante quanto os anteriores. O papel do ambiente social adequado na autonomia dos indivíduos é eliminar as barreiras e facilitar esse processo. O ambiente social adequado compreende o local no qual o alcance à informação, à educação, o acesso aos serviços sociais e de saúde e o desenvolvimento das atividades dos programas de prevenção se darão e determina o sucesso dessas ações (Mann et al., 1993).

Autonomia só pode ser conseguida por meio de si. A educação que pode libertar é aquela em que as causas de opressão e das iniquidades sejam o objeto de reflexão dos oprimidos, que causam indignação e o mover-se para a transformação, que resulta no engajamento necessário para a sua luta de libertação (Freire, 2011).

O alcance da autonomia absoluta é quase impossível, se levarmos em consideração os determinantes que não podem ser controlados. Por outro lado, se faz necessário o resgate de um equilíbrio na autonomia humana, pois o processo saúde-doença e outros processos destrutivos são determinados pela heteronomia e alienação.

A conquista de maior autonomia pelas mulheres significa igualdade de condições de tomada de decisão sobre a própria vida, sua libertação das relações de poder que interferem no seu bem-estar, incluindo a violência de gênero, a sobrecarga de responsabilidade pelas questões reprodutivas do casal, de forma que ficam excluídas das atividades produtivas e dependentes financeiramente dos homens (Guedes, Fonseca, 2011).

Em todos os aspectos de necessidade de mudança social para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids, podem ser observadas as desigualdades de poder, a falta de autonomia das mulheres incluindo o sentido de alienação, compreendida no fato da não percepção da dimensão e complexidade dos aspectos que envolvem a sua vulnerabilidade. Para cada um dos aspectos, o Estado pode responder com a formulação de políticas públicas que garantam à mulher a sua

emancipação, promovendo a equidade de gêneros (Guedes, Fonseca, 2011).

Levando em consideração o cenário encontrado da epidemia da aids no Brasil, pode-se identificar novas situações de enfrentamento. É necessário repensar a participação social nas lutas frente à complexidade dos aspectos que envolvem a epidemia na atualidade (Pereira, Nichiata, 2011).

8 Conclusão

8 CONCLUSÃO

As vulnerabilidades às DST/Aids das mulheres atendidas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia se expressaram de diferentes maneiras e a Arte/Educação possibilitou qualificá-las.

Foi possível descrever a Proposta Triangular do Ensino da Arte de Ana Mae Barbosa e avaliar a efetividade das oficinas de Arte/Educação em Saúde, na medida em que possibilitaram problematizar os contextos de vulnerabilidade das mulheres estudadas. Essa experiência possibilitou verificar a potencialidade das práticas educativas em arte e despertou o interesse da equipe e das mulheres atendidas.

A abordagem construtivista da educação, aliada à abordagem por meio das oficinas permitiu diminuir a distância entre educador e educando, respeitando a dignidade dos sujeitos e levando em consideração que cada uma das mulheres foi capaz de contribuir para a construção coletiva do conhecimento. Dessa forma, foi valorizado o conhecimento prévio de cada participante, que contribuiu para compor o conteúdo a ser aprendido pelo grupo como um todo, incluindo a educadora.

O uso da imagem para o ensino cooperou diante dessa perspectiva, como uma ferramenta de linguagem que cumpre o objetivo de transpor as possíveis barreiras de comunicação entre educador e os educandos. Esse objetivo foi possível de ser alcançado, pois a proposta das oficinas permite a escolha do uso de uma linguagem que possa ser adaptada de forma a atender as necessidades específicas de cada comunidade.

Por proporcionar um espaço seguro de aprendizagem e de exposição de ideias, onde o educador não é visto como o detentor do saber que julga os conhecimentos e condutas dos educandos, as oficinas demonstram mais um préstimo no sentido de que não desesperançam os indivíduos, não provocam ansiedade e todos os outros efeitos opostos dos

desejados, que podem causar a negação, a rejeição e a sensação de impotência diante da fatalidade da aids.

As oficinas comprovaram a pertinência de seu uso para promover um ambiente de aprendizagem prazerosa, de forma que os indivíduos possam ser estimulados a participar ativamente, incitados em sua curiosidade, intuição, emoção, capacidade crítica, gerando um conhecimento mais duradouro e eficaz.

As etapas leitura de obra de arte e fazer artístico, permeadas de reflexão crítica, comprovaram a pertinência de sua aplicação nas oficinas de Arte/Educação em Saúde, na medida em que promoveram um espaço seguro de aprendizagem e troca de experiências. Nesse ambiente, foi facilitada a expressão das mulheres acerca de suas questões mais íntimas, que normalmente são de difícil acesso aos profissionais da saúde, de forma a possibilitar a avaliação de seus contextos de vulnerabilidade por meio da análise de suas falas.

Nas falas das participantes puderam ser observadas questões de sua vulnerabilidade às DST/Aids relacionadas à sua autopercepção de vulnerabilidade; às negociações de práticas sexuais seguras e do uso do preservativo; à consciência sobre a vulnerabilidade às DST/Aids do(s) parceiro(s) sexual(is) no passado e no presente; ao número de parceiros sexuais; à consciência dos modos de risco de transmissão sexual e prevenção das DST/Aids; à consciência do risco da transmissão vertical; à autoestima; ao uso das drogas; e acerca da responsabilidade pelo(s) parceiro(s) sexuais, familiares e descendentes.

Em suas falas foram identificadas ainda suas percepções acerca das mudanças sociais necessárias à diminuição de sua vulnerabilidade, na medida em que foram discutidos os aspectos referentes às desigualdades nas relações de gênero, ao acesso à informação e aos meios de comunicação, ao acesso à educação, ao acesso aos insumos de prevenção e serviços de saúde, e à capacidade de enfrentamento às situações de violência.

Verificou-se que os aspectos de diminuição da vulnerabilidade influenciam uns aos outros. Não foi possível discutir uso do preservativo sem referir-se às relações de gênero, assim como não foi possível discutir o acesso à informação e educação, ignorando o aspecto socioeconômico das mulheres. Neste estudo foi validada a compreensão dos fenômenos do processo saúde-doença com base em seus determinantes sociais.

A transmissão das DST/HIV/Aids e a proteção contra essas doenças ocorre por meio de comportamentos individuais, socialmente influenciados. A prevenção decorre da adoção de práticas individuais. Dessa forma, os indivíduos precisam ser fortalecidos para serem ativos em sua própria proteção e diminuição da vulnerabilidade, sendo necessários investimentos públicos para aumentar o acesso da população aos meios de fortalecimento e emancipação.

Portanto, se faz necessário que as mulheres primeiramente percebam-se vulneráveis ao HIV/Aids e saibam identificar as situações de risco a serem evitadas. Nesse aspecto, a leitura de obra de arte funciona como um exercício de leitura de situações, que aguça as percepções e abre o olhar para as diversas situações da vida.

As falas das mulheres evidenciaram o contexto em que vivem, permeado com relações de gênero em que há distribuição desigual de poder. Esse aspecto foi identificado por meio de relatos referentes às dificuldades na negociação do uso do preservativo com o parceiro fixo; à manutenção, por eles, de múltiplas parceiras sexuais; às histórias de mulheres que foram infectadas por seu parceiro fixo; e, por fim, ao reconhecimento de que são responsabilizadas, pelos homens, pelas questões reprodutivas do casal.

Outro aspecto marcante em suas falas constitui uma contradição. Por um lado elas referiram não acreditar na segurança do casamento como proteção às DST/Aids, e por outro, afirmaram que é muito difícil aceitar sua condição de vulnerabilidade estando em um relacionamento estável.

A percepção das mulheres acerca do que é necessário para diminuir a sua vulnerabilidade mostrou-se reducionista ao restringir-se ao âmbito

individual. As soluções propostas de enfrentamento tiveram foco na adoção de comportamentos protetores ou mudança de comportamentos que consideram de risco para a infecção.

O estudo em saúde coletiva esclarece que é necessária a corresponsabilização dos indivíduos, da comunidade, dos serviços, dos grupos sociais de interesses próprios, para que sejam tomadas medidas de enfrentamento diante das questões que se apresentam tão complexas e que cooperam para o aumento das vulnerabilidades e situações de violência na população.

A informação sozinha é insuficiente para a implementação das práticas de proteção ao cotidiano, que são mediadas pelos demais aspectos da diminuição da vulnerabilidade discutidos neste estudo. Entre os aspectos que tiveram maior visibilidade neste estudo estão as relações de gênero e a autopercepção da vulnerabilidade.

A educação, no sentido de conscientização e apropriação dos conhecimentos, mostrou-se como um tema central para a conquista da autonomia. A educação pode resgatar os indivíduos de viverem alienados seguindo regras sociais que lhe são impostas e que muitas vezes fazem com que se sujeitem a situações que violam seus direitos, sua dignidade, sua saúde e até sua integridade física.

A educação mostra seu potencial de libertação quando aponta os caminhos para que os indivíduos se apropriem de sua autonomia, capacitando-os para tomar suas próprias decisões, e agir de acordo com o que julgar mais assertivo, e não pela opressão exercida pelos outros.

Foram elencados caminhos para a emancipação das mulheres, assim como a participação econômica, a oportunidade econômica, o empoderamento político, o avanço educacional, e a saúde e bem estar. Os caminhos para a emancipação constituem um processo que não se finda de um dia para o outro. A emancipação implica na mudança dos modos de viver e de enxergar o sentido da vida, e requer participação ativa pelas mudanças da forma mais ampla possível. Uma forma de superação compreende gerar

as mudanças sociais necessárias para a desconstrução dos significados acerca do *ser mulher* na sociedade.

A capacidade de decisão coletiva das mulheres mostra seu potencial para transformar normas sociais, mercados e instituições, de forma a converter os fundamentos das causas opressoras que limitam seu poder de decisão individual, e que influenciam em sua dignidade, saúde, bem-estar e integridade física. Além disso, a participação feminina na liderança política e na formulação de políticas públicas pode refletir na melhoria da vida de homens e crianças, valorizando a vida em família no geral.

A representação feminina em cargos de tomada de decisões e na política garante o seu direito à voz na formulação de políticas públicas que afetam o meio onde estão inseridas. Outra forma de influenciar a criação de políticas públicas que abarquem seus interesses é a participação das mulheres das comunidades em espaços de participação social, assim como os conselhos, fóruns e conferências.

Nessa perspectiva, as organizações não governamentais (ONG) destacam-se por aproximar os conselhos e os segmentos menos privilegiados da sociedade civil. As ONGs continuam contribuindo com o desenvolvimento de projetos, propostas e soluções para o enfrentamento das situações que aumentam a vulnerabilidade da população, assim como a viabilização de espaços de inserção e participação da sociedade mobilizada em prol de suas lutas.

Uma das formas de contribuição das ONGs é proporcionar um ambiente social seguro e adequado, facilitador do processo de emancipação dos indivíduos, na medida em que promovem o acesso à informação, à educação, apontam caminhos para o acesso aos demais serviços em rede, desenvolvem atividades e programas de prevenção e realizam o acolhimento da comunidade.

A epidemia da aids vem atingindo cada vez mais as mulheres e os segmentos desprivilegiados da sociedade. Para o seu enfrentamento, é fundamental a participação ativa da porção da sociedade civil mais

interessada e atingida: as mulheres.

A autonomia só poderá ser alcançada por meio de si. O engajamento necessário para a libertação e emancipação deverá ser resultante da indignação, do mover-se para a transformação, a partir da reflexão sobre as causas de opressão e das iniquidades que refletem sobre a saúde e o bem-estar das mulheres.

Apesar de a ideia de emancipação ser distante quando levantados todos os aspectos complexos que envolvem a questão, este estudo aponta para a necessidade do resgate do equilíbrio da autonomia, da dignidade e da humanidade, de forma a proporcionar às mulheres oportunidades justas de tomada de decisão acerca dos assuntos que interferem em sua vida.

Conclui-se que para o enfrentamento da violência, é fundamental a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas públicas de saúde e nas práticas do processo de trabalho. Para cada aspecto que envolve a vulnerabilidade feminina às DST/Aids, o Estado pode responder com a formulação de políticas públicas que contribuam para a redução da iniquidade entre homens e mulheres e para a promoção da emancipação feminina.

9 Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas de Arte/Educação em Saúde constituem parte das ações de prevenção primária do Projeto “Meu Corpo Meu Bem” da Casa Filadélfia. As oficinas de autocuidado oferecidas pelo projeto normalmente são realizadas em escolas do setor público do entorno da instituição e participam delas crianças e adolescentes de 5 a 18 anos de idade. Com a experiência demonstrada neste estudo, as ações do projeto deverão ser ampliadas para o atendimento das mulheres contempladas pelo Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF).

O próximo passo será a criação de oficinas de autocuidado com utilização da Arte/Educação em Saúde para atender a demanda dessas mulheres. Além da criação de mais oportunidades de convivência com as mulheres, deverá ser expandido seu alcance, visando mostrar os caminhos para a emancipação demonstrados nesse estudo.

Essas ações devem ajudar a construir a rede de defesa de seus direitos, com ênfase na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no protagonismo como instrumento político-pedagógico. Para enfrentar esse desafio, é necessário privilegiar ações de qualidade em trabalhos de prevenção que promovam a saúde e o autocuidado.

Os resultados da participação das mulheres puderam ser observados logo ao final das oficinas. As participantes demonstraram muito interesse em continuar participando de encontros como estes e cobraram uma posição da equipe no que se refere à continuidade do trabalho. Elas tiveram oportunidade de expor suas expectativas e assuntos que julgaram importantes e que em sua opinião deveriam ser abordados nos encontros subsequentes.

As mulheres demonstraram ainda interesse na criação de oficinas que possam atender aos seus filhos adolescentes e parceiros, de forma a complementar o trabalho desenvolvido com elas.

Outro resultado importante foi o fato de que as mulheres foram levadas a pensar sua sexualidade, sua autopercepção de vulnerabilidade às DST/Aids e as relações de gênero que envolvem as tomadas de decisão que podem aumentar ou diminuir a sua proteção contra essas doenças.

São relevantes também os ganhos obtidos através do fazer artístico: o interesse, o desempenho, a criatividade, a diversão, as emoções impressas nas produções artísticas das mulheres. Esses aspectos não foram analisados nesse estudo, porém, merecem ser avaliados em outra oportunidade.

A atual realidade da epidemia da aids no cenário da saúde coletiva no Brasil torna ainda mais preocupantes os cuidados que devem ser dispensados às mulheres de comunidades carentes como as atendidas pelo programa. Os resultados obtidos com esse estudo salientam aspectos relevantes em relação à prevenção de DST/Aids e fomentam a implementação de ações que ajudem a diminuir a sua vulnerabilidade.

A oportunidade do encontro com as mulheres da comunidade foi aproveitada para que pudesse ser realizada a distribuição de insumos de prevenção, e indicados os caminhos de como consegui-los gratuitamente.

A Casa Filadélfia, ao conferir a oportunidade para a realização das oficinas e para o desenvolvimento dessa pesquisa, reafirmou seus valores como ONG/Aids, proporcionando à comunidade um espaço de acolhimento, de educação, de acesso aos insumos de prevenção, de conscientização, de democracia da informação, de fortalecimento e emancipação.

Ao realizar levantamento de estudos para o embasamento desta pesquisa, verificou-se pouca produção científica que aliasse a arte, a educação e os temas que cercam as vulnerabilidades das mulheres. Esta pesquisa pode contribuir cientificamente para o desenvolvimento de ações dentro dessas temáticas.

Os resultados deste estudo podem colaborar ainda para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia das DST/Aids.

A realização de oficinas de Arte/Educação em Saúde para mulheres, focadas em prevenção primária das DST/Aids e autocuidado, constitui uma ação inovadora que propicia a construção de conhecimentos e que pode ser reproduzida em outros espaços, desde que adequados a outros públicos e ambientes.

Referências

10 REFERÊNCIAS

Alencar CCP. As representações sociais de mulheres soropositivas ao HIV sobre seu processo saúde-doença [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.

Almeida ADL, Silva CF, Cunha GS. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Rev. esc. enferm. USP*. 2007; (41)2: 180-186.

Arslan LM. Ensino de Arte. São Paulo: Thompson Learning; 2006.

Assis SG et al., Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq; 2006.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho H, França Jr. O conceito de vulnerabilidade e prevenção e as práticas de saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003; 25: 117-40.

Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C, Bouyer J, Ducot B, Hassoun D, Goulard H, Job-Spira N, Kaminski M, Lelong N, Leridon H, Razafindratsima N, Rossier C, Warszawski J. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum. Reprod*, 2006; 21(11): 2862-7.

Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2012. Igualdade de gênero e desenvolvimento. Washington D. C., 2012.

Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

Barbosa AM. A Imagem no Ensino da Arte. São Paulo: Perspectiva; 2010.

_____. Tópicos Utópicos. Belo Horizonte: C/ Arte; 1998.

Barbosa RM. HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. Coleção ABIA saúde sexual e reprodutiva. Vol 2. Associação brasileira interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro; 2000.

Barbosa RM, Villela WV, Uziel AP. Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de AIDS. *Physis*, 1995; (5)1: 99-108.

Barreto MMM. As formas de transmissão do HIV/Aids determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos [dissertação]. Universidade do Rio de Janeiro; 2011.

Batista AFO, Marques APO, Leal MCC, Marino JGuiró, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2011; 14(1): 39-48.

Bermudez, J. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, abr. 2007 . [citado 12 janeiro 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400001&lng=pt&nrm=iso

Bochio IMS, Souza LC, Loureiro MJA, Ricardo PLGA, Pereira IMTB, Pelicione, MCF. Lugar para sonhar coletivamente - relato de uma experiência. In: Livro de Resumos do IX Congresso Paulista de Saúde Pública; 2005 out. 22-26; Santos, BR. São Paulo: Saúde e Sociedade; 2005.

Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.3

Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo. Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2653-

2662.

Bramatti L, Morata TC, Marques JM. Ações educativas com enfoque positivo em programa de conservação auditiva e sua avaliação. Rev CEFAC, 2008; 10(3): 398-408.

Brasil. Coordenação Nacional de DST/Aids. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIVAIDS. Série Avaliação 4; 2006.

Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da União (20 fev. 1998); Sec.1:3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Editora MS; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VIII, n.1. Brasília: Editora MS; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VII, n.1. Brasília: Editora MS; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília: 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Sistema de Atos Internacionais. Acordo sobre direitos autorais, Brasil – Áustria (21 dez. 1965) [homepage]. [citado 01 out. 2012]. Disponível em: http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1965/b_47/

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - rev. e atual. Brasília: 2010.

Brito, AM et al . Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo: 2006.

Cadernos Abong. Direitos Humanos, cidadania e aids. São Paulo: Autores Associados; 1991.

Carneiro WS, Rodrigues JA, Felix MR, Athayde ACR; Lôbo KMS, Vilela VLR,R. Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da Aids na estratégia de saúde da família. DST j. bras. doenças sex. transm;21(3), 2009.

Carvalho AP, Oliveira VB, Santos LC. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Pediatria. São Paulo: 2010; 32(1): 20-27.

Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. Rev. bras. enferm., Brasília: 2007; 60(5).

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [homepage]. Brasil: Sistema Cofen / Conselhos Regionais; 2007. [citado em 02 jun. 2011]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_4158.html

Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. [citado 18 ago. 2011]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>

Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2012 Sep 30]; 6(1): 75-84.

Couto ZDFS, Cezar-Vaz MR, Svaldi JSD. A arte como processo tecnológico

de compreensão e (re)significação do trabalho em saúde. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis: 2009; 18(3): 568-76.

De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade Feminina ao HIV: Matassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Del Prette ZAP, Del Prette A, Garcia FA, Silva ATB, Puntel LP. Habilidades sociais do professor em sala de aula: um estudo de caso. *Rev Psicol. Reflex. Crit.* 1998; 11(3).

Fernandes JCL. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 1998; (14)3: 575-581.

Fernandes MEL. Avaliação da contribuição do *marketing social* de preservativos masculinos e de ações junto do setor público para o aumento do acesso e do uso de preservativos, como estratégia na prevenção do hiv/aids/dst no Brasil, por um participante [tese]. Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2003.

Fernandes PS, Bernardo CO, Campos RMMB, Vasconcelos FAG. Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. *Jornal de Pediatria.* 2009; 85(4): 315-321.

Ferraz NBA. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids: a utilização da Arte/Educação [monografia]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.

Ferraz NBA, Nichiata LYI, Bochio IMS, Munhóz ESS, Coev SA. Oficinas de arte/educação - utilizando a cultura para discutir saúde sexual e prevenção de DST/AIDS com adolescentes. VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids e I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, Brasília: 2010.

Ferraz NBA, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ferreira do Val, L. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS: a utilização da arte/educação. XI Conferência Ibero-americana e III Encontro Latinoamérica-Europa de Educação em Enfermagem, Coimbra: 2011a.

Ferraz NBA, Rocha PG, Carvalho PMG, Nichiata LYI. A Arte/Educação como forma de captar a expressão de vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS. II Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem, São Paulo: 2011b.

Ferreira MP. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp. S213-S222.

_____. Grupo de estudos em população, sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, suppl.1, pp. 65-71.

Figueiredo RMD. Prevenção às DST/Aids em Ações de Saúde e Educação. São Paulo: NEPAIS; 1998.

Fiorin JL. Elementos da análise do discurso. São Paulo: Edusp; 1989.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.

Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica; 23(9): 2134-2144, set. 2007.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. Rev. Latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto. 1997 (5)1: 5-13.

Franco FG, Figueiredo MAC. Aids, drogas e "ser mulher". Relatos de mulheres soropositivas para o HIV. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 37(1/2): 106-116, jan.-jun. 2004. tab

Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

Giacomozzi, AI. *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais [dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2004.

Gil, AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Gir E; Canini SRMS, Prado MA, Carvalho MJ, Duarte G, Reis RK. A feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. *DST j. bras. doenças sex. transm*; 16(3): 73-76, 2004.

Gollub EL. Protecting women from STI/ HIV: Research experience and lessons learned with hierarchical counseling among women at high risk in Philadelphia. Background paper prepared for the Symposium on Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides, Warrenton. In: Barbosa RM. HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. *Coleção ABIA saúde sexual e reprodutiva*. Vol 2. Associação brasileira interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro: 2000.

Gubert FA, Vieira NFC, Damasceno MMC, Lima FET, Ximenes LB. Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às DST/HIV: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre: 2010 (31)4.

Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]*. 2011 Dec [cited 2012 Oct 01] ; 45(spe2): 1731-1735.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800016&lng=en.

Ito, Patrícia do Carmo Pereira, Gobitta, Mônica e Guzzo, Raquel Souza Lobo. Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar. *Estud. psicol. (Campinas)*. [online]. jun. 2007, vol.24, no.2 [citado 09 Dezembro 2007], p.143-153. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200001&lng=pt&nrm=iso

Kitchenman SRS. Quando eu descobri tive um baque: os desafios da prevenção da transmissão vertical do HIV [dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina. Rio de Janeiro: 2012.

Lichtenstein J (Dir.). A pintura: textos essenciais. v. 4. O belo. São Paulo: Editora 34; 2004.

Lins AM. Avaliação de intervenções sociais como potencial instrumento de construção do conhecimento. *Rev Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2011; 8: 175-180.

Lisboa KL. O Empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais. *Fazendo gênero 8 – corpo, violência e poder*. Florianópolis, 25 – 28 ago. 2008.

Maia C; Guilhem D; Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v.42, n.2, Apr. 2008.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1993.

Martins LBM et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2006, vol.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.

São Paulo: Hucitec; 2008.

Mitre SM et. al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2008; 13(2): 2133-2144.

Munhóz ESS. Arte/Educação em saúde: experiência com crianças e adolescentes atendidos no projeto "Meu Corpo Meu Bem" [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2009.

Munhóz ESS, Bochio IMS, Ferraz NBA, Coev AS. Meu Corpo, Meu Bem – sensibilizando professores para o trabalho de prevenção de DST/AIDS em escolas públicas de São Paulo. VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids e I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, Brasília: 2010.

Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres em Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5:77-86.

Natividade JC, Camargo BV. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre aids. *Paidéia*, 2011; (21)49: 165-174.

Natividade JC. Relações entre representações sociais da Aids e conhecimento científico sobre HIV/Aids [dissertação]. Centro de filosofia e ciências humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2010.

Nogueira. SA et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz. j. infect. dis*, Salvador, v. 5, n. 2, Apr. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702001000200006&lng=en&nrm=iso

Oltramari, LC, Camargo, BV. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicol. estud.* 2010; 15(2): 275-283.

Paiva V, Ayres JRCM, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH, et al . A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(10): 4199-4210.

Paiva V. *Fazendo Arte com Camisinha*. São Paulo: Summus; 2000.

Paiva V, Pupo LR, Barboza, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*; 40(supl): 109-119, abr. 2006.

Parker R; Camargo JR., Kenneth R. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro: 2012.

Pereira AJ, Nichiata, LYI. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*: Rio de Janeiro, 2011; (16)7.

Pereira GS, Borges CI. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Esc. Anna Nery*, 2010; (14)4: 720-725.

Prefeitura da Cidade de São Paulo. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). [homepage]. São Paulo. [citado 2011b, ago. 21]. Disponível em: http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm/index.php?texto=corpo&tema_cod=7

_____. Subprefeitura Municipal de Ermelino Matarazzo [homepage]. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2011a. [citado 21 ago. 2011]. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spem>

Read H. *Educação pela Arte*. Lisboa: Edições 70 Lda; 2007.

_____. *O sentido da arte: esboço da história da arte, principalmente da pintura e da escultura, e das bases dos julgamentos estéticos*. São Paulo: Ibrasa; 1978.

Rodrigues DAL. *Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de Aids: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família* [tese]. São

Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nobrega, SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. *Rev. esc. enferm. USP*, 2012; (46)2: 349-355.

Rogoyska J, Bade P. Gustav Klimt. New York: Parkstone Press International; 2011.

Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta paul. enferm.*: São Paulo, 2012; (25) 2.

Samman LM. Efeitos do nível de educação sobre a natalidade, a saúde e a mortalidade das crianças. In: Delors, J (Org). *Educação para o século XXI*. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Sanches KRB. A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Aidar F, Elvira MV. Contextos de Vulnerabilidade para o HIV entre Mulheres Brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(2): 321-333.

Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2002 Aug [cited 2012 Oct 04] ; 36(4): 12-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Boletim Epidemiológico de Aids HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo. Ano XIV, n. 13. São Paulo; 2010.

Secretaria de Estado da Saude de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS - São Paulo, Programa Estadual de DST/Aids - São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Eliminação da

transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2011; (45)4: 812-815.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. 2009. Boletim Epidemiológico. São Paulo: Rettec; 2009.

Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo. 2009; (43)2.

Silva GA, Takahashi RF. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Rev. APS*; 11(1): 29-41, jan.-mar. 2008.

Silva MCA, Antonello VS, Romagna ES, Antonello JS. Educação e vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis/HIV entre militares em um quartel em Porto Alegre, RS. *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul*;29(3):225-228, 2009.

Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 June [cited 2012 Sep 26]; 44(3): 441-447. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300007&lng=en

Tavares R, Figueiredo NMA. *Arte e Saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

Teresa AT, Nunes C, Muñoz-Silva A, Sánchez-García M. Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico (Porto Alegre)*; 39(1): 7-13, jan.-mar. 2008.

Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child

transmission of HIV-1 in Sao Paulo, 1998. AIDS 12:513-20.

Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39(1): 68-76.

Trajman A et al. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 127-133.

Travassos Claudia, Martins Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2012 Oct 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Global report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication: 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf

United Nations. The Millennium Development Goals Report. United Nations, New York: 2012.

Villela, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005; (10)1.

Villela, W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: NEPAIDS; 1996.

Vitória, PD, Silva SA, Vries HD. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. Rev de Saúde Pública. 2011, 45(2): 343-354.

World Economic Forum. Empoderamento das Mulheres: avaliação das disparidades globais de gênero, 2005.

World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2012. WHO Library Cataloguing-in-Publication: 2012. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication: 2011. Disponível em http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf

Apêndices

Apêndice A – Roteiro para Realização de Oficina Avaliativa

1. O que você achou de participar das oficinas?
2. O que mais gostou de fazer?
3. O que menos gostou de fazer?
4. Qual foi a coisa mais importante que aprendeu?
5. O que mais aprendeu nas oficinas?
6. Aprendeu alguma coisa que quer colocar em prática e mudar no seu dia-a-dia?
7. Diga-me uma palavra que ilustre como você estava antes de participar da oficina e outra que ilustre o depois.
8. O que você mudaria na oficina? Há alguma coisa que não foi discutida no grupo e que gostaria de saber?
9. Você considera que participar desse tipo de oficina seria importante para mais mulheres da comunidade?
10. Você já passou alguma informação que aprendeu aqui para alguém?
Acha que é importante comentar sobre a prevenção de DST/Aids com amigos, familiares e outras pessoas do seu convívio?

Apêndice B – Frases temáticas

Oficina 1 (OF1)

(OF1/1) Muitas perguntam para a pesquisadora: “está lindo, não é?”.

(OF1/2) Vou fazer ela assim com as perninhas para cima, vou colocar um saltinho aqui, ó!

(OF1/3) Salto é roupa?

(OF1/4) Salto? É sandália!

(OF1/5) Não! Tem que ficar peladinha!

(OF1/6) Ah! Pelada! E o negócio aqui tem que ficar cabeludo?

(OF1/7) Fica quieta!

(OF1/8) Eu farei uma coisa aqui bem gordinha!

(OF1/9) O cabelo é duro ou liso?

(OF1/10) Gosto não se discute!

(OF1/11) Eu queria desenhar um homem, mas ela disse mulher!

(OF1/12) Essa sou eu, e eu sou muito feia!

(OF1/13) Sobrou bastante!

(OF1/14) Depois poderemos levar esse bonequinho para casa?

(OF1/15) Eu vou colocar a imagem na parede!

(OF1/16) As participantes pedem que uma das mulheres ensine às outras sobre a escultura, admiradas com o resultado.

(OF1/17) Todas pedem para uma delas, que é bem comunicativa, parar de falar.

(OF1/18) Vou jogar o meu no lixo!

(OF1/19) Eu vou ao ratinho pegar um troféu!

(OF1/20) “Jesus, Fulana! Misericórdia!”, disse uma das participantes,

chamando à atenção para que outra participante falasse menos.

(OF1/21) “Foi do meu jeito, mas foi!”, comenta sobre o resultado do seu trabalho artístico.

(OF1/22) O meu ficou assim, é isso que eu sei fazer.

(OF1/23) Tá quente aqui, não é?

(OF1/24) Está lindo! Maravilhoso!

(OF1/25) Quando criança, eu fazia panelinha, cuscuzeira, essas coisas.

(OF1/26) Quando criança eu brincava no terreno baldio!

(OF1/27) Quando criança, eu brincava de casinha!

(OF1/28) Posso levar argila pra casa? Sabe por quê? Por que em casa tem meus filhos para brincar também!

(OF1/29) Eu observei uma mulher toda envolvida, ela está sofrendo, com alguma tristeza. Ela perdeu um filho, e acho que está sofrendo. Em minha opinião.

(OF1/30) É uma mulher, mas veio na mente um bebê dentro do útero, por causa da posição dela.

(OF1/31) Parece que ela passa dificuldade, que está dormindo.

(OF1/32) Eu não sei fazer. Eu tentei fazer a mulher.

(OF1/33) Eu gostei de fazer, nunca tinha feito escultura em argila.

(OF1/34) É só uma mulher mesmo. Gordinha assim parece comigo.

(OF1/35) Eu não sei se vai além. Pelos olhinhos dela e pela boca, ela está se tocando. Algum prazer ela deve estar sentindo. Ela deve estar conhecendo o seu corpo. Para mim a imagem passa isso.

(OF1/36) Eu acho legal, eu acho que a mulher tem que conhecer o seu próprio corpo.

(OF1/37) Eu me fiz com tudo o que eu não tenho. Eu não tenho essa barriga, eu não tenho esse peito, mas sou eu.

(OF1/38) Eu acho que é uma pessoa que quer se produzir mais do que

pode. Ela está enfeitada, mas ainda falta alguma coisa pra ela, não é? Eu acho que é a roupa, não sei.

(OF1/39) Foi a primeira vez que eu fiz. Eu fazia muito bonequinho de barro quando eu era menininha pequeninha, e pela primeira vez saiu mais ou menos. Nem ruim nem mal.

(OF1/40) Ela está parecendo uma ninfa do olimpo, se tocando. Elas só se tocam, ficam se masturbando. Alguma coisa ela está fazendo aqui, porque olha a mãozinha! Ela está se tocando toda, conhecendo o corpo, conhecendo as partes íntimas. Não vou falar mais, não!

(OF1/41) A minha bonequinha ficou parecendo um avatar! Foi como eu consegui fazer!

(OF1/42) Eu pensei em uma mulher triste, deprimida, bonita, mas não satisfeita com ela mesma.

(OF1/43) “Eu pensei em uma modelo. Modelo assim, pra ficar fazendo pose”, disse justificando a ausência de roupas na mulher.

(OF1/44) Todas admiram a escultura de uma participante, que esculpiu a mulher sentada em um apoio.

(OF1/45) Está tendo um orgasmo. A impressão que o pintor quis passar é de uma mulher tendo prazer. Pela posição, pelo jeito. Isso aqui talvez signifique alguma coisa (parte dourada que sai de dentro da mulher).

(OF1/46) É uma bonequinha feliz da vida, com seu corpo e com ela mesma.

(OF1/47) Ela está se tocando! Ela põe a mão aqui, depois ela põe a mão ali, depois perto dos seios. Mesmo ela estando com uma cara assim (triste).

(OF1/48) Ah, não! Ela está com cara de feliz! (demonstra indignação com a afirmação de outra participante).

(OF1/49) Ela não está muito alegre, não!

(OF1/50) Ela está se tocando.

(OF1/51) Ela está emburradinha. Agora olhando aqui, estou vendo que ela está magoada, e é assim mesmo. Eu fiz e depois que eu percebi que ela

está com a boquinha emburradinha. Por causa da dona da bonequinha.

(OF1/52) Ela está triste e sentindo alguma dor. Eu não acho que ela está com orgasmo, não! Eu acho que ela está machucada. Não acho que ela está se tocando também. Eu acho que se ela estivesse se conhecendo, ela estaria com uma cara mais feliz. Eu não vejo isso nela. Eu a vejo triste. Machucada, sei lá.

(OF1/53) É a minha amiguinha Isabel. Porque eu gosto dela. Ela está fingindo que não está escutando porque está com vergonha! (dizendo que fez a escultura em homenagem à colega que também participa da oficina)

(OF1/54) Ela apanhou. Bateram nela, pois o corpo dela está todo vermelho, o rosto dela. Então acabou dormindo, pelada.

(OF1/55) Eu não sei fazer direito (a escultura).

(OF1/56) Lembra-me minha sogra, que é toda desengonçada!

(OF1/57) É uma pessoa triste, sofrida. Ela está pensativa. Eu não gostei da imagem.

(OF1/58) Minha bonequinha eu fiz pensando na minha filha, que gosta de massinha.

(OF1/59) Sobre as cores, eu percebi que ele usou muito marrom, marrom mais claro, mais escuro.

(OF1/60) Eu achei muito triste. Ela me lembrou a minha vizinha que perdeu um bebê. Lembrou-me, pois quando eu fui visitar minha vizinha ela estava exatamente assim, toda encolhidinha.

(OF1/61) Eu fiz uma boneca com pernas, braços. Coloquei os olhos por cima do cabelo, mas eu tentei, não é?

(OF1/62) Tem uma parte que eu não consegui detalhar! (apontando para a região genital da mulher na produção artística).

(OF1/63) Não consegui detalhar, mas não faltou (a vulva), ela está aí!

(OF1/64) É uma mulher deitada, encolhida, com os olhos fechados, dormindo!

(OF1/65) Ela está dormindo, com frio, encolhida.

(OF1/66) Não, ela não me lembrou de nada.

(OF1/67) Gostei de fazer (a escultura).

(OF1/68) Está faltando a periquita!

(OF1/69) Você pensa que não faz falta? (a vulva).

(OF1/70) Não faz falta! (a vulva).

(OF1/71) Penso que ela está sofrendo, que perdeu um bebê, como se estivesse num lugar meio deserto, sozinha. Eu gostei da imagem e a minha bonequinha não está nada triste.

(OF1/72) Eu coloquei tudo na bonequinha!

(OF1/73) É uma mulher pelada, com as bochechas muito vermelhas da vergonha de estar pelada, encolhida, com o bumbum pra cima (ao olhar a imagem invertida).

(OF1/74) Não estou vendo uma mulher triste, é simplesmente uma mulher que fica pelada nessa posição por que quer uma foto! Uma mulher pelada e amarrada!

(OF1/75) O que faltou aqui mesmo foi inspiração! (dizendo que não faltou nenhuma parte do corpo na escultura).

(OF1/76) Eu gostei de mexer com a argila. E agora a outra participante vai dar umas aulas pra gente!

(OF1/77) A mulher está se masturbando, foi o que a imagem que me passou. Alguém ressaltou que ela está com as bochechas vermelhas. Eu penso que é excitação, e pela forma como ela está, com esses panos, é tudo erótico. É onde a minha imaginação foi. A minha escultura não foi nada baseada nisso daí, você disse uma mulher nua e eu tentei fazer uma boneca.

(OF1/78) Gente, vamos bater palmas para ela!

(OF1/79) Parabéns! (sobre a escultura)

(OF1/80) Eu não gosto de mexer com argila! A minha ficou ressecada e está quebrando toda! Saiu mais ou menos!

(OF1/81) Eu achei que ela está em cima de uma madeira, com vários panos.

(OF1/82) Ela está triste, em algum lugar, pensativa. Por causa da fisionomia dela. Ela está de olhos fechados pensando em alguma coisa. Eu gostei da imagem.

(OF1/83) Sobre a boneca, fui eu que fiz! Faltou um bumbumzinho de leve, mas como ela está de frente, não dá pra ver. Não dá nem pra ver o que está faltando.

(OF1/84) Ela está cansada e com calor pois, a bochecha dela está vermelha.

(OF1/85) Eu gostei de fazer a bonequinha, e não faltou nenhuma parte do corpo!

(OF1/86) Acho que ela está só com calor e eu gostei de fazer (encerrando o assunto).

(OF1/87) Penso que ela está doente.

(OF1/88) Pela posição eu penso que ela está triste. Minha bonequinha está querendo um abraço, está chamando! (realizou a construção do corpo com os braços estendidos).

(OF1/89) Sobre os tecidos, essa mulher se descobriu!

(OF1/90) Parece com aquelas mulheres na Índia!

(OF1/91) Eu acho que ela é bem gorda! Olhem as coxas!

(OF1/92) A pessoa que pintou esse desenho foi um homem? Se fosse uma mulher que tivesse pintado, podia-se pensar que ela estaria se inspirando nela mesma! Mas o homem não.

(OF1/93) Além dela, tem os seios dela, os cabelos, o véu, uma cortina na perna, parece uma cortina (abre o olhar para os detalhes depois da explanação sobre a obra).

(OF1/94) Quando eu estou triste eu fico encolhidinha assim, igual ela!

(OF1/95) Para alguém ficar assim com dor só se sair do banheiro pelada e deitar na cama assim! (justificando a nudez).

(OF1/96) Quando minha filha fica com cólica ela fica assim, bem

encolhidinha!

(OF1/97) Eu ainda penso que ele fez uma mulher se tocando. Ela está assim olha: tem uma mão pegando nos seios, e a outra está embaixo, tem uma mão escondida aqui embaixo. Ela está se tocando (defendendo seu olhar sobre a obra).

(OF1/98) E o outro seio dela está destampado!

(OF1/99) A outra mão está embaixo!

(OF1/100) Ela está com a mão no rosto!

(OF1/101) Não é importante que a mulher se enfeite na mesma medida da mulher na imagem, ou seja, muito enfeitada.

(OF1/102) É importante pra mulher ficar bonita. Uma mulher bem arrumada é diferente, não é?

(OF1/103) Isso não é normal. O normal é ter uma roupinha por cima.

(OF1/104) É natural se conhecer, já vem da nossa natureza, ter conhecer o próprio corpo.

(OF1/105) Na nossa criação não é assim, a mulher foi orientada a não se conhecer. O mais importante pra mulher é amar a si mesma.

(OF1/106) Se não se conhecer pode pegar uma doença e não saber.

(OF1/107) É necessário conhecer o próprio corpo. Às vezes uma mulher sai com um homem, e está sadia. Ela então não pode permitir (ter relação sexual) de um dia pra outro. Ela tem que ser esperta e curiosa com o próprio corpo.

(OF1/108) Eu gostei de fazer tudo!

(OF1/109) Saber a opinião da outra pessoa sobre o assunto!

(OF1/110) O melhor foi compartilhar!

(OF1/111) Gostei de tudo!

(OF1/112) Você me discriminou! Você não aprovou por que eu falei que era a língua! (a parte que mais gosta do seu corpo ao olhar no espelho).

(OF1/113) Você respondeu que você gosta da língua por que ela serve pra falar! Entendeu?

(OF1/114) Eu vou falar então: o que eu acho mais bonito é a boca!

(OF1/115) Ela explicou que não podia escolher uma parte que está dentro do corpo que não pode ser vista ao espelho!

(OF1/116) Vai chover! Vamos embora!

(OF1/117) Vale a pena vir pra oficina.

(OF1/118) Eu gostei! Eu gostei!

(OF1/119) Eu não queria ter vindo, mas agora eu gostei.

(OF1/120) Mas você não vai dizer o que é? (a mulher na imagem).

(OF1/121) Então não vamos saber o que ela está fazendo aqui? (a mulher na imagem).

Oficina 2 (OF2)

(OF2/1) Ela estava em posição fetal, dormindo.

(OF2/2) Eu disse que ela estava triste e chorando.

(OF2/3) Eu achei que ela tinha apanhado, pois estava cheia de marcas nas pernas.

(OF2/4) Eu achei que ela estava se tocando.

(OF2/5) Eu também! (pensou que a mulher estaria se tocando)

(OF2/6) Eu pensei que ela estava sentindo um orgasmo.

(OF2/7) Estavam discutindo para saber onde estava a mão da mulher, se estava no seio, se não estava.

(OF2/8) Parecia que ela estava dormindo.

(OF2/9) Eu lembro que algumas disseram que ela estava em posição fetal.

(OF2/10) Ela estava sabe-se lá fazendo o quê!

(OF2/11) Eu penso que as mulheres naquela época andavam assim, de véu.

(OF2/12) As mulheres levantaram a hipótese de ter uma modelo posando para o artista.

(OF2/13) Eu fiz a cabeça, o pescoço, a sobancelha, o peito e a vagina dela!

(OF2/14) As mamas servem pra amamentar.

(OF2/15) Teve escultura até com o lado do avesso!

(OF2/16) Fizemos o ânus!

(OF2/17) É vagina!

(OF2/18) Não, é vulva!

(OF2/19) Há pessoas que pensam que podemos ter relação sexual pelo canal que faz xixi. E dizem que não é! Eu fiquei internada para fazer a laqueadura e não consegui por que fiquei com alergia da sonda. E é nesse canal da uretra, não é?

(OF2/20) O clitóris serve para dar prazer!

(OF2/21) Estávamos falando sobre isso, existe a doença da lua de mel, que quando tem contato dá uma infecção de urina, justamente por isso, que é próximo e a uretra pequenininha e fica exposta.

(OF2/22) É incrível, é instantâneo pra eu ter vontade de fazer xixi. Mas isso é bom (após a relação sexual).

(OF2/23) É só terminar a relação e ter que fazer xixi.

(OF2/24) No corpo do homem não tem muita coisa, não! Só saco e pinto!

(OF2/25) Saco e pinto é o apelido!

(OF2/26) Usamos os apelidos por que é feio falar o nome!

(OF2/27) Os testículos servem para produzir, não é? Os espermatozóides.

(OF2/28) O pênis serve para fazer xixi.

(OF2/29) O pênis serve para sentir prazer.

(OF2/30) O pênis serve para reproduzir.

(OF2/31) Saem pela uretra o sêmen, os espermatozóides, os bichinhos!

(OF2/32) Quando vai fazer vasectomia só sai o sêmen, não é?

(OF2/33) Ali em cima que fica o sêmen, não é? (apontando a próstata).

(OF2/34) Mas já se tirar a próstata... (indicando que assim os homens podem ter problemas de ejaculação).

(OF2/35) Pra ficar por dentro! (importância de aprender sobre as partes do corpo do homem).

(OF2/36) Para satisfazer o homem. A mulher também. Olhar e gostar do que tem no corpo (importância de aprender sobre as partes do corpo do homem).

(OF2/37) Dá para ver a vagina no espelho. Pelo menos por fora.

(OF2/38) Ao espelho, conseguimos enxergar a vulva.

(OF2/39) Crescei e multiplicai! (explicação sobre a função da vagina).

(OF2/41) Para satisfazer o homem. (explicação sobre a função da vagina).

(OF2/42) E a mulher! (explicação sobre a função da vagina).

(OF2/43) Satisfazer homem? (demonstrando indignação sobre explicação da função da vagina).

(OF2/44) Mas por que não se chama mais trompa? É o falópio, não é?

(OF2/45) Clitóris? Eu quero ver!

(OF2/46) É nessa vulva que fica o canal da uretra?

(OF2/47) Os apelidos são tão horríveis...

(OF2/48) Sempre usam um palavrão: periquita, xana, perereca.

(OF2/49) Por que não se sabe o nome correto! Ou por vergonha de falar uma coisa que todos nós temos!

(OF2/50) Eu falo vulva e vagina.

(OF2/51) Aí é o mais feio! (sobre os apelidos usados em músicas populares)

(OF2/52) É pra vulgarizar! (sobre os apelidos usados em músicas populares)

(OF2/53) E as mulheres gostam e dançam! (sobre os apelidos usados em músicas populares)

(OF2/54) Quando eu passo em um lugar desses e ouço esse tipo de música eu fico com vergonha e nem passo perto!

(OF2/55) Tem muitas mulheres que ficam se arrastando no chão ao dançarem essas músicas, e então pegam as doenças e assim não podemos dizer que a culpa é só do homem. Elas ficam lá se vulgarizando. Elas gostam. Então eles pensam: “eu vou mostrar pra ela!”. Muitos pensam dessa forma. Eles gostam mesmo é de ver a mulher ralando lá chão e eles vão chegando junto.

(OF2/56) Então eles chamam as mulheres de vagabundas, é por isso mesmo. É porque eles põem as músicas, mas as mulheres gostam e dançam.

(OF2/57) DST é doença sexualmente transmissível.

(OF2/58) DST é o que se pega nas relações sexuais.

(OF2/59) DST são feridas.

(OF2/60) Tem a sífilis, o HIV, a gonorréia, o cancro, a crista de galo.

(OF2/61) Pega na relação sexual.

(OF2/62) Não. Só as relações sem preservativo.

(OF2/63) Se examinando, se tocando, se conhecendo.

(OF2/64) Às vezes a mulher se cuida, mas como você disse o homem pode não estar lavando o pênis bem lavado, e quem se lasca é a mulher. A sujeira passa para a gente e acaba causando infecção. Por isso não importa se tomou banho uma hora antes, mas tem que tomar banho na hora da relação.

(OF2/65) Da vulva sai a menstruação e o corrimento.

(OF2/66) De onde sai a menstruação é o local da penetração!

(OF2/67) E tem também o buraquinho do clitóris. São dois buraquinhos.

(OF2/68) Secreção vaginal é quando tem tesão?

(OF2/69) Mau cheiro e corrimento pode ser uma doença.

(OF2/70) Cistite também!

(OF2/71) Feridas.

(OF2/72) Nem toda bolha na boca é herpes!

(OF2/73) Coceira!

(OF2/74) Eu sofro muito com esse tipo de coisa, minha médica me falou sobre isso. Minha resistência é muito baixa, um dia sim outro também eu estou com alguma coisa, sou fã de carteirinha de médico. Mas eu não descuido da minha saúde.

(OF2/75) O meu médico disse que no meu caso tinha que me proibir de usar calcinha. O tempo máximo que eu puder tenho que ficar sem calcinha. Eu tenho raiva de calcinha e digo que se eu pudesse não usaria. Mas não tem jeito, tem que sair pra rua. Eu fico o tempo máximo sem calcinha mesmo. E vai melhorando cada vez mais.

(OF2/76) Se perguntar o que fazer para a vizinha ou amiga, ela vai falar pra

todo mundo.

(OF2/77) Do útero (quando questionada sobre doenças assintomáticas).

(OF2/78) Tem os coquetéis.

(OF2/79) Parece-me então que a sífilis é muito pior, pois o HIV vai pegar mais no momento da ejaculação. E a sífilis tem cura?

(OF2/80) A Sífilis começa só com uma ferida mesmo?

(OF2/81) É uma ferida que espalha para o pescoço? (sífilis).

(OF2/82) Pra perna? No corpo todinho? (sífilis).

(OF2/83) Eu conheço uma pessoa que pegou do marido (sífilis). Ela ficou grávida, fez todos os exames, e não tinha nada na primeira gravidez. Ela se separou dele e quando voltaram a ficar juntos ele já estava dando os galhos. Então ela ficou grávida, passando mal e repetiu todos os exames. Quando se fica grávida repetem-se todos os exames. Só que dessa vez deu uma alteração. Ela me disse que sofreu muito, pois as injeções que ela tomava, mesmo estando grávida, eram terríveis. Ela esperava por horas, além de estar grávida.

(OF2/84) O HPV agora tem até vacina.

(OF2/85) É mais triste com uma pessoa que tem um homem só, fixo e ainda acontece uma coisa dessas.

(OF2/86) Qualquer um pode pegar HIV!

(OF2/87) Diz que os idosos estão pegando por causa do azulzinho!

(OF2/88) Hoje eles estão mais terríveis que os jovens!

(OF2/89) Na escola há trabalhos sobre isso, mas na época dos idosos eu penso que não tinha isso.

(OF2/90) Hoje em dia está complicado para beijar. É que nem essa doença, a sífilis, se tiver uma ferida na boca...

(OF2/91) Eu sou casada com um homem só. Eu não tenho relações sexuais. Mas não tem pessoa que não possa pegar.

(OF2/92) Eu tenho uma colega que pegou do marido, ao final da gravidez. A filha nasceu e agora já está com dezoito anos. Às vezes é difícil admitir que haja a possibilidade de pegar. Agora ela tem a doença (aids) e a filha também.

(OF2/93) Temos de ir ao médico para saber sobre a saúde.

(OF2/94) Mas quando se tem marido, não se pode dizer: “Usa a camisinha!”. Até parece que ele vai aceitar, não é? Eles são machistas! Ele vai dizer: “Não, você é a minha esposa! Por que eu devo usar preservativo com você? Por que você quer usar?”.

(OF2/95) Eles nunca pensam que está pedindo para usar o preservativo para se proteger se acaso ele tiver uma relação fora do casamento. Ele vai pensar que ao pedir estamos assumindo que possuímos outras relações fora do casamento.

(OF2/96) Eles são todos machistas, não existe homem com a mente aberta.

(OF2/97) O meu marido não tem problema com a camisinha, o problema sou eu. Não é porque eu não gosto. Minha vagina fica inchada, ela fica toda cortada. Fica parecendo um balão. Sabe quando põe água num balão? Fica assim! Quando eu fui fazer a laqueadura, eles puseram a sonda em mim, eu então fiquei quinze dias sem poder sentar! Penso que é por causa do látex. É só usar o preservativo que fico inchada.

(OF2/98) Ele sempre me diz que não dá, que com o preservativo não dá certo.

(OF2/99) É bom usar pois ficamos bem limpinhas, não é?

(OF2/100) Eu sempre tenho infecções (urina), e o preservativo poderia me ajudar.

(OF2/101) Por mim eu usaria se não fosse o incômodo (alergia). Ainda por cima eu não posso usar anticoncepcional, o médico tem que ficar mudando a minha medicação. Faz um mês que eu não namoro o meu marido (risos). Ele sabe que eu sou assim pra usar a camisinha, e ele não diz que vai comprar mesmo assim, pois eu sou obrigada a dar pra ele. Ele não me trata

como um objeto de prazer dele. Tem homem que acha que a mulher tem a obrigação de fazer a qualquer hora que ele queira, mas ele não é assim. Então estamos esperando pra ver o que o médico vai falar. Vamos ver o que Deus dá.

(OF2/102) É ruim demais! (o preservativo feminino).

(OF2/103) Parece uma sacola! (o preservativo feminino).

(OF2/104) Parece um coador! (o preservativo feminino).

(OF2/105) Ele é maior do que o outro! (o preservativo feminino).

(OF2/106) Eles dizem que é chupar bala com papel, que não tem graça alguma.

(OF2/107) Tem que colocar no saquinho de onde tirou, enrolar no papel higiênico e jogar no lixo!

(OF2/108) Nem dente, nem faca, serra elétrica ou machado (para abrir o preservativo).

(OF2/109) Sobre o canal da urina, muitas vezes eu já pensei que eu tive relação por lá! É possível?

(OF2/110) Tem que ter cuidado para não usar errado o preservativo, não é?

(OF2/111) Tem que ver a embalagem.

(OF2/112) Guardado na gaveta.

(OF2/113) Guardado na carteira.

(OF2/114) Mas a maioria guarda na carteira.

(OF2/115) Eu não sei, por que eu não uso (onde se deve guardar o preservativo).

(OF2/116) A data de validade!

(OF2/117) Abrir com a boca?

(OF2/118) Tem um negócio lá para abrir! (picote).

(OF2/119) Posso tirar uma foto? (mulher pergunta demonstrando entusiasmo com o camisa).

(OF2/120) Eu já to murchando!

(OF2/121) Às vezes a camisinha masculina sai, a feminina tem esse risco de estourar também?

(OF2/122) Então se usar só ela, o homem sem, ela não estoura e não tem problema de usar só essa?

(OF2/123) Só faltou falar da parte anal!

(OF2/124) Sífilis, herpes.

(OF2/125) Pega assim, só na pele? Não precisa ejacular? (sífilis e herpes)

(OF2/126) Não precisa ficar vermelha!

(OF2/127) Sobre esse corrimento esverdeado eu pensei que fosse mentira. Eu não acreditava, mas uma amiga minha disse pra mim desesperada que estava saindo dessa forma e eu disse que isso não existe!

(OF2/128) Mas verde? (pergunta a participante, demonstrando indignação).

(OF2/129) Mas ela me disse que era um cisto! (dizendo que o corrimento da amiga não era DST).

(OF2/130) E quando está escuro?

(OF2/131) É cor de borra de café?

(OF2/132) É cor de borra de café!

(OF2/133) Mas tem duzentos anos que eu não tenho mais sangramento.

(OF2/134) Mas pode sangrar por outro motivo, uma ferida no colo, etc.

(OF2/135) E nas crianças? É normal a mulher que ainda não teve relação sexual ter alguma doença dessas?

(OF2/136) No posto (onde adquirir o preservativo).

(OF2/137) Tem até na parede, você chega e pega! (sobre os displays colocados em algumas UBS).

(OF2/138) Teve uma doida que chegou lá na UBS e contou pra assistente social que era garota de programa. Assim, já levou logo uma caixa!

(OF2/139) Como vai pegar preservativo na UBS se for adolescente?

(OF2/140) Também, tem um limite! Cada um pega um pouco!

(OF2/141) Mas se a pessoa tem uma vida sexual bem ativa...

(OF2/142) Algumas pessoas fazem todo dia, umas três vezes. Vai saber, não é?

(OF2/143) Tem que dar até para os adolescentes. Tem criança dessa idade que já é mãe! Eu mesma fui mãe com quatorze anos. Agora eu tenho vinte e nove anos. Tenho uma filha de quinze, uma de quatorze, uma de oito e uma de três anos de idade.

(OF2/144) Ele vai fazer tudo errado! (sobre os filhos que não são ensinados em casa sobre as DST).

(OF2/145) Vai aprender na rua com os amiguinhos.

(OF2/146) Aí vai chegar com uma doença, e aí, não é?

(OF2/147) É muito mais seguro aprender em casa.

(OF2/148) Eu não queria que acontecesse com eles o que aconteceu comigo. A minha mãe não me ensinou. Não ensinou nem como era a menstruação. Quando eu fiquei menstruada eu pensei que iria morrer por causa do sangramento. Quando eu fui tomar banho, ela me deu um absorvente. Eu coloquei o absorvente com a cola pra cima que era pra não cair, você acredita? E nem nessa hora ela me ensinou. Hoje ela ensina para as netas como coloca na calcinha. Pra mim não, pois meu pai não deixava. Meu pai era muito xucro. Minha mãe tirava o absorvente e já jogava no lixo, que era pra ninguém ver. Eu fiquei menstruada com nove anos de idade, e antigamente o absorvente era com muita cola. Eu me lembro de ela me dar um absorvente muito grande, e eu coloquei com a cola pra cima. O negócio começou a derramar, e quando eu fui tirar, os pelinhos foram arrancados e senti dor. Então eu não quero que aconteça esse tipo de coisa com a minha filha.

(OF2/149) Antigamente era assim mesmo, se a mãe tivesse uma conversa assim, como a que tivemos aqui, ela era culpada por estar dando mau

exemplo! Eu tenho sete filhas mulheres, sou mãe de dez. Minhas filhas mulheres, eu nunca falei assim com elas. Hoje eu me arrependo! Não que eu fizesse as coisas erradas, eu já não falei mesmo. Mas se eu pensasse assim antes, teria feito diferente.

(OF2/150) Minha filha de oito anos já sabe de menstruação, eu ainda não falo com ela todas as coisas sobre sexo, mas de menstruação ela sabe!

(OF2/151) Eu falo pra minha filha que ela vai ter pelos e vai ficar menstruada quando ficar mocinha. São coisas que eu gosto de falar com ela, pois eu não quero que aconteça da forma como aconteceu comigo, de jeito nenhum.

(OF2/152) Eu sou professora de sexo toda terça e quinta! Eu dou aula e acabo falando disso. (participante que faz parte do projeto de famílias e é oficinaira na CAF).

(OF2/153) Eu estou com vergonha de perguntar. E depois que eles ficam velhos? Com sessenta e cinco anos o homem fica velho? Você sabe me dizer? (dando a entender que está querendo saber sobre o desempenho sexual de homens nessa idade)

(OF2/154) Ela esta falando da ereção! (explica sobre a pergunta da colega sobre o desempenho sexual de homens com sessenta e cinco anos)

(OF2/155) O problema não é ele velho, é o pênis velho!

(OF2/156) Tem que procurar um médico.

(OF2/157) A maioria dos homens que tem sessenta anos e uma vida ativa, nem precisa tomar (medicação), não é?

(OF2/158) Hoje eu fui ao posto pra ver se pegava um encaixe (entre consultas), e acredita que eu esperei das das 6h00 até 11h45? Eu cheguei cedo, mas me deu uma desanimação.

Oficina 3 (OF3)

(OF3/1) Eu participei de uma oficina em dezembro, quando desenhamos o corpo da mulher em uma folha bem grande.

(OF3/2) Hoje é a minha terceira oficina.

(OF3/3) Nós falamos sobre o corpo da mulher, fizemos um trabalho com argila.

(OF3/4) Falamos sobre o significado da mulher na pintura, sobre a sexualidade.

(OF3/5) Sexualidade do corpo da mulher?

(OF3/6) Sexualidade para mim é sobre o casal.

(OF3/7) Sexualidade para mim é quando é elegante, sensual.

(OF3/8) Eu penso que sexualidade é sobre a mulher e o homem, quando tem o sexo entre eles.

(OF3/9) Vim para a oficina que foi no dia das mães, sobre as DST.

(OF3/10) DST é quando estamos com o nosso corpo perfeito, nas partes íntimas, e depois algo começa a aparecer. Perfeito assim, sem problemas de saúde.

(OF3/11) Eu estou acostumada a ir ao ginecologista, então, se de repente aparece algo que não é normal, um corrimento ou uma verruga, então é porque eu peguei de algum parceiro.

(OF3/12) DST é uma doença que transmite de uma pessoa para outra.

(OF3/13) DST transmite fazendo relação sexual.

(OF3/14) Tem a aids, a sífilis.

(OF3/15) Chamam assim (DST) porque passam nas relações sexuais.

(OF3/16) Tem que usar a camisinha!

(OF3/17) Percebemos algo errado com o nosso corpo fazendo papanicolau e o exame do HIV.

(OF3/18) Tem que se prevenir!

(OF3/19) Vagina! (ao mostrar a vulva de silicone).

(OF3/20) A vagina fica por dentro.

(OF3/21) São colocados tantos nomes...

(OF3/22) Pode soprar?

(OF3/23) Tem tanto nome... prexeca.

(OF3/24) Ah, vulva é menos indecente, não é?

(OF3/25) Pode ser alguma infecção.

(OF3/26) Na mulher está tudo por dentro, só indo ao médico mesmo.

(OF3/27) Na mulher fica difícil de perceber quando há algo errado.

(OF3/28) Coloca um espelho!

(OF3/29) Nos protegemos com o papanicolau!

(OF3/30) Higiene!

(OF3/31) Usar a camisinha!

(OF3/32) Sai secreção.

(OF3/33) A secreção normal é quando é clara.

(OF3/34) É porque está com infecção uterina! (se houver alteração de cor e aspecto da secreção vaginal).

(OF3/35) É porque a infecção já está ultrapassada! Vencida! Igual desodorante! (se houver alteração de cor e aspecto da secreção vaginal junto com o sintoma mau odor).

(OF3/36) Eu já vi em muitos livros de doenças que é assim: se aparecerem verrugas, não é normal numa mulher. Por exemplo, algo muito esverdeado ou amarelado. Vi uma doença chamada couve-flor, enfim, tem vários tipos de doenças.

(OF3/37) Isso é porque ela não procurou um tratamento urgente. Se a mulher notou algo diferente na vagina dela, tinha que ter procurado um

médico para saber qual o problema que ela tem. E se for uma pessoa que não está nem aí para saúde dela, isso aí vai se agravar.

(OF3/38) Quando eu me separei do meu ex-marido, ele pegou cancro. O pênis dele ficou bem inchado, a cabeça do pênis e os testículos também. Parecia com a cor de um tomate. Ele não conseguia nem andar. Já estava num estado bem avançado. Soltava uma secreção pelo canal do pênis, horrível. Aquele cheiro horrível, que o homem também tem, não é?

(OF3/39) O pênis fica guardado. Tem a pele do pênis, que se não lavar bem lavada fica como as doenças nas mulheres. A mulher mesmo se tratando, naturalmente já fica daquele jeito, imagina se não se tratar!

(OF3/40) É a realidade, nós que somos mulheres, e que nos cuidamos, se ficarmos vinte e quatro horas sem tomar banho, só a misericórdia! Entendeu?

(OF3/41) Os homens pensam que são apenas as mulheres que apodrecem. Eles querem jogar a culpa em nós, mas se eles não se cuidarem, também apodrecem.

(OF3/42) Eles não gostam de procurar ajuda, pois acham que por serem homens, eles são machos, e se um médico colocar a mão neles eles vão virar veados. Eles têm esse problema.

(OF3/43) Se eu sentir um cheiro estranho no pênis, eu coloco preservativo nele, pois eu não sou obrigada!

(OF3/44) O homem diz que é chupar papel com bala!

(OF3/45) Eles acham que nunca vai acontecer conosco. Sempre com os outros.

(OF3/46) Mau cheiro! Por mais que você tome banho, e esteja cuidando dessa situação, continua com mau odor.

(OF3/47) Pode se agravar cada vez mais.

(OF3/48) Eu penso que homem nenhum é santo.

(OF3/49) Eles pensam que se sair com outras mulheres na rua, e não se

cuidarem, eles não vão passar para quem está em casa.

(OF3/50) Eu conhecia uma amiga que cuidava da casa, do lar, enquanto o marido saía com mulheres de rua. Então ele pegou HIV e passou para esposa. Ela engravidou e acabou nascendo uma criança com esse problema, e depois acabou morrendo disso. E então morreu os dois, e a menina ficou aí.

(OF3/51) Ele vai dizer: “Você está louca? Você acha que eu tenho outra? Ta desconfiada de mim?”.

(OF3/52) Ou vai pensar que a mulher andou aprontando por aí.

(OF3/53) Tem a herpes também.

(OF3/54) Preservativo para se prevenir.

(OF3/55) Tem preservativo na UBS.

(OF3/56) Já ouvi falar do preservativo feminino, mas nunca vi.

(OF3/57) Eu não guardo em lugar nenhum, por que eu não uso!

(OF3/58) Tem que enfiar o dente aqui!

(OF3/59) Melhor ensinar isso para os homens a colocarem! Meu marido que usa!

(OF3/60) A pontinha serve para o ar!

(OF3/61) A pontinha serve para o esperma!

(OF3/62) Temos todo esse trabalho de colocar o preservativo e eles só se divertem!

(OF3/63) Jesus! Parece um coador! (ao observar a pesquisadora abrir o preservativo feminino)

(OF3/64) Que coisa estranha! (ao observar o preservativo feminino colocado na vulva de silicone).

(OF3/65) Já usei! Não foi muito legal, não. Mas o meu marido usa o outro!

(OF3/66) Não pode ficar roçando!

(OF3/67) Depois da alegria é só tirar!

(OF3/68) Segura, vai rodeando, segurando onde o esperma caiu, e tira!

(OF3/69) Dá um nó e joga no lixo. Se estiver no motel, eu jogo no lixo do motel. E se estiver na rua, vou jogar no meio da rua?

(OF3/70) Eu nunca usei preservativo feminino na minha vida, não! Deus me livre!

(OF3/71) Preservativo feminino é horrível demais!

(OF3/72) É incomodante!

(OF3/73) É incomodante demais!

(OF3/74) Eu nunca soube usar o preservativo feminino.

(OF3/75) Não dá certo (o preservativo feminino).

(OF3/76) É assustador isso aí!

(OF3/77) O preservativo feminino machuca!

(OF3/78) Eu coloquei isso aí e para mim foi muito incômodo. Incomodou na hora da penetração, na hora de colocar, incomodou o parceiro também (preservativo feminino).

(OF3/79) Eu ouvi dizer que as meninas que vão para a balada, e já colocam em casa mesmo!

(OF3/80) Mas essas meninas já vão sem calcinha!

(OF3/81) Parece um coador.

(OF3/82) Essa argolinha ficou machucando o homem!

(OF3/83) É bom para ensinar. Ensina muita coisa!

(OF3/84) Assim com oficina é melhor, se aprende na prática.

(OF3/85) Aprende fazendo.

(OF3/86) Temos a oportunidade de falar.

(OF3/87) Em palestras vamos embora com as dúvidas.

(OF3/88) Legal.

(OF3/89) A gente pensa que sabe tudo, mas não sabe.

(OF3/90) Para mim foi muito importante, a cada dia a gente aprende mais. Pois nem sempre sabemos sobre tudo.

(OF3/91) Nós tiramos dúvidas que não temos coragem de perguntar para ninguém.

(OF3/92) Tem gente que é ignorante. Às vezes vamos perguntar alguma coisa e a pessoas respondem que você vai morrer e que está podre em vida. O ser humano é assim, infelizmente o mundo em que estamos hoje é o mundo da ignorância. Às vezes queremos a ajuda do próximo, queremos tirar dúvidas e a pessoa nos ignora. Nem chega perto. Se estiver com um problema de saúde que por vezes nem é tão grave, a pessoa já vai dizer para não encostar, pedir para que saia de perto, por que a doença é transmissível, que você vai morrer e está podre. A maioria dos seres humanos é muito ignorante.

(OF3/93) Eu penso que é ótimo assim, bem explicado, é legal assim.

(OF3/94) Eu penso que tem muita gente que não sabe das coisas. Reclama de vir até aqui, mas depois percebe que vale a pena aprender.

(OF3/95) No ano passado eu não poderia ter vindo, mas agora os meninos estão na escola à tarde e eu fico com a tarde livre.

(OF3/96) Tem mulheres não estão nem aí com isso, mas a gente sente falta de ter onde conversar com as pessoas, de brincar.

(OF3/97) A minha vida sempre foi de casa para escola, então foi bom para conhecer as pessoas, encontrar as pessoas do bairro. Saber das coisas.

(OF3/98) Eu gostei, é a primeira vez que eu participo, teve muitas coisas que eu nunca tinha ouvido falar.

(OF3/99) É bom que a gente aprende, não é?

(OF3/100) Eu gostei também.

(OF3/101) Eu gostei da parte da camisinha. Jamais meu marido usou.

(OF3/102) Não, eu nem comentei com ele que oficina que eu vim fazer. Eu achei melhor nem falar por ele não vai querer usar.

(OF3/103) Com o meu marido foi diferente. Eu disse a ele que a enfermeira disse que tem que usar! Então ele respondeu: “Tá bom, a gente usa!”. Foi melhor para a gente, por que podemos pegar infecções, até mesmo de urina. A maioria não quer. Mas ele aceitou.

(OF3/104) Eu acho que tudo é uma questão de costume.

(OF3/105) Será que um dia eu vou deixar de ficar inchada? Se meu corpo acostumassem eu nem ia mais tomar injeção, só usaria a camisinha.

(OF3/106) Com a camisinha antes eu nunca chegava até o fim. Eu não fico preocupada, mas para mim é diferente, é como se pegasse o papel com a bala e pusesse na boca, quisesse sentir o gosto, mas não conseguisse.

(OF3/107) É gostoso, gostei! É bom aprender as coisas, é bom aprender novidades. Quando eu me casei, ninguém me ensinou nada, tive que aprender tudo na hora, tive que aprender sozinha!

(OF3/108) Tem mães que não ensinam muito as coisas, não sei por que.

(OF3/109) Hoje em dia é diferente. Eu falo com as minhas filhas. Eu penso que parece um bicho de sete cabeças, mas não é não. Tem que explicar direitinho, se não vão aprender por aí.

(OF3/110) Mas aí é pior aprender na rua. Se nós mãe falarmos, vai ser de uma forma educada. As pessoas nas ruas já ensinam de uma forma inadequada. Uns de forma agressiva, com violência, tirando a virgindade da pessoa, dizendo: “Vou te mostrar como é que funciona”. E quando você menos espera a sua filha chega em casa sem a virgindade. E nós que somos mães não queremos isso pros filhos, queremos algo melhor para eles.

(OF3/111) Para mim é a oportunidade de compartilhar uma com a outra. Ela não sabia colocar o preservativo, então nós estamos aqui, nós a ajudamos a fazer, a praticar.

(OF3/112) Eu aprendi muito e já estou passando para os meus filhos adolescentes o que aprendi. Eles ainda não estavam sabendo sobre muitas coisas. Por exemplo, quando eu falei o nome vulva, eles se assustaram, eles

disseram: “Nossa, mãe! Não é esse nome, não!”. Então, eu expliquei para eles.

(OF3/113) Eu aprendi bastante. O meu esposo dizia: “Preservativo para quê? Preservativo é chupar bala com papel”.

(OF3/114) Eu fui ajudando e explicando para ele. Agora nós usamos, é mais segurança. Não é porque se está casado que pode se descuidar. Ele tem outro pensamento. Eu sei de mim, mas será que eu sei dele, fora de casa?

(OF3/115) Na minha casa, o meu filho mais velho tem o mesmo pensamento do pai. Ele é novo, tem 24 anos, mas tem o mesmo pensamento do pai! Eu disse para ele que não é assim, que tem que se cuidar. Ele me respondeu que iria tentar. Eu ainda não sei se ele tentou, pois não conversamos mais sobre isso, ele está trabalhando muito. Mas eu vou procurar saber. Eu achei que faz efeito para as pessoas, então é bom.

(OF3/116) Eu gostei de conhecer o corpo, o que entra e o que sai. O que fica e não sai mais.

(OF3/117) Eu frequento aqui há um ano, e eu não tenho que reclamar de nada, a gente aprende muito, eu acho bem bacana vir aqui.

(OF3/118) Gostei de conversar.

(OF3/119) De conversar com certeza.

(OF3/120) Eu também, de conversar.

(OF3/121) Estamos em casa, pode falar!

(OF3/122) Gostei de colocar o preservativo!

(OF3/123) Gostei muito de conversar.

(OF3/124) De conversar!

(OF3/125) Eu também, gostei mais de conversar.

(OF3/126) Eu gostei muito daquela página que você mostrou. Eu consegui descobrir onde fica a uretra, de ver como é. Quando a enfermeira estava colocando a sonda eu ficava pensando: “Meu deus onde é isso?”. Ela ainda brincava comigo dizendo: “Menina, será que você não tem uretra?”. Eu

queria ver onde é. Mesmo ela pondo eu fiquei sem saber onde era.

(OF3/127) Não tem nada que eu não goste.

(OF3/128) Eu não gosto de mexer com a argila.

(OF3/129) Não gosto de fazer boneco, eu não sei fazer!

(OF3/130) Eu não gosto da massinha.

(OF3/131) Eu não gostei de fazer o boneco.

(OF3/132) Eu não gostei de colocar a camisinha. Sei lá, aquele negócio. Eu não achei legal.

(OF3/133) Eu não gostei de fazer o boneco, por que eu não sei desenhar, então não consegui fazer.

(OF3/134) Eu não levo jeito para desenhar.

(OF3/135) Queremos fazer a pele, o joelho e queremos que saia com perfeição.

(OF3/136) Eu tenho aula de MDF, de pintura e eu gosto!

(OF3/137) Eu não gostei da bonequinha também, pois eu não sei desenhar.

(OF3/138) Se você tivesse feito sairia melhor!

(OF3/139) A bonequinha ficou horrível.

(OF3/140) Os peitos da minha ficaram maiores do que o rosto.

(OF3/141) Tudo é arte, vemos umas exposições de arte por aí, que colocam cada coisa lá e dizem que é arte.

(OF3/142) A perna daquela mulher (*Danae*) é mal feita.

(OF3/143) As nossas bonequinhas agora então são obra de arte!

(OF3/144) Sobre as doenças, que são transmissíveis.

(OF3/145) Como se prevenir.

(OF3/146) As doenças que todos estão pegando. Penso que tem que usar logo três preservativos.

(OF3/147) É a primeira vez que eu venho, então não tenho muito que falar.

(OF3/148) Sobre o uso do preservativo.

(OF3/149) O nome correto das partes do corpo. Eu sabia assim, mais ou menos. Agora quando eu vou ao ginecologista, eu falo certo.

(OF3/150) Minha mãe me ensinou que o nome é “pitica”, mas eu falava “prexeca”.

(OF3/151) Uma mulher gritou na janela: “Nossa, você só pensa em homem e em pau?”. Meu marido estava comigo na mesa, se ela tivesse falado “pênis” acho que não teríamos ficado tão envergonhados. Eu fiquei assustada. Até para homem é feio falar assim.

(OF3/152) Minha mãe falava “perseguida”.

(OF3/153) Gostei de falar das doenças e do preservativo.

(OF3/154) Gostei da vulva. Agora eu vou dizer: “Minha vulva está doendo!”. Eu sempre ia ao médico, mas nunca conseguia explicar, eu nunca iria dizer que estava doendo nessa região aqui. Eu dizia que era a barriga, e então ele não sabia que tinha que olhar lá, não é? Então não me examinava. Mas agora não, se eu tiver que dizer, não ficarei mais com vergonha. Então eu gostei de saber os nomes das partes do corpo.

(OF3/155) Eu tenho diabetes e não sabia. Eu comecei a sentir coisas diferentes, comecei a beber muita água, a coçar lá, o cabelo estava caindo, eu emagreci muito, mas até então não poderia imaginar que era diabetes. Então eu fui ao médico, eu contei sobre esses sintomas e ele me pediu para fazer um exame, que deu 440. Eu não sabia o que era. Quando sabemos das coisas, poderia ter ido mais rápido ao médico. Eu não estava nem aí. Eu só tomava água, achava que ia cuidar do cabelo para parar de cair. Não imaginava que fosse tão grave.

(OF3/156) Sobre tirar o ar da camisinha! Eu nunca tinha visto isso.

(OF3/157) O nome dela, que eu não sabia.

(OF3/158) Minha filha pequenininha diz assim: “O sênis! O que é o sênis?”. O pessoal daqui da Casa Filadélfia foi à escola dela, e ela participou daquele cursinho. E então ela me disse: “Mãe, você sabe o que é a vulva?”.

(OF3/159) Para mim já mudou!

(OF3/160) Eu não sou avó, mas tenho um monte de sobrinhos. Porém, estão todos longe! Só sobrou o cabeça-dura do meu marido!

(OF3/161) Eu tenho doze filhos, uns de trinta e poucos, outro de trinta e quatro anos. Todos são homens. São bem grandes.

(OF3/162) Eu não sei, não estou lá junto para ver!

(OF3/163) Nós podemos pensar que eles até sabem se prevenir, mas não põe em prática!

(OF3/164) Eles pegam camisinha na UBS.

(OF3/165) Mas às vezes eles buscam os preservativos, mas não sabem sobre o perigo das doenças.

(OF3/166) Eles pensam que estão por dentro, que vai acontecer com todo mundo e não com eles.

(OF3/167) Meu filho que é mulherengo.

(OF3/168) E está acontecendo com as mulheres casadas!

(OF3/169) É culpa do azulzinho!

(OF3/170) E eu não tenho marido, então, o que aprendo aqui não estou usando.

(OF3/171) E quando temos um parceiro, e ele é cabeça dura? Queremos passar algo de bom para a pessoa, querendo o melhor para aquela pessoa e não entra nada na cabeça no ser humano. Será que ele é burro, ou é tapado? Ele não procura um dentista, um médico para se cuidar, ele é o quê? Largado?

(OF3/172) Tudo é culpa da mulher, as mulheres que se arrombam nessa. Eles sempre vão dizer que pegaram da gente, são todos santos do pau oco.

(OF3/173) Dentro de casa, eu aconselho a ir ao dentista, a ir ao médico para se tratar. Eu penso que não é só a mulher que tem que procurar médico. Eu acredito que pelo tempo de convivência que eu tenho no mundo, que não é só a mulher que tem que procurar o ginecologista, o homem também. Porém

quando eu vou falar com a pessoa, ele me diz que não precisa disso, que se pegar alguma coisa é porque veio de mim. Por que só a mulher tem que segurar o refrão?

(OF3/174) Eu estava ansiosa e agora estou aliviada!

(OF3/175) Eu também estava ansiosa, pois eu não gosto de palestras. Não me sinto bem. Mas eu gostei bastante, agora vou vir sempre!

(OF3/176) Eu acho que estava um pouco desinformada, e agora já estou mais informada do que antes.

(OF3/177) Foi bom, fiquei feliz. A gente nunca sabe tudo, quanto mais velhos vamos ficando mais a gente aprende. Eu não sabia mesmo de tudo. Essas palavras, sobre a vagina. A vagina para mim seria o conjunto completo, não sabia da vulva.

(OF3/178) Eu estava acanhada, agora eu estou menos acanhada.

(OF3/179) Eu cheguei aqui curiosa para saber como é que iria ser.

(OF3/180) Eu já aprendi muitas coisas, aprendi coisas que eu não sabia, e espero aprender mais para poder passar para minhas filhas. A rua ensina bastante, o certo e o errado, então o ideal é a gente ensinar as coisas e estar sempre participando. O que mudou em mim são as coisas que eu aprendi com você, agora eu posso passar para minhas filhas. Como não tenho marido, vou dividir com as minhas filhas.

(OF3/181) Eu não nunca tinha visto como é que coloca a camisinha feminina. Então para mim foi um aprendizado muito bom. É uma novidade.

(OF3/182) Já tinha visto alguma coisa sobre o preservativo feminino na televisão, mas nunca assim tão próximo de mim, vendo como é que faz. Eu achei muito válido isso. A explicação assim de perto.

(OF3/183) Os adolescentes das famílias poderiam participar.

(OF3/184) Eu chamei minha vizinha para vir comigo e ela não veio. Ela mora a quatro casas de mim. Ela disse que não, pois iria trabalhar, mas fiquei esperando uma resposta. Eu não deixei de convidá-la.

(OF3/185) Eu convidei minha mãe também, mas ela não veio.

(OF3/186) É importante passar para os outros.

(OF3/187) Mas nós poderíamos fazer isso, um dia pegar os maridos e trazer para oficina.

(OF3/188) O meu marido não viria!

(OF3/189) Só não dá por causa da cabecinha. Por causa da cabeça do povo, pois fazer isso daí é uma coisa normal (participar das oficinas). Eles não tinham que ter vergonha ou que criticar. Eu penso que vai da cabeça. Eu penso que eles não tinham que ser assim.

(OF3/190) Para essas coisas não vem, mas é só falar que é uma festa, que elas vêm. Assim como no dia das mães, elas vieram e ficaram para oficina.

(OF3/191) Seria importante para as mulheres da comunidade.

(OF3/192) Tem muita gente que não tem noção de nada disso. Mas eu estou vendo que dá para aprender.

(OF3/193) Eu sei que é normal ir ao ginecologista, mas eu conheço pessoas que nunca foram. Uma amiga minha ganhou um neném que já está moço, esse filho já se casou. Mas ela não vai ao ginecologista, nem se levar amarrada. Como que pode ser assim hoje em dia! É importante ir todo ano.

(OF3/194) Eu vou duas ou três vezes ao ano ao ginecologista, para mim é um prazer ir lá.

(OF3/195) Eu fui ao ginecologista só quando engravidei, depois não fui mais.

(OF3/196) Essa amiga minha fala que está tudo bem com ela, então eu digo que mesmo assim ela tinha que ir, pois nunca se sabe se está tudo bem.

(OF3/197) Eu tenho uma cunhada de trinta e cinco anos que depois que ganhou neném também não foi mais. Eu conheço gente que nunca foi.

(OF3/198) Eu vou todo ano. Eu peço para ela, mas ela me diz que tem um tempo certo para fazer a cirurgia de mioma. Já está com onze centímetros e dói. Às vezes eu não consigo nem abaixar. Ela quer que eu espere a menopausa, pois diz que vai diminuir. Só que eu estou com quarenta e um

anos de idade, então penso que não estou nem perto dessa cirurgia.

(OF3/199) E cisto de ovário? Tem que arrancar o ovário!

(OF3/200) Eu fiz uma transvaginal foram encontrados cistos pequenininhos. O médico me disse que não tem que fazer nada.

(OF3/201) Falei com a minha filha de como usar a camisinha feminina. Ela me disse que não sabia e então eu contei que é para se prevenir das doenças, da gonorréia. Eu comentei com ela e ela achou bom.

(OF3/202) Minha filha trabalha praticamente de dia de noite. Nas folgas dela não é possível para ela vir aqui, então eu passo as coisas para ela.

(OF3/203) Eu fiquei admirada, pois isso aí sempre foi um tabu para mim. A minha criação com a minha mãe sempre foi assim, ela nunca me falou disso. Eu menstruei a primeira vez quando eu tinha dez anos de idade. Eu não sabia o que era isso, eu gritei e chorei dentro do banheiro, mas ela não sabia me explicar. Então essa história eu achava que era tabu. Vindo aqui nas oficinas eu estou arejando mais a minha mente.

(OF3/204) Eu tinha vergonha de comentar essas coisas com a minha filha, mas eu estou aprendendo e estou passando para ela. Eu tenho certeza que ela vai passar para minha neta que agora está com nove anos. Com o tempo ela vai saber por nós, vai saber pela avó.

(OF3/205) Mas na escola tem essas aulas.

(OF3/206) Mas nós que somos parentes, temos uma ligação mais forte, então se eu falar disso para ela, eu creio que ela vai acreditar mais em mim. Ela vai dizer foi a avó que falou! Então ela vai procurar fazer como a avó ensinou. Tudo o que eu ensino ela leva com ela.

(OF3/207) Antigamente não tinha isso na escola. Meu filho disse “pênis” em casa e me contou que aprendeu na escola. Eu tomei um susto. Ele me perguntou: “Mãe, você não sabe o que é isso?”. Ele me contou que estão ensinando isso na escola agora. Ele não conseguiu me explicar tudo com detalhes, mas disse que estão ensinando.

(OF3/208) No posto de vacinação tem aquele livrinho, uma cartilha para os

adolescentes.

(OF3/209) Com a minha neta de nove anos, já tem muitas coisas que eu explico para ela. Eu penso que ela vai assistir à novela na televisão, e a novela já vai mostrando, aquela cena, aí ela já pergunta o que eles estão fazendo. Eu vou falar o que? Vou mentir? A criação que eu dou para minha neta é uma coisa muito aberta, e eu me sinto bem por isso, de estar conseguindo passar o que eu aprendi. Para mim era um tabu. Quando a minha filha era nova eu não conseguia conversar essas coisas com ela. Hoje eu consigo conversar essas coisas com a minha neta.

(OF3/210) Mas nas novelas tem temas agora, até sobre HIV.

(OF3/211) As crianças e os adolescentes de hoje pensam que o que eles assistem na novela eles podem levar para a vida real. Ali é uma novela, apenas uma história. Então eles namoram com uma, depois com outra, depois já encontra com outra na esquina. Se não fosse por isso eu poderia passar para eles o que eu aprendi, mas hoje em dia a maior parte da juventude pensa que isso é o certo.

(OF3/212) Existe outra novela que a menina anda sempre pelada e transa com qualquer um! Ela pega um aqui, depois o outro lá e já tira a roupa!

(OF3/213) Mas não é só novela que é assim, é revista, jornal, internet.

(OF3/214) Tem uma na novela que fica como pai e com o filho!

(OF3/215) Pior do que a internet não existe! Novela é fichinha! Por que você não consegue controlar vinte e quatro horas por dia o seu filho na internet. Então chega uma hora que ele vai olhar, não é?

(OF3/216) Eu sou uma pessoa meio ignorante, ela me conhece. Eu tenho um gênio daqueles. Eu tenho uma filha de dezessete anos. Todos os dias eu falo para ela: “anda direito para você não pisar na bola”. Eu falo isso para a minha filha de vinte anos e para a de dezessete anos: “É outra coisa que eu vou te avisar, você está usando aliança, se você trair seu namorado eu vou ser a primeira a falar para ele. E levo ele até onde você estiver”. Ela diz que eu não posso fazer isso, pois sou a mãe dela. Eu digo: “Problema seu, você está com ele é porque está com ele. Se não quiser mais, então você sai

fora”. Esse negócio de ficar, de dar selinho, de dizer que vai ficar com um e com outro, eu falo para minha filha direto, se ela quiser curtir balada e ficar com um e com outro, como ela é maior de idade, então é problema dela, mas mesmo assim eu aconselho. Agora, se puser o cara na minha casa e dizer que é o namorado dela, vai ter que ficar só com ele, entendeu? Mas se pisar na bola com ele e eu souber, eu levo ele onde ela estiver, pode estar no motel, onde for. E ela vai tomar um coro na frente de quem tiver.

(OF3/217) Mas como seu estava falando, para mim a internet é pior lugar, porque não dá para controlar seu filho vinte e quatro horas. Por isso eu não concordo em dizer que a culpa é só das novelas. Se formos analisar é o mundo todo, a vida real. Até um celular mais moderno tem internet. Então não é só novela.

(OF3/218) Sobre trazer os filhos, os maridos.

(OF3/219) Sobre as drogas.

(OF3/220) Sobre as crianças no mundo das drogas.

(OF3/221) Sobre o câncer e a prevenção.

(OF3/222) Ela está tímida por que está aqui na frente dela!

(OF3/223) Eu acho que sobre o câncer de mama, mais informações sobre isso.

(OF3/224) Eu gostei do jeito da oficina.

(OF3/225) Não faltou nada. Eu parei para pensar que o que eu gostaria mesmo é que meu marido usasse a camisinha. Eu não suporto aquela sujeira. Se eu pudesse... eu me sinto mal, com nojo. Eu penso que eu deixei de ser mulher por isso, será? (com lágrimas nos olhos).

(OF3/226) Se eu pudesse dar um remédio para secar aquilo! (secar o sêmen, enfatizando o que a outra participante disse).

(OF3/227) Eu tenho umas camisinhas que já estão até velhas e secas na gaveta, que eu nunca vi meu marido pegando. Às vezes eu tento pedir para usarmos a camisinha só para ver como seria, como vai ser, mas não adianta (chorando).

(OF3/228) E se você colocasse a feminina sem ele ver?

(OF3/229) Mas na hora do vamos ver, ele ia sentir e perceber.

(OF3/230) Nem falei para ele que viria nessa oficina, eu não sei o que ele iria pensar, ele é machista. E ele é velho e ignorante. Eu vou falar para ele que tive que pôr a camisinha? Não vou!

(OF3/231) O meu viria!

(OF3/232) Eu acho muito interessante. A gente só vê trabalhos assim e oficinas para as mulheres, não vê para homem.

(OF3/233) Deveria ser para os maridos também.

(OF3/234) O meu marido viria.

(OF3/235) O meu não viria, se ele soubesse ele diria: “Oficina para uma coisa que eu já sei?”.

(OF3/236) Então era só você perguntar se ele sabe o nome disso, e daquilo.

(OF3/237) Mas seria para participar de uma oficina junto com as mulheres?

(OF3/238) Meu marido já fez planejamento familiar junto comigo.

(OF3/239) Mas no caso do marido dela (que não aceita o uso do preservativo), se fosse uma palestra só para eles, eles poderiam ficar mais a vontade.

(OF3/240) Tinha que ser igual com as mulheres, assim como nós, eles ficariam a vontade e poderiam aproveitar também.

(OF3/241) O meu marido é uma caixinha de surpresas (sobre a participação em uma oficina para homens).

(OF3/242) Mas você disse que ele aceitou usar o preservativo outro dia!

(OF3/243) Eu acho que ele é meio tímido. Mas se falasse que é uma oficina de saúde. O meu marido operou porque ele quis.

(OF3/244) Eu queria também saber como falar dos assuntos com as crianças em casa.

(OF3/245) Para mim não faltou nada.

(OF3/246) Sobre o preservativo, que tem que usar.

(OF3/247) Vamos ver como vai ser agora.

(OF3/248) O jeito certo de falar.

(OF3/249) Eu também (sobre os nomes corretos, o que muda no dia-a-dia).

(OF3/250) Há muito tempo eu tive uma verruguinha, mas eu tinha vergonha. Como é que eu ia falar para o médico que eu estava com uma verruguinha? Eu não sabia o que dizer.

(OF3/251) Sobre o preservativo, sobre as doenças, e o que eu vou passar de tudo isso para minhas filhas e pro meu filho.

(OF3/252) Para mim são os nomes, não é? Nem a minha filha não sabe esses nomes, e quando vai ao médico fala “é lá”. E não fala o nome certo. Ela tem muita cólica. E eu também não sabia, e não podia falar as coisas para ela sem saber o nome.

(OF3/253) Se não usar preservativo, as prejudicadas somos nós.

(OF3/254) Eu penso que a higienização da vagina, de ensinar meu marido a lavar direito.

(OF3/255) Tem pessoa que enche a cara e não usa o preservativo.

(OF3/256) Não vai lembrar, mesmo se tiver, não vai usar (com o uso abusivo de álcool).

(OF3/257) Até o beijo é perigoso hoje, não dá mais para sair beijando.

(OF3/258) Outro dia eu ouvi uma prostituta falar sobre o sexo oral, que ela usa preservativo. Será que eles aceitam? Alguém me explicou que faz por cima da camisinha mesmo.

(OF3/259) Mas as mulheres em casa aceitam os homens sem! E elas não! Eu acho que se todas dissessem que não vai ter se não usar, eu garanto que eles vão querer usar! Se até mesmo com a prostituta tem que usar!

(OF3/260) Eu penso que dentro de casa a gente tem que aprender a ter mais opinião. Não só ser mandada. Tem que mandar também. Nós temos que ser submissas, mas não nessa extremidade. Tem que aprender a

respeitar o espaço, até onde a gente pode ir. Eles também têm que aprender a respeitar o nosso espaço!

(OF3/261) Não ao ponto de se colocar em uma situação de risco.

(OF3/262) Hoje em dia o que mais se encontra é mulher “nóia” que está grávida! Quando vai ver, elas estão grávidas! Por causa da droga.

(OF3/263) Isso é tão falado, eu penso que esse assunto é bem abordado, sobre a transmissão vertical do HIV. É o principal do pré-natal. Quando a gente vai fazer, o médico já pergunta, já faz os exames, se precisar já toma a medicação.

(OF3/264) Isso que é o pior. Se está casada, não vai passar dentro da sua cabeça que o seu marido pegou aids. E então você vai querer ter um filho, aí vai fazer sem preservativo. Pode ser que fique grávida ou não, mas pode ser que fique doente, e aí?

(OF3/265) A gonorréia também. Eu li uma vez uma cartilha de uma amiga que trabalhava em uma gráfica, e tinha fotos de bebês que nasciam das mães que tinham certas doenças. Mostrava como o bebê ficava depois, e era horrível.

(OF3/266) Eu assisti a um filme outro dia, que o marido tinha um caso com uma prostituta, e o filho dele nasceu deficiente, saiu bobó e só depois que nasceu que descobriu a doença. E ele dizia para a mulher: “Nasceu assim porque você tinha aquela ferida boba e não se cuidou!”. E ela dizia: “Mas aquela ferida foi você quem me passou!”. Então ela contava que ele tinha sífilis e a mulher também ficou com HPV. Ela ficou transtornada e foi bem interessante. Pois como você falou, às vezes os homens não sabem se cuidar, só nós que acabamos descobrindo. Só depois que ele ficou sabendo que o filho era daquele jeito por culpa dele! E se não fosse por isso não teria nascido assim.

(OF3/267) Se vocês fizerem a oficina para os homens, eu vou falar com o meu marido. Dizer que tem uma oficina sobre saúde. (participante que chorou ao contar que o marido não aceita o uso do preservativo).

(OF3/268) É bom para abrir mais a mente.

(OF3/269) E os métodos contraceptivos? Podemos fazer uma oficina só disso.

(OF3/270) Tem gente que fica fazendo as coisas feias e depois toma uma pílula atrás da outra. Na segunda vez não faz mais efeito, não é?

(OF3/271) Mas tem gente que toma umas quatro ou cinco por semana.

(OF3/272) Mas eu to falando assim com o namorado, com o parceiro fixo! Quando toma muitas vezes acaba não fazendo mais efeito!

(OF3/273) Agora tem um novo método, uma laqueadura nova, não é?

(OF3/274) Tipo três já ta bom? Eu tenho vinte e dois anos e não quero mais ter filhos.

(OF3/275) O DIU, ele dá reação, a menstruação fica mais forte, tem o fiozinho de cobre.

(OF3/276) Eu queria que falasse na oficina do método novo de laqueadura.

(OF3/277) Meu médico disse que é muito fácil para o homem fazer, pois se a mulher for ganhar neném, tem que esperar três meses para fazer a laqueadura.

(OF3/278) O meu médico disse que tem uma operação que é por baixo, ele tira as trompas, arranca os ovários eu acho, uma coisa assim, e te costura, mas precisa ter dois filhos. Essa aí eu nunca quis, é muito arriscado.

(OF3/279) As mulheres acabam se oferecendo para fazer a laqueadura, pois se for esperar os homens...

(OF3/280) Eles pensam que vão ficar impotentes.

(OF3/281) Tem uma mulher daqui que o marido dela operou, e ela teve um filho depois de operado!

(OF3/282) Mas tem que ver se o filho é dele! (sobre a mulher que engravidou após a cirurgia de vasectomia que o marido realizou).

(OF3/283) Tem que voltar no médico! (sobre a mulher que engravidou após a cirurgia de vasectomia que o marido realizou).

[alvorço]

[interrompe por conta do horário]

(OF3/284) E esse adesivo?

(OF3/285) A injeção é melhor que o adesivo? A injeção dilatou os vasos do meu útero, depois tive que fazer tratamento, mas agora estou esperando uns meses para vir a menstruação direitinho e eu poder usar o adesivo. O problema, é que eu não posso usar o anticoncepcional, o médico não indica o DIU para mim, injeção para mim não serve. Então agora vamos tentar o adesivo. Eu acho que eu tinha que fazer a laqueadura, mas nem essa eu consegui fazer!

(OF3/286) Eu fiz a laqueadura, mas eu me arrependo, eu tive um monte de efeitos depois. Por isso que é bom participar dessas palestras, sempre ficar atenta, pois você vai tomando consciência. Eu não sei o que acontece, eu não me dei com anticoncepcional, nem com injeção. O DIU eu não poderia por, então eu resolvi fazer o coito interrompido, mas eu sempre engravidava nessa.

(OF3/287) Se tiver alguém para explicar, a mulher vai tomando consciência, e a mulher vai saber que tem que usar mesmo a camisinha, até por outros motivos. Eu tenho que me preocupar comigo mesma.

(OF3/288) Aconteceu um monte de coisas comigo, às vezes eu ficava um mês menstruando. Eu tive quatro filhos, mas se eu tivesse participado dessas palestras antes, seria diferente. Eu sou bem aberta. Depois dessa palestra eu disse a gente vai usar e vai ser por mim! Por prevenção minha! Por que eu me amo e quero me cuidar. E ele disse que tudo bem, sem problemas. É importante para mim.

(OF3/289) Os médicos garantem que a laqueadura não diminui a libido da mulher, mas eu tive muitos problemas. Eu sei que pode ter sido psicologicamente.

(OF3/290) Uma amiga chegou chateada, disse que está brigando muito com o marido, pois ele chega nela e ela não quer. Ele diz que ela era muito fogosa e agora não está mais. Ela usou o termo que ela era fria, eu disse que não é que ela é fria, é que ela fez uma cirurgia de retirada do útero por

causa do mioma. Não é que ela ficou fria por causa disso, é que a gente leva pro outro lado, a gente fica chateada e acaba rejeitando o marido. E acha que acabou o desejo e que é diminuição de libido.

(OF3/291) Eu tenho um bloqueio, por exemplo, eu nunca procuro o meu marido, eu deixo ele me procurar. Eu tenho medo de fazer alguma coisa que ele não vai gostar.

(OF3/292) Mas a minha amiga disse que o médico pediu uma dosagem de hormônios, e eu disse que pode ser isso que está deixando ela chateada, e não que seja por causa da cirurgia (diminuição da libido como efeito colateral da histerectomia).

(OF3/293) Essa cirurgia é uma mutilação!

(OF3/294) Mas ela já não podia mais ter filhos, o marido já tinha feito vasectomia. Ela disse que pensa que Deus sabe de todas as coisas, pois se eu tivesse tido filhos não saberia lidar com essa situação. Mas eu penso que é porque o marido já tinha feito vasectomia.

(OF3/295) E ela nem tirou o colo (amiga que realizou uma histerectomia).

(OF3/296) Com a vasectomia pode engravidar de novo? Às vezes demora a descer para mim e eu fico preocupada.

Apêndice C – Precondições de diminuição da vulnerabilidade segundo Mann et al. (1993).

Cognitivas

- a) Consciência dos modos de risco de transmissão sexual e prevenção das DST/Aids;
- b) Consciência sobre a vulnerabilidade às DST/Aids do(s) parceiros(s) sexual(is) no passado e no presente;
- c) Consciência em relação ao risco de transmissão vertical;

Comportamentais

- d) Manutenção da abstinência sexual;
- e) Prática de sexo seguro;
- f) Monogamia;
- g) Número de parceiros sexuais;
- h) Uso de drogas;

Percepção do papel desempenhado

- i) Autoestima;
- j) Responsabilidade pelo(s) parceiro(s) sexual(is), familiares e descendentes;

Aquisição de Habilidades

- k) Uso apropriado do preservativo;
- l) Prática de sexo sem penetração;
- m) Habilidade na negociação de práticas sexuais;

Status Social

- n) Poder de negociação com o(s) parceiro(s) atual(is) e ocasional(is);

Acesso a:

- o) Informação;
- p) Insumos de prevenção;
- q) Parceiros sexuais seguros;
- r) Teste e aconselhamento;
- s) Diagnóstico e tratamento de DST/Aids.

Anexos

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa. Leia com atenção este documento e pergunte à pesquisadora qualquer dúvida que você tenha. Este documento será assinado em duas vias, para que uma cópia fique com você.

A pesquisa será coordenada pela enfermeira voluntária da Casa Filadélfia (CAF), **Noemi Bileski de Abreu Ferraz**, que é responsável pelas oficinas de Saúde da Mulher realizadas pelo Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF). A enfermeira e pesquisadora Noemi desenvolve esta pesquisa, pois estuda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Se não concordar em participar, você não será prejudicada na sua participação nas atividades do SASF e nem de nenhuma outra forma. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP – EEUSP), que trabalha para garantir proteção às pessoas que participam de pesquisas como esta. O comitê está localizado à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo – SP. Telefone: 3061-7548. E-mail: edipesq@edu.usp.br.

Descrição da pesquisa:

A pesquisa será realizada no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa Filadélfia, onde sua família está cadastrada. As pessoas que participarão da pesquisa serão as mulheres maiores de 18 anos, que participam das reuniões socioeducativas do SASF, que aceitarem participar das atividades. Serão realizadas com as mulheres três oficinas de Arte/Educação em Saúde. A oficina será realizada no prédio da Casa Filadélfia. As oficinas serão fotografadas e filmadas. O seu nome, sua imagem, as fotos e todas as

informações que podem identificá-la serão mantidos em segredo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

GARANTIA DE ACESSO: você conversar com a pesquisadora Noemi Bileski de Abreu Ferraz para tirar dúvidas até mesmo depois que terminarem as oficinas, pelo telefone: (11) 9451-3399 ou email: noemiferraz@usp.br, ou ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP – EEUSP), localizado à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo – SP. Telefone: 3061-7548. E-mail: edipesq@edu.usp.br

GARANTIA DE SIGILO: seu nome e identidade serão mantidos em segredo. As filmagens e fotos serão vistos apenas pela pesquisadora.

PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO: você poderá desistir de participar da pesquisa mesmo após terminarem as oficinas, sem que seu atendimento pela equipe do SASF seja prejudicado.

Assinatura do pesquisador responsável

Noemi Bileski de Abreu Ferraz

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Identificação da Participante:

Nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Renda familiar: _____

Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Mora com familiares? Quem? _____

Telefone(s) para contato: _____

Endereço residencial: _____

Eu, _____,

RG: _____ CPF: _____ abaixo assinado,

concordo em participar do estudo **EXPRESSÃO DA VULNERABILIDADE DAS MULHERES ÀS DST/Aids: ANÁLISE DE OFICINAS DE ARTE/EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, como participante das oficinas. Fui informada sobre a minha participação no estudo. Ficou claro para mim o porquê deste estudo, sobre como serão as oficinas e que meu nome e as conversas durante as oficinas serão mantidos em segredo. Sei que as filmagens e fotos não serão divulgados ou enviados por e-mail. Ficou claro também que não terei nenhuma despesa em participar do estudo e que posso entrar em contato com a pesquisadora ou o comitê de ética da universidade quando eu tiver dúvidas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei desistir de participar a qualquer momento, antes ou depois das atividades terminarem, sem nenhum prejuízo no meu atendimento pela equipe do SASF.

São Paulo, _____ de _____ de 2012,

Assinatura

ANEXO B – Parecer CEP – EEUSP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP**PROJETO DE PESQUISA****Título:** EXPRESSÃO DA VULNERABILIDADE DAS MULHERES ÀS DST/AIDS: ANÁLISE DE OFICINAS DE ARTE/EDUCAÇÃO EM SAÚDE**Pesquisador:** Noemi Bileski de Abreu Ferraz**Versão:** 1**Instituição:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP**CAAE:** 00709812.0.0000.5392**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 13077**Data da Relatoria:** 17/04/2012**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa analítica, com desenho experimental, que propõe realizar intervenção por meio de oficinas de Arte/Educação, em mulheres atendidas no Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) da Casa de Assistência Filadélfia, em parceria com a Prefeitura de SP, abordando a temática sobre DST/AIDS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar uma atividade de Arte/Educação em Saúde, dentro da temática DST/AIDS, realizadas com mulheres cadastradas e atendidas na Casa de Assistência Filadélfia.

Objetivo secundário: Descrever a aplicação da Proposta Triangular do Ensino da Arte, em oficinas de promoção da saúde no contexto da DST/AIDS, pela participação em oficinas; realizar levantamento sobre o conhecimento na temática e avaliar a efetividade das oficinas na problematização dentro do contexto da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não traz riscos às mulheres participantes e tem como benefícios a sensibilização e socialização de idéias durante as atividades, melhorando os conhecimentos sobre a DST/AIDS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta é a da pesquisa-ação, uma modalidade de pesquisa social que visa à resolução de um problema coletivo, onde o pesquisador e/ou os participantes estão diretamente envolvidos. A intervenção proposta constitui-se das oficinas em Arte/Educação, nas quais participarão 30 sujeitos. São propostas três oficinas, sendo que a terceira realizará também a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas participantes. Serão analisadas as gravações das falas das participantes por técnica de análise do discurso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados à sua finalidade.

Recomendações:

Projeto bem delineado, sem pendências éticas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

, 17 de Abril de 2012

Assinado por:

Celia Maria Sivalli Campos

ANEXO C – Certificado de Participação nas Oficinas