

Os autores deste livro são psicólogos, médicos, advogados, epidemiologistas, sanitaristas e especialistas em comunicação que se dedicam ao ensino e à pesquisa na fronteira dessas disciplinas, em universidades e centros de pesquisa entre as melhores do mundo. Na Universidade de São Paulo, Vera Paiva e Alessandro Santos são professores do Instituto de Psicologia, José Ricardo Ayres e Maria Ines Nemes na Faculdade de Medicina, Cassia Buchalla e Ivan França Jr. na Faculdade de Saúde Pública e Gustavo Venturi na Faculdade de Filosofia, Ciências Humanas e Letras. Marcos Garcia é professor da Universidade Federal de São Carlos e Maria Cristina Antunes da Universidade Tuiuti. No Programa Estadual de DST/AIDS-SP estão Maria Clara Gianna, Artur Kalichman, Naila Santos, Ivone de Paula, Vilma Cervantes, Emi Shimma e Paula Souza. Dulce Ferraz está na Fundação Oswaldo Cruz e Vagner Almeida na Columbia University. Sofia Gruskin está atualmente na Faculdade de Medicina/ University of Southern California e Daniel Tarantola na Faculdade de Medicina /University of New South Wales.

# VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

LIVRO I

DA DOENÇA À CIDADANIA





ISBN: 978-85-362-3912-5

**JURUÁ** EDITORA  
Brasil – Av. Munhoz da Rocha, 143 – Juvevê – Fone: (41) 4009-3900  
Fax: (41) 3252-1311 – CEP: 80.030-475 – Curitiba – Paraná – Brasil  
Europa – Escritório: Av. da República, 47 – 9º Dtº – 1050-188 – Lisboa – Portugal  
Loja: Rua General Torres, 1.220 – Lojas 15 e 16 – Centro Comercial  
D’Ouro – 4400-096 – Vila Nova de Gaia/Porto – Portugal

Editor: José Ernani de Carvalho Pacheco

Paiva, Vera.

P149 Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I./ Vera Paiva, José Ricardo Ayres, Cassia Maria Buchalla./ Curitiba: Juruá, 2012.

320p.

1. Direitos humanos. 2. Saúde. 3. Cidadania. I. Ayres, José Ricardo. II. Buchalla, Cassia Maria. III. Título.

000485

CDD 344.049 (22.ed.)  
CDU 342.7

Visite nossos sites na internet: [www.juruapsicologia.com.br](http://www.juruapsicologia.com.br) e [www.editorialjuruua.com](http://www.editorialjuruua.com)  
e-mail: [psicologia@juruua.com.br](mailto:psicologia@juruua.com.br)

Vera Paiva  
José Ricardo Ayres  
Cassia Maria Buchalla  
Coordenadores

# VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS

## PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

### LIVRO I

## DA DOENÇA À CIDADANIA

Colaboradores

Alessandro de Oliveira dos Santos	Marcos Roberto Vieira Garcia
Artur Kalichman	Maria Clara Gianna
Cassia Maria Buchalla	Maria Cristina Antunes
Daniel Tarantola	Maria Ines Battistella Nemes
Dulce Aurélia de Souza Ferraz	Naila Santos
Eliana Zucchi	Paula O. Sousa
Emi Shimma	Sofia Gruskin
Gustavo Venturi	Vagner Almeida
Ivan França Jr.	Vera Paiva
Ivone de Paula	Vilma Cervantes
José Ricardo Ayres	

Curitiba  
Juruá Editora  
2012

## SUMÁRIO

---

- 1 DIREITOS HUMANOS E VULNERABILIDADE NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA INTRODUÇÃO .....9**  
*José Ricardo Ayres*  
*Vera Paiva*  
*Cassia Maria Buchalla*
- 2 UM PANORAMA SOBRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS..... 23**  
*Sofia Gruskin*  
*Daniel Tarantola*
- 3 POLÍTICAS PÚBLICAS E PREVENÇÃO DAS DST/AIDS: ONTEM, HOJE E AMANHÃ.....43**  
*Maria Clara Gianna*  
*Artur Kalichman*  
*Ivone de Paula*  
*Vilma Cervantes*  
*Emi Shimma*
- 4 CONCEITOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO: DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA AO QUADRO DA VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS..... 71**  
*José Ricardo Ayres*  
*Vera Paiva*  
*Ivan França Jr.*
- 5 MISOGINIA, HOMOFOBIA, RACISMO E “GERONTOFOBIA”: CONTRIBUIÇÕES DE ANÁLISES DA OPINIÃO PÚBLICA PARA A PREVENÇÃO ..... 95**  
*Gustavo Venturi*

- 6 **ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E SAÚDE: APRENDIZADO DE CONCEITOS E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....** 111  
*Vera Paiva*  
*Eliana Zucchi*
- 7 **SUPERAR O RACISMO E PROMOVER A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: DESAFIOS PARA O TRABALHO DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NO BRASIL .....** 145  
*Alessandro de Oliveira dos Santos*
- 8 **CENAS DA VIDA COTIDIANA: METODOLOGIA PARA COMPREENDER E REDUZIR A VULNERABILIDADE NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS .....** 165  
*Vera Paiva*
- 9 **VULNERABILIDADE AO HIV E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM ESPAÇOS DE SOCIABILIDADE DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E TRAVESTIS.....** 209  
*Maria Cristina Antunes*  
*Marcos Roberto Vieira Garcia*
- 10 **O TRABALHO COLABORATIVO COM COMUNIDADES RELIGIOSAS PARA A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS: A EXPERIÊNCIA DO GT-RELIGIÕES EM SÃO PAULO .....** 239  
*Paula O. Sousa*  
*Naila Santos*  
*Vagner Almeida*  
*Vera Paiva*
- 11 **PREVENÇÃO DAS DST E AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS A PARTIR DO ESTUDO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....** 271  
*Dulce Aurélio de Souza Ferraz*  
*Maria Ines Battistella Nemes*
- ÍNDICE ALFABÉTICO.....** 313

**CENAS DA VIDA COTIDIANA:  
METODOLOGIA PARA COMPREENDER  
E REDUZIR A VULNERABILIDADE NA  
PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS**

---

*Vera Paiva<sup>1</sup>*

Muitos textos que refletem criticamente sobre práticas em saúde concluem sobre a urgência de se considerar a subjetividade de usuários e seu contexto sociocultural – em especial os contextos de pobreza, as relações de gênero, a cor da pele e a religiosidade. Depois de décadas com essa avaliação consolidada, entretanto, é notável o quão raramente os dados acumulados na pesquisa sobre determinações sociais, psicossociais e estruturais do adoecimento são valorizados no planejamento e na dinâmica mesma dos processos de trabalho de prevenção e cuidado.

Este texto abordará a metodologia que tem produzido narrativas como as do episódio abaixo, compartilhada por uma mulher negra, e que pretende contribuir nessa direção. A primeira parte sintetizará os contornos das principais referências teóricas da metodologia das cenas – a perspectiva emancipatória e multicultural dos direitos humanos, a vulnerabilidade e o construcionismo social. A segunda parte incluirá alguns exemplos de (inter)ações no campo da prevenção e do cuidado cujo processo de trabalho incluiu o levantamento, a descrição e decodificação de *cenas*, seus *cenários* e *contextos socioculturais*, para ilustrar como a metodologia das cenas pode contribuir para a compreensão densa da dinâmica da vida cotidiana e de suas determinações sociais, enquanto estabelece modos de interagir na prevenção e promoção da saúde que ampliam a participação de usuários e comunidades.

---

<sup>1</sup> Professora do Instituto de Psicologia e coordenadora do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS) da Universidade de São Paulo.

### **O dia em que ele voltou pra casa**

*Foi um dia importante pra mim... estava com ele deitada no chão, para que as frestas pelos panos que separam a cama do resto do nosso cômodo não tirasse nossa intimidade. Não tinha ninguém, as crianças estavam na casa da [amiga], mas ainda sentia no bico do seio a presença da [filha] que amamentava... ou era tesão? Ele me pegava duro e meio rápido... Vi... [Quando foi pedido para olhar a mesma cena de fora]. Preferia mais delicadeza, ele era meu homem e eu "sua" mulher, não uma mulher qualquer... No lugar dele, entendi a pressa. Tantos meses fora de casa, sentindo desejo, não sei o que fazia lá na cadeia com isso... Ele gosta de mim, mas não sei se me enxerga, EU, sabe? Estranho... via claramente. Como se os caras da cadeia estivessem ali com a gente, um barulho de homens, constante... que se misturava com as crianças brincando lá fora. Na hora da cena não vi nada disso... tava ali sentindo o abraço... Como se eu quisesse que ele fosse um homem do tipo que passa creme nas mãos... como faço depois que lavo louça, quando tenho mais dinheiro... Quando pedistes pra gente [imaginar a mesma cena e] ficar mais rico ou mais pobre, foi como se a cena explodisse uma imagem na tela e outra imagem aparecesse imediatamente... gostei de ver como seria, rica assim, ter um quarto separado só pra nós, aquela cama imensa de lençóis de seda, talvez uma meia luz assim, chique, e uma empregada passeando com as crianças num parque enquanto fazíamos amor... [Depois de imaginar a mesma cena e mudar a cor da pele] Ser branco foi difícil de imaginar. Senti uma raiva... pensar que ele, então, provavelmente não teria ficado na cadeia... [Depois de imaginar trocar o sexo, se ele fosse mulher] Estar com uma mulher, acho difícil, mas consegui imaginar, deitada ali, hã. Não sei se ia gostar. Era possível, mas não ali, né, na minha casa! ... [Depois de imaginar que ele podia ser portador do HIV?]. Que ideia essa, eu pensei! E, por dentro, gritei, gelei, e empurrei-o, sem querer! Acabou qualquer tesão e clima! Claro, como não pensei nisso? Fui falando: "Idiota, como você faz isso comigo?" Por que... por quê?? Onde você andou, não pensou em mim e nas suas filhas? "Na cadeia!" Acho que dizia isso... Fiquei muito espantada com minha reação... não tenho preconceito, nem de mulher que transa mulher, né? Mas foi o que senti... E vou querer fazer o teste! Onde faz? Eu vi na campanha da TV, mas não me lembro mais.*

Narrativa compartilhada em grupo de capacitação de multiplicadoras da prevenção, resultado de imaginação ativa sobre uma cena sexual.

Nas abordagens no quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade ao adoecimento, a participação é um princípio fundamental, e os projetos que ilustram esse texto, portanto, visaram a *colaborar com* pessoas, grupos e comunidades para a reflexão crítica sobre suas interações cotidianas e seus sentidos, sobre os personagens que povoam sua vida e suas

práticas, assim como sobre a experiência com ações e programas de saúde. Os participantes do encontro com profissionais são, nessa perspectiva, concebidos como *sujeitos de sua vida cotidiana* e *sujeitos de direitos*, na prevenção ou no cuidado. Essa metodologia, desde suas primeiras experiências nos anos 1990, busca contribuir para a renovação das práticas em saúde que definem usuários como "alvos" para suas propostas prontas e desconsideram seus contextos específicos, ou seja, concebem as pessoas ou grupos como consumidores de práticas e valores predefinidos pelo profissional (Paiva, 2000, 2002).

O objetivo deste capítulo é inspirar a prática. Embora não pretenda recuperar a história dos campos teóricos, conceitos e autores implicados nessa metodologia, a expectativa é encaminhar o leitor para essa leitura.

### **CONCEPÇÕES IMPLICADAS NA METODOLOGIA DAS CENAS**

A metodologia das cenas foi produzida no bojo do movimento chamado de *construcionismo social*, que tem se dedicado a desnaturalizar, a compreender e a analisar a desigualdade social, mais especialmente no campo dos estudos de gênero e da sexualidade (Paiva, 2008). A construção da resposta brasileira à Aids foi fortemente inspirada pelas pedagogias construtivistas e críticas na saúde, em especial, pela tradição representada por Paulo Freire<sup>2</sup>, e poderia ser incluída no campo das práticas de pesquisa e intervenção psicossocial de uma vertente dramaturgical da psicologia social construcionista<sup>3</sup>.

No campo das teorias e dos modelos para interpretação e intervenção social e psicossocial mencionados acima, raramente se afirma que **metodologias** são definitivamente verdadeiras ou falsas. É mais interessante identificá-las como mais ou menos *úteis* (Quadro 1).

<sup>2</sup> Seffner, Donato e Monteiro discutirão essas pedagogias no terceiro volume desta coletânea.

<sup>3</sup> Voltaremos a esse tema em capítulo do terceiro volume desta coletânea, sobre a dimensão psicossocial do cuidado. Alguns autores categorizam a posição epistemológica construcionista, marcada pela obra seminal de Berger e Luckman (1973) e pelos autores que se opõem às teorias objetivistas do significado, em duas vertentes. Na classificação de Schwandt (2006), localizá-los a metodologia das cenas na vertente que chama de "construcionismo fraco", porque evita a visão fortemente relativista do "construcionismo forte", onde qualquer interpretação pode ser adequada.

### Quadro 1 – O que é metodologia<sup>4</sup>

**Metodologia** é o caminho escolhido para ajustar as práticas ao longo de uma ação ou interação, ancorada nas teorias e princípios que permitem compreender um fenômeno antes de intervir. Ou seja, é o modo como planejamos e executamos esse caminho, onde se ajustam ações e técnicas, a organização das dinâmicas e a interação. A metodologia escolhida implicará em:

- a) uma preferência sobre o *foco*, a *unidade* principal de análise e da ação e os *tipos de casos* e eventos que escolhemos;
- b) uma fina sintonia e uma articulação com a *teoria* ou com o campo teórico que abraçamos para interpretar a realidade social, a vida cotidiana e os contextos intersubjetivos;
- c) uma definição de *dispositivos* e *estratégias* para lidar com os problemas identificados;
- d) uma definição de *passos* a serem seguidos, um protocolo e seus procedimentos.

A clareza sobre a metodologia utilizada permite avaliar cada ação de saúde, manter uma bússola no processo permanente de corrigir seu rumo, redefinir os passos. Contribui para inovar a prática, a técnica e a teoria diante de cada obstáculo ou nova descoberta.

A metodologia das cenas aspira facilitar a escuta profissional, garantir um diálogo informado pelo saber do profissional da saúde, de um lado, e pela co-compreensão densa da realidade do usuário, de outro. Numa sessão de aconselhamento em DST/Aids, por exemplo, a conversa sobre cenas vividas de sexo sem camisinha estimula o compartilhamento da dinâmica da vida sexual e que cada pessoa, com apoio do profissional, compreenda melhor suas práticas sexuais mais ou menos seguras. O usuário do serviço pode, com o apoio do técnico, adaptar o discurso da prevenção ao seu cenário cotidiano e às relações que está vivendo. No âmbito do cuidado da pessoa vivendo com HIV, a conversa sobre cenas de tomadas de medicação sofisticada o diálogo sobre a dinâmica da adesão ao tratamento, que sempre envolve mais que seguir uma receita. Por exemplo, levantam-se episódios em que não se tomou a medicação, quais as cenas “fáceis” que garantiram a tomada da medicação naquela semana, analisadas em conjunto com cada pessoa e de di-

<sup>4</sup> Essa definição espelha definições sobre metodologia da pesquisa. O recurso das cenas tem sido bastante produtivo no processo de coleta de dados que antecede a intervenção psicossocial.

versos ângulos – do ponto de vista da sua trajetória pessoal nos serviços, dos sentimentos presentes a cada cena de tomada, assim como da compreensão da discriminação e da estigmatização social associada à Aids, no contexto familiar e no emprego (Nemes, Santos, Nasser & Basso, nesta coletânea). Em processos de trabalho com comunidades, a discussão pública de cenas observadas e levantadas por “agentes locais” tem ilustrado vivamente a vulnerabilidade social e programática específicas de um segmento populacional ou território. Em projetos de prevenção em municípios turísticos, por exemplo, a discussão de cenas de interação entre turistas e moradores locais mobilizou ações imediatas, não governamentais e de diversos setores governamentais, para garantir o direito à prevenção e à atenção integral de jovens dessas comunidades. (ver Blesa no 3º volume dessa coletânea)

Ao abordar cenas da vida cotidiana, a inspiração da vertente mais dramática das teorias construcionistas, que ambicionam desnaturalizar a desigualdade social, se traduz em uma ferramenta para processos de trabalho cuja referência ético-política é a proteção e a promoção de direitos humanos para a diminuição da vulnerabilidade ao adoecimento (Ayres, Paiva, & França Jr., neste volume). Com o apoio da perspectiva emancipatória e multicultural dos direitos humanos, discutida a seguir, as pessoas são abordadas dialogicamente como “sujeitos de direito em cena” para que se mantenha o foco na dinâmica psicossocial e estrutural que produz o adoecimento.

#### A abordagem emancipatória e multicultural dos direitos humanos

O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos define que as pessoas nascem *livres e iguais em dignidade*, com direitos inalienáveis que fundamentam a *liberdade*, a justiça e a paz no mundo. No momento de sua proclamação pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, afirmava-se como autoevidente a noção de dignidade, evidência que tem sido debatida em várias arenas políticas desde então.

Ao longo da segunda metade do século XX, por exemplo, as experiências latino-americanas e africanas de resistência às ditaduras e ao colonialismo europeu enfatizaram noções de dignidade associadas à ideia de justiça social, que foi definida em termos de direitos e cidadania. Nos anos 1980, a maior parte desses países incluía o acesso à prevenção e ao tratamento de doenças como direito universal, parte essencial da cidadania.

nia que se queria construir baseada na ampla garantia de direitos civis e políticos. Na década seguinte, o fim da Guerra Fria e a queda do Muro de Berlim estimularam a retomada do debate sobre direitos dos dois lados do muro e nas diversas organizações das Nações Unidas. Nas várias conferências das Nações Unidas e nos países membros onde o debate tratou da condição das mulheres, por exemplo, ficou clara a coexistência histórica, mais ou menos tensa, de diferentes noções de autonomia e dignidade associadas à noção de humanidade<sup>5</sup>. Ao mesmo tempo, a emergência da pandemia da Aids deixava claro que o campo da sexualidade é terreno dos mais emblemáticos para a disputa sobre noções de igualdade, liberdade e dignidade. Nos anos 1990, fortaleceu-se a noção de que a dignidade e a liberdade das mulheres dependem da ampliação da sua autonomia, do seu direito à não discriminação no acesso à educação, ao trabalho, à saúde e à sexualidade livre de constrangimentos, entre outros direitos. A noção de “direito sexual”, por outro lado, permaneceu controversa (Paiva, Ayres & Gruskin, 2010).

O mundo muda por ação de homens e mulheres que fazem a história, como vimos, e a linguagem dos direitos humanos expressa bem o debate sobre a construção social da realidade. Ou seja, deixa claro que os parâmetros da organização social, do que definimos como desejável ou inaceitável a cada época, será sempre uma construção discursiva e expressiva de um tempo histórico. No campo da sexualidade, o debate sobre casamento entre pessoas do mesmo sexo no Supremo Tribunal Federal em 2011, por exemplo, validou o discurso dos direitos como mais relevante para as políticas de um estado laico que o discurso milenar da religiosidade cristã, ou o discurso acadêmico que apelava para uma “verdade natural” sobre o sexo “normal”. O voto do Ministro Ayres Britto, vencedor, legitimou outras referências para as noções de humanidade e para a sociabilidade brasileira ao defender “propósitos de felicidade” diversos a serem respeitados<sup>6</sup>.

Nesse contexto, permanece a questão: de um lado, a análise da vulnerabilidade ao adoecimento descreve a desigualdade entre os sexos como relevante para a sua produção social, enquanto assumimos que é política e eticamente inaceitável a discriminação de direitos com base em uma ideia de uma natureza universal e normal para os sexos; de outro, reconhecemos que as pessoas abraçam valores e religiões diversas, liber-

dade também garantida por lei. Como sustentar noções de igualdade e como garantir a proteção de direitos nas práticas em saúde?

Na retomada do debate sobre direitos desde os anos 1990, Boaventura de Souza Santos<sup>7</sup> propôs uma “concepção multicultural de direitos humanos” que adotamos na metodologia das cenas. Como sintetizaremos nos próximos parágrafos, sua concepção reconhece o dilema que enfrentamos entre as exigências de reconhecimento da diferença e da afirmação da igualdade na promoção de direitos, sem perder de vista a dimensão ao mesmo tempo universal e particular, global e local, dos direitos humanos.

Santos (2003) interpela a pretensão universalista da Declaração dos Direitos Humanos de 1948 ao lembrar que existem diferentes concepções da dignidade humana que coexistem em grupos caracterizados por tradições culturais diferentes, como o *dharma*, da tradição hindu, ou a *umma* da tradição islâmica<sup>8</sup>. Chama a atenção para o fato de que todas as culturas e tradições tendem a distribuir as pessoas e os grupos sociais em dois princípios hierárquicos: o da *igualdade* entre unidades homogêneas (por exemplo, a definição de cidadão ou estrangeiro) e o da *diferença* que produzirá uma hierarquia entre diferentes identidades sociais (entre os sexos, entre as etnias, entre as religiões). Por outro lado, as tradições culturais consideram seus valores válidos (e melhores), independentes do contexto de sua enunciação. Ou seja, na perspectiva de cada cultura, qualquer outra será sempre incompleta.

O autor propõe, então, reinventar os direitos humanos como uma linguagem de emancipação e com um sentido distinto daquele pre-

<sup>7</sup> Desde a juventude, Boaventura de Souza Santos participou da resistência às quatro décadas da ditadura portuguesa salazarista e pelo reconhecimento da autonomia e liberdade nas colônias africanas.

<sup>8</sup> Santos (2003) cita Panikkar para definir que, na tradição hindu, “*dharma* é o que sustenta, dá coesão”. Nessa tradição “a justiça dá coesão às relações humanas; a moralidade mantém a pessoa em harmonia consigo mesma; o direito é o princípio do compromisso nas relações humanas; a religião é o que mantém vivo o universo; o destino é o que nos liga ao futuro; a verdade é a coesão interna das coisas. Um mundo onde a noção de *dharma* é central e quase onipresente não está preocupado em encontrar o ‘direito’ de um indivíduo perante a sociedade, mas antes em avaliar o caráter *dharmico* (correto, verdadeiro, consistente) ou *adharmico* de qualquer coisa ou ação no complexo teoantropocósmico total da realidade.” (p. 445). Usando ainda outra definição do mesmo autor, discute a *umma* na cultura islâmica que se refere “à comunidade étnica lingüística ou religiosa de pessoas que são o objeto do plano divino de salvação.” (p. 446). Afirma que, “vista a partir do topos da *umma*, a incompletude dos direitos humanos individuais reside no fato de, com base neles, ser impossível fundar os laços e as solidariedades coletivas sem as quais nenhuma sociedade pode sobreviver, e muito menos prosperar.” (p. 447).

<sup>5</sup> Gosto de pensar na força da expressão *mulheridade*.

<sup>6</sup> O texto do voto de Ayres está disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4277.pdf>.

tendido pelo alcance universal da Declaração produzida no século XX. Ou seja, a emancipação não seria apenas a libertação da opressão dos estados totalitários (ditaduras) ou da opressão de um povo sobre o outro (colonialista), ou ainda, da opressão de classe; a emancipação, nessa nova abordagem dos direitos humanos, definiria um processo permanente de desocultação de opressões e de exclusões que expressam hierarquização (Santos, 2005).

De grande interesse para que seja compreendida a epidemia da Aids, cuja expansão ou resposta institucional não pode ser pensada fora do contexto global, é a definição plural da globalização, que Boaventura de Souza Santos caracteriza em quatro modos: (1) o *localismo globalizado*: um processo pelo qual um determinado fenômeno local é globalizado com sucesso, como por exemplo a parada do orgulho gay; (2) o *globalismo localizado*: o processo de interferência transnacional nas condições locais, como o impacto do turismo internacional que consome as culturas locais e estimula o turismo sexual, aumentando a vulnerabilidade ao HIV em pequenas localidades turísticas; (3) o *cosmopolitismo*: uma forma de solidariedade internacional estimulada pela revolução da tecnologia da informação e comunicação, um modo de globalizar iniciativas e movimentos contra a discriminação social, como por exemplo as redes de pessoas soropositivas por direito ao tratamento; (4) a *defesa do patrimônio comum da humanidade*: da biodiversidade, da cultura tradicional ou das recém inventadas pelas tribos urbanas.

Segundo o autor, os direitos humanos, na forma como foram predominantemente concebidos nos anos 1940, seriam uma forma de localismo globalizado, já que nem todas as culturas possuem noções de dignidade humana em termos de direitos humanos. A reinvenção do uso dos direitos humanos deveria, portanto, levar em conta que vivemos em um mundo em processo de crescentes *globalizações* (no plural), no qual interagem, nos seus vários modos, as diferentes tradições culturais, todas com alguma ambição de validade universal. Para realizar a ambição de igualdade, paz e justiça consagrada na Declaração de 1948, por exemplo, dependeríamos sempre do diálogo entre diferentes concepções de dignidade humana, de um diálogo intercultural<sup>9</sup>. No contexto histórico em que se processam as globalizações, portanto, teremos sempre o desafio de dar conta da diferença e da igualdade na humanidade que compartilhamos, entre a exigência do reconhecimento da diferença e o imperativo da re-

<sup>9</sup> Esse diálogo intercultural parte de um pressuposto distinto da noção de "tolerância [que] não exige um envolvimento ativo com os outros e reforça o sentimento de superioridade de quem fala de um auto-designado lugar de universalidade." (Santos & Nunes, 2003, p. 31).

distribuição que não produza e reproduza desigualdades, que compatibilize direitos coletivos com direitos individuais, que permita a realização da igualdade.

Partindo dessa perspectiva emancipatória e multicultural para pensar o trabalho com diferentes grupos religiosos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>10</sup> e a prevenção no ambiente escolar, onde se devem garantir a equidade e a laicidade. Como promover o direito à prevenção de jovens estudantes com diferentes filiações religiosas? Como dialogar com as diferentes concepções sobre feminino, masculino e sobre conjugalidade? Como considerar a prevenção da Aids, desejada pelas autoridades católicas, seja para o trabalho com jovens adolescentes, seja para casais sorodiscordantes<sup>11</sup> e, ainda, promover o uso de preservativos, uma obrigação do estado laico e um direito do cidadão? Como respeitar posições que rejeitam a homossexualidade e, ao mesmo tempo, garantir o direito à informação dos jovens que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo, adeptos ou não do discurso da emancipação homossexual? O discurso da prevenção, cujo foco no Brasil tem sido o uso consistente de preservativo em todas as relações sexuais, não será incompleto e menos valioso na perspectiva dos que acreditam que a atividade sexual deve esperar o casamento? E na perspectiva dos que abrem mão do preservativo como expressão de amor conjugal ou de emancipação do disciplinamento da vida sexual<sup>12</sup>?

O desafio será sempre garantir encontros para a prevenção e promoção da saúde que reconheçam as diferenças sem promover a desigualdade e a violação de direitos – o acesso aos insumos para prevenção, por exemplo. Dito de outro modo, serão mais úteis as metodologias que possibilitem que o saber técnico-científico, encarnado no/a profissional, dialogue com o conhecimento sobre a vida cotidiana de usuários, sujeitos-cidadãos que abraçam valores diversos. Como, então, compatibilizar a exigência do reconhecimento da diferença (entre homens e mulheres, cristãos e ateus) com ações que permitam a realização da igualdade e promoção da equidade?

Uma das respostas mais interessantes nessa perspectiva é a valorização do *processo*, como propõem as abordagens em saúde na pers-

<sup>10</sup> Sobre esse tema ver também Sousa, Santos, Almeida e Paiva, neste volume.

<sup>11</sup> Um casal é sorodiscordante quando um/a parceiro/a ou cônjuge é portador/a do HIV e o/a outro/a não.

<sup>12</sup> Essas são práticas conhecida como *Barebacking*, um termo utilizado para descrever o sexo sem proteção, ou seja, sem preservativo. Em inglês o termo indicava originalmente cavalgar um cavalo sem sela.

pectiva dos direitos humanos (Gruskin & Tarantola, neste volume), em contraste com as práticas que valorizam mais fortemente um *resultado preestabelecido*, um produto, como o comportamento adequado que buscam receitar e modelar: use camisinha! Como vimos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos considerou a dignidade como elemento central à sua definição de humanidade com direitos, sem elaborar sobre a diversidade. A abordagem “*hermenêutica diatópica*” de Boaventura de Souza Santos, sintetizada no Quadro 2, pode ajudar o profissional a considerar as diferentes noções de dignidade que, como nos exemplos acima, são abraçadas por pessoas diferentes, mas que convivem no mesmo bairro e cidade, na mesma sala da aula ou de espera.

### Quadro 2 – O encontro com base na hermenêutica diatópica

Todo encontro com base na hermenêutica diatópica deve estimular a prática de interpretação e de tradução das diferentes posições envolvidas e colocá-las em diálogo. Começa com o *reconhecimento das incompletudes de todas* as tradições culturais e, portanto, de todos os discursos sobre sexualidade e saúde. O discurso técnico sobre prevenção também é incompleto!

Esse tipo de diálogo, tomado como intercultural, deve tornar mutuamente inteligíveis e capacitantes as diferentes concepções de dignidade humana implicadas em discursos e tradições diversas. Ao levarmos em conta as incompletudes de cada posição envolvida no diálogo, cria-se a disponibilidade para a construção de formas híbridas de dignidade humana. Essas formas serão mais amplamente partilhadas.

Para realizar a hermenêutica diatópica, portanto, dependemos da adoção de dois imperativos interculturais para lidar com a tensão inevitável nesse processo de diálogo, depois de admitir que há uma história social que constrói hegemonias, poderes e desigualdades:

- a) **das diferentes versões, deve ser escolhida a que representa o círculo mais amplo de reciprocidade, a versão que vai mais longe no reconhecimento do outro;**
- b) **defender a igualdade sempre que a diferença gerar inferioridade e defender a diferença sempre que a igualdade implicar em descharacterização.**

Fonte: Santos (2003) e Santos e Nunes (2003).

A metodologia que utiliza as cenas da vida cotidiana, implicada em processos baseados em uma hermenêutica diatópica, pressupõe diálogos referenciados nessa concepção de direitos humanos, assim como no reconhecimento recíproco de prerrogativas e deveres dos indivíduos como

pessoas livres e iguais. Pressupõe, como diria França Jr. (2003), a compreensão de que somos parceiros de direitos, ou seja, ao pretender-se como sujeito de um direito, deve-se reconhecer, simetricamente, que os outros também o são; caso contrário, seria desejar um privilégio! Essa abordagem é especialmente útil no campo da saúde sexual e reprodutiva, em que a intolerância à diferença tem sido radicalizada rapidamente.

No Brasil, o setor da saúde é regulado pelas normas do SUS e a educação de futuros profissionais de saúde, a capacitação profissional e o controle social deveriam garantir a qualidade do processo, especialmente a aceitabilidade e acessibilidade, a qualidade e disponibilidade dos serviços. Mas como o processo, a participação e o controle social devem ser planejados? Sugerimos que, além dessa concepção multicultural e modelo de encontro com base na hermenêutica diatópica, o processo de trabalho, nessa perspectiva, deverá respeitar pelo menos cinco momentos, que sintetizamos no Quadro 3, abaixo:

### Quadro 3 – Momentos da abordagem emancipatória dos direitos humanos em saúde

A interação saúde-direitos humanos deverá dar conta de cinco momentos:

1. **Analisar a interação saúde-direitos humanos para cada grupo e comunidade**  
Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva são marcadores bastante bons da proteção e/ou da promoção de direitos sexuais em uma comunidade ou de um segmento específico – por exemplo, em comunidades receptoras de turismo, entre homossexuais, entre jovens da igreja evangélica ou, ainda, trabalhadores do sexo daquela região da cidade. Serão também indicadores do grau mais provável de vulnerabilidade individual, programática e social das pessoas que ali vivem e convivem com o adoecimento.
2. **Considerar que a vida cotidiana, foco central da análise, expressa desigualdades**  
As cenas da vida cotidiana são a porta de entrada mais interessante para a análise da vulnerabilidade e são sempre atravessadas por diferenças de poder e por hierarquias; por disputas sobre valores e tradições culturais; pelo contexto político e econômico; por diferenças entre pessoas e grupos da mesma geração e de diferentes gerações; por relações étnico-raciais e de gênero, entre outras dimensões do viver que produzem desigualdades. Ou seja, a desigualdade produzida socialmente deve ser considerada no planejamento das ações de saúde, porque produzem a vida cotidiana e, quase sempre, mais adoecimento e sofrimento.
3. **Conceber as ações em saúde como um encontro de especialistas**  
Cada sujeito em interação é visto como um cidadão especialista na sua própria experiência cotidiana em todos os contextos (de prevenção, de Cuidado, de educação

em saúde, na comunidade etc.). Os profissionais são portadores do conhecimento técnico-científico que, até por definição, é também provisório e deve poder interagir com o saber cotidiano das pessoas.

#### 4. Conceber o usuário como sujeito portador de direitos

A participação como especialista dependerá de que cada pessoa se reconheça e seja reconhecida como cidadã e portadora de direitos, como sujeitos-cidadãos, e que sua cidadania seja reconhecida pelos serviços de saúde, sem discriminação de nenhum dos direitos garantidos pela Constituição. No quadro dos direitos humanos, a cidadania não é reduzida aos direitos do "consumidor" e saúde não é tomada como produto a ser consumido.

#### 5. Analisar a qualidade dos serviços em pelo menos sete dimensões:

- 5.1 a *disponibilidade* dos serviços, que devem existir em quantidade suficiente para todos os cidadãos do município, garantindo o acesso universal à saúde;
- 5.2 a *acessibilidade* dos serviços, que devem ser fisicamente acessíveis e não devem discriminar, ou seja, violar o direito à saúde integral;
- 5.3 a atuação de *profissionais qualificados*, remunerados de modo justo, que garantam informação completa ao usuário, mantenham suas práticas e ações técnicas, baseadas em reflexões sobre o seu sentido ético-político, e técnico-científicas (baseadas em evidências, no sentido definido por Diniz, nesta coletânea), com espaço para reflexão constante que o permitirá avaliar e repensar as técnicas e práticas em saúde;
- 5.4 a *aceitabilidade* dos serviços como definidora de sua qualidade, ou seja, garantir que se respeite os valores das pessoas e a tradição cultural de uma comunidade e grupo, assim como os acordos sobre a ética de cuidados médicos;
- 5.5 a *participação* das pessoas e grupos afetados por determinadas doenças, para que possam descrever e contribuir para a compreensão densa do contexto da violação de direitos que produzem o adoecimento e interpelar os responsáveis pela sua promoção e proteção;
- 5.6 a *disseminação* do conjunto de *direitos garantidos na Constituição* que sejam relevantes para cada agravo de saúde.
- 5.7 a *transprogramação* e a integração multisectorial – especialmente com o setor da educação, assistência social, trabalho, meio ambiente e judiciário – permitem abordar as diversas faces da desigualdade. A integração, sabemos, será dependente de acordos políticos realizados frequentemente a nível local.

Nessa perspectiva, o primeiro obstáculo a ser superado na organização das práticas em saúde, portanto, é conseguir mobilizar tempo. A conversa que aborda a vida cotidiana descrita e testemunhada por usuários *depende de tempo e disposição para conversar e escutar histórias.* A

metodologia das cenas valoriza a produção de narrativas densas e depende de contextos intersubjetivos que produzam encontros onde seja possível a tradução de valores distintos. Consultas de menos de 15 minutos raramente produzem esses contextos; programas de prevenção precisam conhecer e valorizar as histórias das pessoas participantes.

É diante da vida real das pessoas, em cada contexto e comunidade, e com base na noção de direitos como prerrogativa e deveres de todos, que o conhecimento técnico admite sua incompletude e conseqüente deixar de ser receitador e moralizador – igual para todos e todas. A *participação* das pessoas e dos grupos afetados, concebidas como sujeitos-cidadãos das ações de saúde, portanto, é o momento chave que garante todas as outras dimensões dessa abordagem, especialmente a *aceitabilidade* das ações de prevenção e/ou Cuidado.

Além desses princípios para a ação, há outros campos teórico-práticos que precisam ser mobilizados. Como será discutido, foi ao experimentar um modelo de prevenção da Aids com jovens do início dos 1990 integrado às concepções socioconstrucionistas da sexualidade que testou-se a metodologia das cenas.

#### O construcionismo social: *scripts* sexuais, cenas, cenários e contexto sociocultural

Os autores do campo *socioconstrucionista*<sup>13</sup> que, nas últimas décadas e em todos os continentes, produziram evidências sobre a construção social dos gêneros e da sexualidade, fizeram-no interpelados pelo seu compromisso com a desnaturalização da desigualdade entre os homens e as mulheres e a proteção das pessoas afetadas pela discriminação associada às identidades sociais de gênero e por sua atividade sexual. Para validar esse novo paradigma de concepção sobre os sexos – os femininos ou masculinos, as sexualidades e os erotismos –, a eficácia das novas práticas de prevenção e do cuidado em saúde reprodutiva e do HIV/Aids aprofundaram a reflexão crítica sobre os limites das concepções essencialistas.

A reflexão crítica sobre a desigualdade de gênero associou-se à pesquisa construcionista que descreveu a imensa diversidade nas práticas sexuais, crenças e sabedorias "nativas" de vários países (Aggleton & Parker, 2010; Parker & Aggleton, 1999, 2007). Além de documentar

<sup>13</sup> Em inglês se usa também *constructivism* e *social constructivism* e alguns traduzem como *construtivismo*.

diferentes discursos e práticas sexuais, singulares ou até relativamente isoladas em várias regiões do mundo, esse campo tem descrito variações locais significativas que reinterpretam matrizes de longa tradição, como a da religiosidade cristã. Desde o final do século XX, despertaram interesse especial as sexualidades inéditas – em geral produzidas em territórios urbanos ou no *cyberspace* – que se multiplicaram, contemporâneas aos discursos técnicos da prevenção, e são disseminados em redes de sociabilidade locais ou, por vezes, internacionais. O trabalho acadêmico desse campo tem sido, portanto, absolutamente relevante para a compreensão da vulnerabilidade social e culturalmente específica à infecção sexual pelo HIV no quadro dos direitos humanos.

É importante ressaltar que o construcionismo social afirmou-se em oposição ao paradigma *sexológico* (Paiva, 2008). Desde o século XIX e ao longo do século XX, a ambição das sexologias foi descobrir ou revelar “a” verdade sobre a “essência” ou a “natureza do sexo” inscrito no organismo psíquico-biológico. Buscava descrever um sexo “normal” em oposição ao “anormal/doente/perverso” para fundamentar práticas técnico-científicas e políticas no campo do controle do crescimento populacional e da promoção da saúde mental e, mais recentemente, sexual. O paradigma sexológico se interessou primeiro pela sexualidade definida como problema, como “disfunção” sexual ou mental (o “homossexualismo” é uma delas), ou pela epidemiologia de “comportamentos de risco” ou dos “grupos de risco”, como no caso da Aids. As práticas e processos de trabalho derivadas dessa sexologia são quase sempre inspirados em psicologias sociocognitivistas, que buscam treinar atitudes e a mudança de comportamentos, ou nas psicanálises hegemônicas, que focalizam a dinâmica da libido e a subjetividade intrapsíquica com base na interpretação da escuta do paciente. Comportamentos sexuais “de risco” a serem modificados na direção do sexo seguro, ou a “disfunção sexual” são as unidades de análise. Quando essas vertentes definem educação sexual, tratam da promoção do desenvolvimento psicosssexual “saúdável” (genital e heterossexual ou sem risco), por meio de pedagogias que desconsideram as desigualdades sociais – de classe, baseadas na cor da pele ou de gênero, por exemplo.

Seria aceitável definir positiva e substantivamente “a” saúde sexual?<sup>14</sup> Desde a perspectiva da hermenêutica diatópica e em outra direção, é certamente estranho afirmar que há uma opção mais “saúdável” para todos e todas no campo da sexualidade.

<sup>14</sup> Um debate sobre saúde sexual pode ser lido em Paiva, Ayres e França (2004).

De modo alternativo, o campo construcionista discute a centralidade dos diversos cenários culturais que operam como guias instrucionais, cenários sempre em movimento porque socialmente construídos. Em texto publicado originalmente em 1984, Simon e Gagnon (1999), autores ancestrais deste construcionismo que aborda a sexualidade, definiram os *cenários culturais* como uma sintaxe operante para a sexualidade de ao nível da vida coletiva, onde as instituições e os arranjos institucionais são também sistemas de signos e símbolos. Definiram que a sexualidade se realiza por meio de *scripts*, *scripts* de tipo interpessoais, intrapsíquicos, ou abstraídos como cenários culturais, necessários para que a *conduta sexual* – o comportamento sexual necessariamente implicado em sentidos e significados – possa acontecer. *Scripts* são “metáforas para a concepção de produção dos comportamentos implicados na vida social”. Na atividade social, discutem os autores, a “*performance* de quase todos os papéis deve, direta ou indiretamente, refletir o conteúdo de cenários culturais apropriados.” (Simon & Gagnon, 1999, p. 29).<sup>15</sup>

Na metodologia das cenas, o cenário cultural a ser compreendido compõe até o espaço físico que emoldura cada cena, sua ação dramática no palco carregado de sentidos (a cama em casa, o quatinho alugado, a rua, o parque, o quarto escuro da balada). Os *scripts* que compartilhamos em cada cenário cultural não são resultados de instintos corporais ou impulsos que teriam um sentido universal ou normal, como conceberia a sexologia. Seus significados foram interiorizados com base no cenário cultural da socialização desde a infância – em casa, na escola, na igreja ou por meio da mídia. Sabe-se que se adaptam ao longo da vida a diversos estados conjugais, expressam a especificidade cotidiana de um grupo social, singularizam-se ao longo da trajetória de uma pessoa e a cada encontro interpessoal, naquele palco daquele cenário, às pessoas presentes, ao sentido que se atribui a cada personagem em cena (marido, amante, caso constante, “perigete”, prostituta), às práticas e ações que aquele contexto intersubjetivo particular mobiliza, carregado de sentidos (prazer, obrigação, hábito, traição, violência, poder). A atividade sexual não pode, portanto, ser reduzida ao corpo anatômico e fisiológico e a um comportamento extraído de sua dimensão simbólica e contextual.

Se uma pessoa se distancia da sua primeira socialização para a sexualidade, precisará se familiarizar com os *scripts* sexuais típicos do novo cenário cultural. Em algumas trajetórias – a de um brasileiro que se

<sup>15</sup> Em inglês: “The enactment of virtually all roles must either directly or indirectly reflect the content of appropriate cultural scenarios.” (p. 29). Essa e outras citações dos autores são nossa tradução.

identifica como homossexual ou se converte a uma religião fundamentalista – o processo é de ressocialização. Guias para o sexo também variam em cenários de segmentos sociais distintos<sup>16</sup>. Uma mesma cabine de caminhão, por exemplo, pode ser palco de diferentes cenas congruentes com o cenário sexual específico da cultura caminhoneira brasileira. Ao fazer sexo na boleia, o caminhoneiro, muito provavelmente, irá praticar sexo anal apenas com a amante e usará preservativo mais frequentemente com uma prostituta, que por sua vez nunca será beijada como a esposa, que usa pílula e não camisinha. Segundo estudo feito com caminhoneiros de rota curta (Villarinho, Bezerra, Lacerda, & Paiva, 2002), os *scripts* sexuais variavam de modo semelhante, segundo cada um destes “tipos” de parcerias, também entre homens que trabalhavam em rotas de um dia só, não apenas pelos que ficavam muitos dias fora de casa<sup>17</sup>.

Este é o desafio: quando se espera que as pessoas informadas sobre a epidemia de Aids se previnam, frequentemente está se pedindo que modifiquem cenários culturais, por vezes seculares, e os *scripts* incorporados na interação social. O amor conjugal é significado como protetor de todos os males, exige entrega e confiança, discurso que dificulta o uso do preservativo, mesmo que este já faça parte do cenário cultural em que os jovens do século XXI foram socializados e, portanto, tenha sido ensaiado como *script* intrapsíquico. Garotos homossexuais também foram socializados para esse sentido do amor e, neste caso, o discurso da prevenção não conta com o temor da gravidez, vivido na cena sexual por jovens heterossexuais que namoram. Meninas, por outro lado, não usam camisinha masculina e dependem mais fortemente de outro recurso/insueto, momento fundamental do *script* sexual: o convencimento do parceiro. Ainda somos socializados em *scripts* tipicamente femininos e masculinos, *scripts de gênero* (Paiva, 1999).

Em outras palavras, quando se espera a incorporação do discurso da prevenção, deve-se entender que o desafio para cada pessoa é torná-lo congruente com a sua formação religiosa, com a socialização para uma identidade social de gênero, com um contexto conjugal ou de classe social, com mais ou menos recursos programáticos e sociais. Em muitos casos, trata-se de ressocialização!

<sup>16</sup> Alguns chamariam essa multiplicidade de guias e cenários que surgem no mundo globalizado de “subculturas sexuais”, termo que para nós soava esquisito e estigmatizante em português.

<sup>17</sup> A literatura epidemiológica e sexológica internacional identifica as rotas longas como fator que determina “comportamentos de riscos” entre caminhoneiros, sem compreender sua dinâmica psicossocial.

Simon e Gagnon já identificavam, nos anos 1980, que em sociedades em que cada vez menos valores e sentidos para a sexualidade são compartilhados amplamente, nas quais o cenário cultural é menos coercitivo<sup>18</sup>, esses raramente predizem o comportamento real. Para compreender a falta de coerência entre o cenário cultural abstrato e a situação concreta, conceberam os *scripts interpessoais* que transformam cada ator social no roteirista de seus *scripts*, ator-roteirista que adapta material cultural a contextos particulares e leva em conta a qualidade também roteirizada do comportamento dos outros. Adicionalmente, o ator ensaia internamente seus desejos multifacetados e considera suas vozes internas usando a imaginação e as fantasias, como *scripts intrapsíquicos* (Simon & Gagnon, 1999).

Em tempos de Aids, a perspectiva construcionista, que concebe a sexualidade como uma atividade social como qualquer outra e, portanto, uma performance socialmente construída a cada momento histórico, ajudava a pensar no desafio da ressocialização para o sexo seguro e a negociação do preservativo como desafio de cada cena. O construcionismo tem sido útil à ambição de respeitar direitos, concebendo a experiência humana como diversa, sem pretensão de moralizar ou normatizar *a priori* qualquer prática ou concepção do que seja bom, sem a presunção de definir técnico-cientificamente sobre quais comportamentos “saudáveis” devem ser recebidos, resistindo a qualquer hierarquização substantiva da humanidade.

A metodologia das cenas, com a qual a pesquisadora tem trabalhado desde o projeto desenvolvido nos anos 1990 (Paiva, 1996, 1999, 2000), foi resultado da colaboração com jovens nesse quadro conceitual. Técnicos e usuários dependem da compreensão densa dos cenários culturais e redes relacionais que sustentam os *scripts* que fazem o vírus circular. O processo busca, então, trazer a *vida sexual cotidiana* e *cenas sexuais* das pessoas concebidas como *sujeitos de direitos sexuais* que, com autonomia e liberdade, utilizarão os vários discursos sobre sexualidade a que tem acesso em seu cenário cultural como um roteirista que chamamos, desde então, de *sujeito sexual*. Concebeu-se esse ator-roteirista como *sujeito de direitos em cena*, tomando a *cena sexual* (e não os *scripts* ou o cenário cultural) como a unidade mais interessante para pensar a prevenção.

<sup>18</sup> Sociedades que os autores chamam de “sociedades pós-paradigmáticas”.

#### Quadro 4 – Sujeito sexual e cidadania

A noção de sujeito integra a noção de agente com o horizonte de construção da cidadania, de direito à participação e de influência na sociedade. O sujeito sexual inicia a comunicação, defende-se de abusos, busca ativamente informação e serviços a que tem direito, atividades que certamente definem sua maior probabilidade de usar a camisinha – adesão que deve ser parte importante do trabalho com comunidades mais vulneráveis, mas não seu único indicador de sucesso ou foco exclusivo. O **domínio do sujeito sexual** na prática inclui:

- Desenvolver uma relação consciente e negociada com cultura sexual e de gênero;
- Desenvolver uma relação consciente e negociada com os valores familiares e do grupo de pares e amigos;
- Explorar (ou não) a sua sexualidade, independentemente da iniciativa do/a parceiro/a;
- Ser capaz e ter o direito de dizer “não”;
- Ser capaz de negociar práticas sexuais e seu prazer, desde que consensuais e aceitáveis pelo/a parceiro/a;
- Ser capaz de negociar sexo mais seguro e protegido;
- Conhecer e ter acesso às condições materiais para fazer escolhas reprodutivas e sexuais (serviços de saúde, testes, camisinha, contraceptivos, aconselhamento e informações isentas).

Trata-se de um domínio específico do eu, de uma singular integração dos diferentes discursos sobre a sexualidade a que se tem acesso, mobilizada pelas interações da vida cotidiana, que expressa o modo como sujeitos realizam sua cidadania.

Fonte: Paiva (1996, 1999, 2000).

É importante ressaltar que, nessa perspectiva metodológica, considera-se a cena o foco e a unidade psicossocial a ser abordada para que o cenário (mais abstrato) seja descrito (codificado) e decodificado (compreendido). O “sujeito em cena” tem sido a porta de entrada mais interessante para a observação e auto-observação de *scripts* interpessoais em seu contexto, assim como do contexto implicado nos *scripts* intersubjetivos que fazem a vida acontecer.

Observa-se que a dinâmica de uma *cena é única*, mesmo considerando o curso de uma mesma vida, uma *trajetória* pessoal. Se comparada às de outra pessoa, em um mesmo *cenário cultural*, muitas cenas podem ser parecidas, mas deve-se prestar atenção ao modo como são encenadas em cada contexto intersubjetivo, marcadas pelo lugar onde se

desenrolam, pelo momento da vida de cada ator, pelos sentimentos e sentidos que mobilizam. Esse processo de trabalho é facilitado pela focalização do *sujeito em cena* (em contraste com o foco no comportamento ou na dimensão estritamente discursiva).

Descrições densas de eventos e episódios comunicados de modo mais completo, como uma experiência, aprofundam a compreensão da vida cotidiana compartilhada, como ensinam cientistas sociais (Geertz, 1983, 2000; Turner & Bruner, 1986). Para entender a intersubjetividade específica de cada cena sexual, entretanto, mais interessante que as psicologias comportamentalistas ou psicodinâmicas, a inspiração da psicologia social interacionista e a microssociologia dramática concebida por E. Goffman, especialmente em seu livro sobre o estigma (Goffman, 1988), foi valiosa.

No primeiro trabalho de prevenção com essa abordagem, com jovens de São Paulo nos anos 1990-1993<sup>19</sup>, cenas densamente descritas, imaginárias ou vividas, permitiam compreender *a vida sexual* referida a um mesmo e contraditório cenário sociocultural, produzido por instituições e discursos que tratavam da sexualidade naquela época. Os programas de prevenção ainda não eram um deles. Ao começar a construir discursos e ações de prevenção em uma epidemia que crescia a olhos vistos, compreendemos que o tempo mais longo da conversa e do diálogo, para além da palestra, mesmo que interativa, era necessário<sup>20</sup>. As “oficinas de sexo seguro”, uma invenção tecnológica e a cena programática mais importante entre as produzidas naquele período, foi um modo de trabalhar que adaptamos a esses contornos éticos e teóricos.

#### Cenas programáticas: oficinas, sociodrama e a pedagogia de Paulo Freire

Tipicamente, oficinas são sessões mais longas de trabalho com participantes de projetos de prevenção ou com usuários da atenção em saúde, com o objetivo de, por exemplo, aumentar a adesão ao preservativo ou à medicação entre pessoas vivendo com HIV. Como discutem Terto (1992), Cavalheiro e Raizer (1992) e Aldana (1992), em textos que

<sup>19</sup> Sobre o processo de desenvolvimento desse projeto, ver o livro *Fazendo Arte com Camisinha*, Paiva (2000).

<sup>20</sup> Não estamos aqui propondo longas sessões individuais de psicoterapia individual para todos, que podem ser úteis em vários contextos. Estamos propondo que os 30-60 minutos de conversa individual ou em grupo sejam aproveitados significativamente para falar da vida cotidiana com base na metodologia das cenas.

pioneiramente disseminavam o roteiro de oficinas de sexo seguro para homens homossexuais e mulheres adultas, tratava-se de uma metodologia baseada em exercícios de comunicação grupal e discussão dedicada a educar sobre os riscos da infecção e os modos de transmissão do vírus, apoiar as pessoas participantes para que identificassem as opções mais aceitáveis para si e para os parceiros, além de promover práticas mais seguras e apoiar as pessoas para incorporá-las. Podem ser desenvolvidas com grupos de diversos tamanhos – com jovens estudantes em sala de aula, com seus professores, com profissionais de saúde em capacitação, com lideranças e comunidades mobilizadas para a prevenção, em sessões que duram, em média, entre 90 e 180 minutos (Paiva, 2000; nessa coletânea, Rios; Blessa; Antunes & Garcia).

Em 1989, começou-se a adaptar os modelos existentes de oficina de sexo seguro para estudantes. Buscava-se um modelo mais curto que o da atividade semanal e curricular de educação sexual que abrangia outros temas além da Aids e se desenvolvia nas escolas da cidade de São Paulo (Sayão & Silva, 1992). O desafio era estruturar uma metodologia e derivar técnicas informadas pelas concepções construcionistas e dramatúrgicas sobre a vida sexual. Para tanto, recorreu-se às técnicas do psicodrama de Moreno (1997), em particular ao sociodrama (Blessa, nesta coletânea), cuja prática mais comum dedicava-se a lidar com o sofrimento mental estrito senso. Nos termos únicos de cada jovem com quem trabalhávamos e do contexto social que compartilhavam, o desafio era introduzir como *script* o sexo protegido pelo preservativo para sua consideração, uma proposta derivada do saber técnico sobre prevenção da Aids.

No começo, usava-se cenas da vida cotidiana para desconstruir os estigmas associados à Aids e estendidos ao preservativo. Como em todo lugar onde se abordava a prevenção, os jovens associavam a camisinha com promiscuidade ou traição, seu uso os identificaria com os “grupos de risco” – homossexuais e prostitutas – com quem não queriam se identificar. Rapidamente percebeu-se que, se as meninas falassem de camisinha, saíam do *script* esperado para o feminino a que foram destinadas no cenário cultural de sua socialização – deviam ser ou “se fazer de” ignorantes, ingênuas, “difíceis” quando se tratava de sexo. Além disso, a preocupação com a gravidez era muito maior do que com a Aids, e caso usassem anticoncepcional, o uso do preservativo era abandonado. Os jovens homossexuais, naquela época, nem sonhavam em discutir ou trazer suas cenas para o debate na escola. Como até hoje, a proibição e a clandestinidade do sexo atrapalhavam a prevenção.

A maioria das mulheres relatava sua dificuldade de negociar o uso de preservativo com os homens; os jovens negros nos contavam as cenas onde estranhavam os preservativos, pois “embranquecia o pênis”; os mais pobres nos contavam como não tinham dinheiro para comprar o preservativo que era distribuído durante o projeto. Abordou-se, assim, mais que seus desejos ou a intitulada “explosão hormonal da adolescência” – a fase rebelde descrita como parte de qualquer desenvolvimento psicossocial e definida como universal pela sexologia. A perspectiva construcionista e dos direitos humanos com que trabalhava-se para interpretar e compreender o processo nas oficinas foi confirmando, por meio de uma multiplicidade de cenas, as relações de gênero e de poder, as relações étnico-raciais e de classe, o sexismo e a homofobia que estavam implicadas na sinergia social que os expunha ao risco de se infectar.

Ao mesmo tempo, descobriu-se rapidamente que, na vida cotidiana, a sexualidade é raramente pensada e vivida como atitudes e práticas coerentes com as opiniões e conhecimentos sobre Aids, ou faz sentido nos termos de fatores e construtos descritos na literatura epidemiológica e da psicologia da saúde – como “grau de autoestima”, “nível de informação”, “autoeficácia para usar o preservativo”. Essas são abstrações necessárias para que pesquisadores analisem respostas a questionários que não se traduzem em modelos suficientemente úteis em contextos de desigualdade. Uma cena completa, por outro lado, é mais expressiva da dinâmica de fatores psicológicos e sociais, atualizada na atividade sexual.

Logo, a pedagogia crítica representada pelo trabalho de Paulo Freire, que valorizava o cenário sociopolítico e pensava a desigualdade, foi incorporada como contribuição às *cenas programáticas*. Na dimensão pedagógica do trabalho de prevenção que utiliza a metodologia das cenas, substituiu-se a tradicional palestra sobre a transmissão do vírus e a “pregação” do uso do preservativo pela interação com base nas palavras usadas pelos jovens para descrever a sexualidade, que *codificava-se* (materializava-se em falas ou textos) em cenas – reais ou imaginadas, descritas em redações, inventadas com base em imaginação ativa. Juntos, *decodificava-se* no plano da trajetória pessoal, da interação viva na cena, ou como expressiva do cenário sociocultural. Definida por Freire (1978), a *decodificação* é um processo de análise crítica da situação concreta que busca a conscientização. No caso da prevenção, eram *decodificadas* cenas do cotidiano que sintetizariam a interação social focalizada – cenas de exposição ao HIV – e valorizava-se os *inéditos viáveis*, ou seja, tudo que criavam para reinventar a dinâmica da vida cotidiana.

A noção de *conscientização*, proposta por Freire, busca a compreensão profunda da realidade social que conforma a vida, decodificada, e da capacidade para transformá-la. Analogamente, e salientando a dimensão psicossocial, definimos que a *ampliação da consciência*<sup>21</sup> era o que se buscava com a metodologia das cenas, nos dois sentidos da palavra consciência. De um lado, estimula-se a auto-observação do *sujeito em cena* e, de outro, com a contribuição do profissional da prevenção, se produz a análise do cenário sociocultural implicado na cena decodificada, que implica conhecimento e compreensão que julga e faz juízos normativos<sup>22</sup>. Ou seja, a consciência buscada é mais que o resultado psicológico consequente da auto-observação do desejo, dos afetos, das práticas e de episódios da vida cotidiana das pessoas, com o sentido de compreender e, eventualmente, mudar atitudes ou condutas considerando projetos e valores pessoais. No diálogo, os participantes são definidos como sujeitos de direito à prevenção e ao Cuidado, ou seja, atores na *emancipação psicossocial* da sua vulnerabilidade à Aids, especialmente nos casos de violação ou negligência de direitos.

Dito de outro modo, cenas vivas levantadas pelos participantes, codificadas quando transformadas em narrativas compartilhadas, sintetizam a experiência viva, trazem o ritmo e o movimento da vida real de cada pessoa para o centro da conversa, permitem ao técnico abordar *a pessoa no contexto e o contexto na pessoa*. A co-compreensão de cada cena permite colaborar com cada pessoa para que se localize em seu *cenário sociocultural* e também *programático* (dos aparelhos sociais e das políticas públicas). No processo de ampliação da consciência e da mobilização coletiva, a metodologia das cenas contribui para iluminar os caminhos para realização de escolhas cotidianas, identificar recursos sociais e pessoais que possam apoiar cada decisão. Permite, também, identificar

<sup>21</sup> Não se pode pretender, em nome da tecnociência e na perspectiva hermenêutica que adotamos, que as pessoas consumam valores, “consciências” ou identidades definitivas, enfim, que sejam reduzidas a sujeitos dos direitos de consumidor (Paiva, 2002), por isso optamos pela noção de *ampliação da consciência*. A noção de *conscientização* foi originalmente marcada politicamente pelas utopias definitivas dos anos 1960, herdeiras da noção de “consciência de classe” e na literatura da sexualidade e da saúde, subsumida ou substituída pelas concepções de *empowerment* (traduzida por empoderamento). Ambas estão associadas a uma consciência predefinida como boa e poderosa – neste caso semelhante “você pode”! Trata-se, entretanto, de poder escolher práticas e caminhos a partir de um cardápio de comportamentos/ações/consciências predefinidas como adequadas, usando os artefatos receitados para a proteção da sua saúde (camisinha, contraceptivos, remédios e técnicas de comunicação).

<sup>22</sup> Em inglês há duas palavras para esses dois sentidos de consciência: *consciousness* e *conscience*.

responsabilidades no caso da violação do direito a esses recursos. Cenários culturais e decisões pessoais são, então, interpretados à luz de uma hermenêutica diatópica, como proposta por Boaventura de Souza Santos, e da violação ou da proteção de direitos.

### A metodologia das cenas no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos

A concepção sincrônica e dinâmica da vida cotidiana é o que diferencia a perspectiva construcionista das abordagens psicossociais mais comuns no campo da saúde, como aquelas baseadas em um uso desconcontextualizado do conceito epidemiológico de risco, que busca associar “práticas” (independentes de suas cenas e sentidos) a “riscos maiores de adoecimento”. A metodologia das cenas, produzida desde o campo construcionista, tem sido uma das abordagens mais úteis como contrapartida tecnológica para as análises do processo saúde-doença no quadro da vulnerabilidade, quadro que tem ampliado a epidemiologia de risco e introduziu mais radicalmente a importância da dimensão programática e estrutural.

Sabe-se, com base na análise da vulnerabilidade, que os obstáculos para o cuidado e autocuidado com a saúde são mais frequentes nos contextos de maior violência simbólica e estrutural que resulta em desigualdade. O desafio maior dos processos de trabalho nesta perspectiva tem sido reconhecer o limite das ações em pequenos grupos ou em encontros face a face para, então, inovar no plano da produção cultural e das ações estruturais e programáticas, já que, para mitigar “sinergia de pragas” (Parker & Camargo, 2000), uma sinergia de intervenções é necessária.

No desenvolvimento do quadro da vulnerabilidade no Brasil, portanto, compreendemos a necessidade de significar a dimensão individual – inextricavelmente integrada à programática e à social – como a do plano do cidadão, concebendo o indivíduo como pessoa que é sujeito de direitos. As reflexões no quadro da vulnerabilidade têm discutido, por exemplo, que a informação para a prevenção deve considerar o direito à informação completa, multidisciplinar, em que as ciências sociais têm um importante papel. Ou seja, se conhecemos o impacto da desigualdade nas relações de gênero e raciais, assim como da pobreza no aumento da vulnerabilidade social ao adoecimento, essa deve ser uma informação disponível às pessoas que buscam atenção à sua saúde ou que abordamos nos projetos de prevenção. Informações do tipo “os mais pobres, menos escolarizados e os negros têm menos acesso ao teste anti-HIV”; “os menos

escolarizados usam menos o preservativo e sabem menos sobre as formas de transmissão do HIV”; “a estigmatização e a discriminação de homossexuais, travestis e usuários de drogas podem afetar o seu Cuidado”, são relevantes para que se planeje a prevenção, ou para que pessoas e grupos reivindiquem igualdade de acesso.

A metodologia que trabalha com cenas da vida cotidiana nos permite considerar as três dimensões, dinamicamente implicadas, da vulnerabilidade ao adoecimento. Todas as dimensões que atravessam a vida cotidiana são impregnadas de sentidos construídos historicamente, sentidos que se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais. No processo de trabalho para sua decodificação, algumas questões têm ajudado a compreensão das dimensões individual, social e programática ao adoecimento<sup>23</sup>.

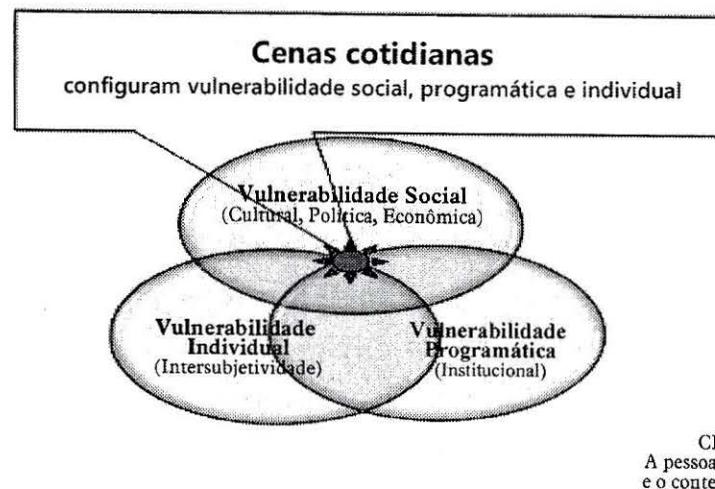
- a) **Vulnerabilidade individual.** Que discursos sobre o corpo estão presentes a cada cena? Por exemplo, qual o sentido atribuído à lipodistrofia – “feio”, “doente de Aids”? E aos desejos, eles podem ser contraditórios? Como se expressa o poder na interação entre as pessoas presentes na cena? Como as pessoas encarnam seu sexo, sua cor da pele, sua idade e história pessoal? Como interpretar falas e gestos em ação, o que expressam do momento emocional? Qual nível de informação das pessoas em cena? O plano individual é também a dimensão do sujeito de direitos e, portanto, implicada na vulnerabilidade social e programática. As pessoas têm direito à informação adequada a seu nível de escolaridade assim como sobre seu direito à prevenção e à medicação.
- b) **Vulnerabilidade social.** Quais as concepções de cidadania que circulam naquele cenário social? Há garantia de trabalho e moradia decentes, direito de circulação que facilita o acesso à serviços de saúde? O sentido de “casamento” inclui pessoas do mesmo sexo? Negros e mulheres têm direitos iguais a brancos e homens, sofrem mais abuso e violência sem ter a quem apelar? Garante-se liberdade de expressão e organização, ou a mídia nunca divulga suas demandas? Há estigma e discriminação e mecanismos institucionais para protestar e pedir proteção?

<sup>23</sup> Tabelas e imagens no capítulo de Ayres, Paiva e França Jr., neste volume, completam essa discussão.

- c) **Vulnerabilidade programática.** Usuários de drogas ou trabalhadoras sexuais têm o mesmo acesso à saúde integral de qualidade, conseguem conversar e tirar dúvidas, têm sua religiosidade respeitada? O morador na vila rural tem acesso à medicação que necessita, ao aconselhamento e teste? O desejo de ter filhos da pessoa vivendo com HIV será respeitado, sua segurança alimentar está garantida? As mulheres e os jovens conseguem circular pela cidade para ter acesso ao preservativo? Um garoto homossexual que foi expulso de casa terá onde morar, foi abordado acerca da prevenção específica para sua orientação? O governo municipal reconhece a Aids como problema relevante de saúde?

Todas as dimensões da vulnerabilidade podem ser analisadas com base em uma cena, como será visto nos exemplos da próxima sessão e sintetiza-se na figura abaixo. Ao colocar a cena no centro e foco do trabalho, ao decodificá-la, se pode também observar a violação e a negligência de direitos que aumentam a vulnerabilidade ao adoecer, assim como compreender os sentidos que as pessoas atribuem para diversas dimensões de sua vida cotidiana.

**Figura 1 – A intersubjetividade em cena produz e nos permite analisar as três dimensões da vulnerabilidade**



CENAS:  
A pessoa no contexto  
e o contexto na pessoa

## ROTEIROS DE SESSÕES INTERATIVAS COM A METODOLOGIA DAS CENAS

Como, então, produzir uma cena? Como a do episódio que abre este texto, a narrativa sobre uma cena que interessa a essa metodologia deve ser construída pela pessoa que fez parte dela, ou que, de algum modo, é capaz de se colocar no lugar de uma personagem de uma cena provável. Pode ser produzida em um encontro educativo ou clínico – de um paciente com um nutricionista, ginecologista, infectologista, assistente social, enfermeiros ou qualquer outra especialidade – e, ainda, ser fruto de conversas individuais para aconselhamento.

A produção da cena é iniciada pelo coordenador, que estimula a *imaginação ativa* dos participantes com perguntas que garantam a construção de uma narrativa dramática, recuperando a espontaneidade do vivido em um exercício “mental” e “interno”. O coordenador incita a atividade imaginativa, buscando o detalhamento do espaço da cena, a especificação do horário, do tempo e do ritmo da ação, a descrição sobre como são e quem são os personagens. Estimula-se, então, a descrição do movimento, do que cada *personagem/ator* presente na cena *faz, fala ou sente*, e a investigação sobre os *sentidos da ação*. É muito útil explorar, ainda, como cada personagem significaria os outros participantes da cena. Ou seja, busca-se a lembrança ou a imaginação ativa com riqueza de detalhes de práticas e interações intersubjetivas na perspectiva do *sujeito em cena* e, até onde é possível, também dos outros significativos presentes naquela dinâmica.

O momento seguinte é de *compartilhamento da narrativa*, de sua codificação para posterior decodificação. O ideal é pedir ao autor que dê um título à cena mobilizada a partir do qual se estabelece uma conversa procurando não perder a sua dinâmica dramática mais próxima da experiência. Em grupo, o compartilhamento dos “títulos de cena” de outras pessoas articula o teatro da vida vivida por todos: “eu dei o que ele queria”; “foi uma noite perigosa”; “percebi que ela é única”; “eu não podia resistir...”. Organizar a memória ou a imaginação de futuros eventos por meio de uma cena, resumida em um título, produz uma “chamada” que evoca a sinergia de elementos da experiência.

O profissional-coordenador, então, *explora e amplia os detalhes da narrativa* compartilhada. Ressaltamos que a cena é única e nunca será a mesma depois da sua descrição; decodificá-la aumentará a probabilidade de modificá-la.

No caso de atividade em grupo, a cena é escolhida pelo grupo com base no título e concordância do autor. Convida-se o(s) participan-

te(s) a também perguntar e a explorar outras dimensões, tais como os desejos e sentimentos em ação e antecedentes da cena. Como lido na cena que abre este texto, a descrição se aprofunda quando se compreende os personagens em ação se colocando no lugar deles, inclusive aqueles presentes-sem-estar-presentes (filhos, companheiros de cela, “o ex”, os amigos). *Valores e discursos* em conflito são experiências cotidianas e devem ser acolhidos.

A decodificação amplia-se, então, *até o cenário social e programático*: o grau de acesso a insumos para o sexo protegido (preservativos, contraceptivos), a serviços de educação/orientação e saúde, ou quaisquer outros fatores relevantes naquele cenário, palco e interação intersubjetiva. Essa decodificação do cenário programático permite, ainda, definir a quem responsabilizar pela violação de direitos ou entender por que a ação em defesa de direitos não se realiza.

A seguir, apresenta-se dois roteiros de sessões interativas com base na metodologia das cenas desenvolvidas em diversos contextos nas últimas décadas. Esses roteiros-base têm sido utilizados com grupos de diferentes tamanhos, mais ou menos homogêneos – em sessões de aconselhamento para adesão, com estudantes da mesma sala, com jovens de diferentes níveis de escolaridade, em oficinas com adeptos de mesma religião ou inter-religiosas, com lideranças comunitárias, servidores da educação, da saúde, operadores de direito, gestores.

### A compreensão de quantidades, probabilidades, qualidade e possibilidades

Esse é um roteiro interessante para discutir a vulnerabilidade de um determinado grupo a um agravo de saúde e o cenário sociocultural que a constrói. Lideranças comunitárias e profissionais de várias áreas conseguem, ao longo do trabalho, compreender como dados quantitativos expressam esquematicamente a vida cotidiana, e utilizá-los para sensibilizar e mobilizar a comunidade, lideranças e gestores para ações de prevenção.

É possível trabalhar com informações disponíveis em bases de dados e em artigos científicos, mas o ideal é que se utilize um estudo preliminar feito junto àquele segmento ou comunidade. Mesmo pessoas com pouca escolaridade compreendem o que dados, assim apresentados, representam. No caso de estudos preliminares, pode-se trabalhar a partir de cenas escolhidas de redações feitas por alunos em uma aula de língua portuguesa, usar respostas a questionários ou a entrevistas em profundidade (como no caso do estudo sobre caminhoneiros) mobilizadas por

recortes de jornal ou filmes, ou episódios que foram produtos de observação etnográfica da vida cotidiana. Para a atividade em grupo, com todos os cuidados éticos, costumam ser narradas ou até encenadas.

Depois de um acordo ético de funcionamento, afirma-se no começo que toda pessoa é sempre um “especialista em sua vida cotidiana, ninguém conhece melhor seu cenário social”. Pedimos que reajam aos dados que apresentamos, por exemplo, os dados da Tabela 1. A tabela apresenta resultados de duas pesquisas, realizadas em 1998 e 2005, sobre uso de preservativo na 1ª relação sexual, junto à população urbana brasileira.

Ressalta-se que os elementos centrais do programa defendido pelo Ministério da Saúde do Brasil, desde a metade dos anos 1990, eram o **aumento do uso do preservativo, a testagem anti-HIV voluntária acompanhada de aconselhamento, complementada pelo acesso ao tratamento gratuito aos que tem sorologia positiva para o HIV**. A tabela permite observar o resultado deste esforço. Pergunta-se: *o que a tabela 1 mostra sobre o resultado desse esforço no intervalo de sete anos?*

**Tabela 1 – Diferenças na proporção de uso de camisinha na 1ª relação sexual entre jovens de 16 a 19 anos, segundo tipo de relação com parceiro em 1998 e 2005**

PERFIL DO ENTREVISTADO		PARCERIA ESTÁVEL		PARCERIA EVENTUAL		TOTAIS		TESTE** #
		1998	2005	1998	2005	1998	2005	Total
Sexo	Homem	50,0	73,8	44,2	65,0	45,0	68,3	0,000
	Mulher	48,0	64,5	58,5	36,4	51,1	62,5	0,048
Cor da pele (autodefinida)	Brancos	45,2	72,4	56,2	72,7	51,2	72,3	0,000
	Pardos/Negros	53,8	64,0	27,9	53,4	39,8	59,5	0,001
Religião	Católica	52,2	71,7	47,0	72,4	49,3	71,6	0,000
	Protestante Histórica	60,0	69,2	25,0	66,7	40,0	63,3	0,178
	Pentecostal	57,9	52,2	50,0	41,2	55,2	47,5	0,529
	Nenhuma	12,5	57,7	50,0	50,0	40,3	52,9	0,18
Escolaridade (número de séries)	< que 8 séries	43,9	59,8	31,4	50,0	36,6	56,6	0,001
	8 – 12 séries & Univ.	53,7	72,7	62,0	69,3	58,5	71,1	0,01

Renda familiar mensal (em salários-mínimos)	Até 1	12,5	59,1	40,0	53,3	23,1	56,8	0,037
	de 1 a 3	45,0	64,5	29,6	45,9	35,4	59,2	0,005
	de 3 a 5	32,1	77,5	7,7	50,0	20,4	64,0	0,000
	de 5 a 10	82,4	76,2	46,2	92,3	66,7	83,3	0,089
	+ de 10	54,5	76,9	57,9	83,3	56,7	78,1	0,041
Idade da 1ª relação sexual (em anos)	Até 13	62,5	40,0	51,9	17,6	54,4	26,6	0,001
	14 a 15	27,1	69,6	51,1	83,3	43,1	75,5	0,000
	16 ou +	59,7	74,8	29,4	67,7	49,0	73,1	0,000

Fonte: Paiva e Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids (2008).

\*\* Teste qui-quadrado de Pearson.

Os participantes conseguem sempre identificar as diferenças nas respostas dos homens e das mulheres, dos segmentos categorizados em diferentes níveis de escolaridade e de renda familiar, em religiões diferentes e entre as respostas obtidas em 1998 e 2005. Explica-se o que sintetiza o teste estatístico que indica diferenças significativas, menos para os que não declararam religião católica. Em seguida, pergunta-se: *como vocês explicam essas diferenças?*

Sem a interferência do/a coordenador/a, o grupo costuma trazer sua experiência e senso comum. Debatem os perigos do sexo casual, que as mulheres são menos propensas a pedir preservativo. Os participantes conseguem refletir sobre a iniquidade no acesso à informação e ao preservativo entre não brancos, reconhecem os resultados das campanhas de uso de preservativo e chegam a apontar os desafios que os programas de Aids devem ainda enfrentar – os jovens que começam a vida sexual antes dos 13 anos.

Depois do debate espontâneo, os participantes incorporam a contribuição ativa do/a coordenador/a que introduz questões adicionais, tais como: *Que segmento tem mais chance de ter seu direito à prevenção negligenciado? Qual a responsabilidade do Estado com os jovens que se iniciam muito precocemente ou que são cristãos na tradição protestante histórica ou pentecostal? Como trabalhar com a religiosidade de protestantes, que estavam usando menos preservativo em 2005 do que usavam em 1998?*

Os participantes costumam se impressionar com o alto índice de jovens que fazem sexo protegido e considerar que a sexualidade dos jovens pode ser menos problemática do que geralmente se acredita. Reconhecem que “os hormônios e desejos”, de jovens e homens, se acomodam

ao uso de preservativo afinal de contas, ou que sexo não é uma incontornável força da natureza, pode ser transformado por ações de prevenção, que diminuirá programaticamente sua vulnerabilidade social e individual. Observam que a escolaridade é um fator de proteção e discutimos que o número de anos que um jovem fica na escola pode ser um indicador de suas condições de vida, do status socioeconômico da família e também de seus valores.

Para ampliar a discussão, apresenta-se um segundo conjunto de dados mais focalizados em um segmento no qual se vai intervir. A Tabela 2, por exemplo, expressa um estudo preliminar entre lideranças religiosas, que foi utilizada em uma oficina inter-religiosa (Paiva, Garcia, Santos, Terto & Munoz-Laboy 2010). Os dados da tabela foram colhidos por agentes jovens de cada comunidade religiosa, capacitados especialmente para tal, inclusive para respeitar os princípios de ética em pesquisa no quadro dos direitos humanos – os princípios do sigilo, da adesão voluntária, da confidencialidade sobre a identidade dos respondentes, o compromisso com a realização de uma oficina para discutir os resultados. Na perspectiva do projeto de prevenção que organizou essa pesquisa formativa, os respondentes deveriam ser “jovens típicos, jovens-exemplos dos frequentadores de suas igrejas e terreiros”. A tabela não expressa, portanto, uma amostra representativa em termos epidemiológicos.

**Tabela 2 – Idade e parceiros na 1ª relação sexual entre jovens que participam das atividades de sua igreja ou terreiro (n)**

		CATÓLICOS		EVANGÉLICOS		UMBANDA/ CANDOMBLÉ		Total
		Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	
Você tem vida sexual?	Não	12	15	21	16	11	1	76
	Sim	22	16	6	8	25	22	99
Se sim, quem foi o parceiro da 1ª vez?	Cônjuge	1	0	1	2	1	0	5
	Namorado/a	20	10	5	4	16	7	52
	Amigo	1	6	0	1	6	13	27
	Outro	0	1	0	1	2	3	7
Quantos anos você tinha?	< de 13	1	0	1	0	5	1	8
	14-15 anos	9	9	1	1	18	14	52
	> de 16	11	7	3	5	6	3	35

Fonte: Paiva, Garcia, Santos, Terto & Munoz-Laboy (2010)

Na oficina em que se apresentou esses dados aos jovens religiosos que os colheram e, depois, aos adultos de suas igrejas e terreiros, todos ficaram surpresos. A diferença entre homens e mulheres e entre as diferentes religiões foi menor do que se esperava, assim como a proporção dos que já haviam feito sexo e a idade média da primeira relação sexual, que não era diferente da média nacional. Foi notável que entre evangélicos, mais rigorosos quanto ao início da vida sexual fora do casamento, a primeira relação tenha sido com namorados e não o esposo ou a esposa.

A proposta desse roteiro de trabalho é superar a condição social abstraída em categorias ou em estereótipos comuns no trabalho de prevenção e exemplificar, com exemplos cotidianos, o panorama sociocultural que esses dados expressam. Dito de outro modo, partir dos fatores que permitem estudar grandes amostras para a compreensão da realidade dinâmica da vida das pessoas pertencentes aos grupos que se quer abordar.

Pede-se aos participantes, então, que imaginem como seria uma cena sexual de uma das pessoas entrevistadas para os estudos apresentados, “realista, verossímil, para descrevê-la tal como as de uma de novela de TV”. É nessa cena que o trabalho de prevenção pretende “introduzir” o autocuidado ou a camisinha. Espera-se cerca de cinco minutos para que o grupo forneça espontaneamente algumas cenas imaginadas para a discussão.

Geralmente, imagina-se a cena de jovens que vivem em um contexto de pobreza e não usaram o preservativo na primeira relação sexual. A pessoa que “encarna” a estatística é mais frequentemente um(a) jovem que abandonou a escola e vive em uma favela, como na cena coletada num encontro público com cerca de 300 participantes de todas as idades e escolaridades, em 2003.

Teve sua primeira relação sexual num beco, tarde da noite. Ela mora num único cômodo dividido com outras pessoas, não tem expectativas para o futuro, nem acesso à informação sobre como usar pílulas ou preservativos, e está grávida.

Raramente as pessoas têm cor, e perguntamos: é branca? Homens comentaram a cena com frases como “a moça decidiu ficar grávida”, enquanto outros presentes ressaltaram sua “ignorância” ou “ingenuidade”, que “a família não tomou conta dela”. A maioria, mais atenta ao contexto, sugeria que “os pais dela trabalhavam muito”, “não tinham dinheiro”, “viviam cansados e não podiam prestar muita atenção”.

A reflexão crítica sobre uma cena viva como essa, imaginada com base no saber prático e cotidiano dos presentes, segue com a ajuda do coordenador até a identificação da violação de direitos, a ausência de iniciativas da sociedade civil e dos poderes públicos, a falta de programas de prevenção ou centros de apoio, de acesso à testes, à tratamento, ou educação que respeite a diversidade de credos e valores coexistindo numa mesma comunidade ou grupo. Identifica-se como se constrói a vulnerabilidade social e programática ao adoecimento, ou à violência simbólica e estrutural compartilhada por um mesmo grupo de pessoas.

### Mobilizar uma cena pessoal

Esse foi o roteiro que produziu a cena que inicia esse capítulo (“O dia que ele voltou pra casa”) que depende de situações de grande confiança – em grupos menores, de capacitação profissional ou de sessões individuais. Depois do aquecimento<sup>24</sup> necessário, pede-se aos participantes que mantenham os olhos fechados ou olhando para o chão “para garantir a privacidade e estar confortável para lembrar ou imaginar uma cena da sua vida”. Seguimos o roteiro do Quadro 5, com os participantes sentados ou em pé. Ajuda a compreensão, leitor, se você fizer o exercício enquanto segue o roteiro abaixo.

### Quadro 5 – Decodificando um encontro sexual (roteiro básico)

*Depois de aquecimento que estimule o conforto e a espontaneidade, os olhos fechados.*

Este é um exercício “mental e interno”, nós não compartilharemos no grupo, só se você quiser. Lembre-se de uma cena sexual que você viveu... pode ser a primeira na sua vida, sua última, ou imagine uma potencial ou desejada [.....] [tempo entre as questões]

Lembrou? Onde você está? [...] Que dia da semana e que horas são? [...] Com quem você está? [...] Fazendo o quê? [.....]

EXPLORAR. Como você definiria seu parceiro? Como “ficante”, um/a namorado/a, amante, marido/esposa, o amor da sua vida, alguém para o momento? [.....] Você está gostando? [...] Para que estão fazendo? [...] Estão falando? [...] O quê? [.....]

<sup>24</sup> Dois exemplos: (a) *aquecimento na cadeira*: em pé, sacudir o corpo, esticar o corpo, fazer HAAAAHA, passar para os colegas do lado uma bola de papel, mudar de lado, centralizar o corpo, fechar os olhos e respirar fundo 3 vezes...; (b) *aquecimento que usa sala de aula com cadeiras móveis ou espaços ao ar livre*: andar cumprimentando os presentes, andar mais rápido, mais devagar, deixá-los rir, relaxar, depois pedir para escolher um lugar confortável, todos em pé ou sentados.

Agora, “deixe seu corpo”, como se voasse, para o teto, para o céu, para o alto da árvore, para onde quer que você possa ver a cena de fora dela. O que você vê acontecendo? Qual é o ritmo, o tempo, que cores você vê? Existe qualquer outro personagem aí [...] vizinhos, as crianças na porta ao lado [...]

EXPLORAR DE OUTRAS PERSPECTIVAS. Vá de volta à cena, desta vez para o corpo do/a parceiro/a, seja ele/ela por um momento... Agora, na pele dele/dela, qual é o significado deste encontro, quais os sentimentos dele/dela? [.....]

Volte para o teto... e para seu corpo e para você mesmo, sua personagem inicial. Você gostaria que seu parceiro fosse outra pessoa? Quem? Ou diferente? [...]

Agora, mude a idade do seu parceiro, para mais velho / mais jovem [...] Como você se sentiria, a cena seria a mesma?

Agora, imagine que você é muito mais pobre do que você é/ bem mais rico... [...] Essa cena seria no mesmo lugar, do mesmo jeito, seria possível com essa pessoa?

Agora, mude a cor da pele de seu/sua parceiro/a. Seria possível para vocês estarem na mesma cena, você estaria no mesmo cenário? [...]

Agora mude o sexo do seu parceiro, faça dele uma mulher ou dela um homem [...] O que acontece?

### OUTRAS PERGUNTAS possíveis:

Será que pessoas que você não convidaria, como o pastor, o médico, a professora, sua mãe, seu “ex”, seu futuro parceiro estavam presentes virtualmente na cena?

Tinha camisinha na cena? Precisava?

Imagine que seu parceiro/parceira lhe conta que é portador do HIV.

**FINALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO:** pedir aos participantes que abram os olhos e coloquem o/a personagem que viveram na cena à sua frente.

Façam o que quiserem, falem o que quiserem! [.....] Guardem suas observações, acolhendo na memória o que aprenderam com o exercício. [.....] Ainda diante do personagem da cena, agora você é um profissional da prevenção, atue como tal!

Finalizar e, antes de iniciar o debate, comentar que essa finalização do exercício é “cuidado” necessário; que o exercício assume que qualquer pessoa é sujeito de sua vida cotidiana e, portanto, capaz de lidar com o que aprende sobre ela. Será que profissional sempre tem a resposta?

Não é necessário fazer todos os detalhes do exercício. Pode-se explorar apenas as primeiras “mudanças de corpo e de personagem” e torná-lo mais curto. O formato depende do tempo disponível, dos valores partilhados (ou conflitantes), do espaço; certamente depende do tipo de

confiança estabelecida com o facilitador. É raro alguém deixar de participar, não querer ou não conseguir fazer, e essa situação deve ser respeitada. Sempre é possível que alguém permaneça no ambiente, de olhos baixos ou no canto, e não há problema nisso, desde que não atrapalhe a atividade. Há pessoas que não têm vida sexual e, portanto, deve-se ressaltar que esse não é um problema, nem anormalidade! Durante o exercício, sugere-se que aqueles sem experiência sexual, ou que não querem pensar em uma cena sexual pessoal, façam o exercício partindo de uma cena de novela ou de filme, se identifiquem com uma personagem e sigam imaginando. De todo modo, deve-se estar confortável com esses cenários e cenas para trabalhar com prevenção.

Compartilhar publicamente a cena pessoal imaginada não é o objetivo quando esse exercício é realizado em grupo e o tema é a sexualidade. Sempre há pessoas que se sentem à vontade e o fazem, relatando trechos da cena e experiências com o exercício. Em alguns espaços é mais provável ou desejável que as cenas sejam compartilhadas para discussão: em encontros clínicos, em contexto de aconselhamento para o teste do HIV<sup>25</sup>, em trabalhos com pequenos grupos, em espaços terapêuticos, ou quando o tema é menos íntimo (adesão à medicação, por exemplo). Em grupo, o cuidado com a privacidade aumenta quando primeiro se cria oportunidades para um compartilhar mais íntimo com “uma pessoa de sua escolha no grupo”.

Com esse exercício, as pessoas notam como, quando se muda a condição social do personagem, o cenário se transforma quase automaticamente, “como se a mente trabalhasse sozinha”, nas palavras de um participante. Ou seja, **não existe cena sem cenário e palco, as interações sociais estão implicadas no contexto** – mais pobre, mais rico, heterossexual, homoerótico. Dito de outra maneira, não existe comportamento, condição e interação social isolados, independentes do cenário que os emolduram. Quando propomos a troca de papel com o(a) parceiro(a), buscamos maior compreensão sobre a dinâmica específica daquela interação, daquele singular contexto intersubjetivo, deslocado para e pelo olhar do outro. Encoraja-se a reflexão densa sobre as experiências sexuais pessoais para aprofundar a compreensão sobre a singularidade que define cada cena, dependente do momento emocional e de contextos intersubje-

<sup>25</sup> Esse tipo de trabalho é fundamental diante de resultados negativos, que são uma janela de oportunidade que não deve ser desperdiçada. Quando a pessoa recebe o diagnóstico positivo, nem sempre é possível conversar sobre sexualidade no primeiro encontro.

tivos específicos. Ao mudar a cor da pele e o sexo das pessoas em cena, o desejo pode desaparecer ou emergir espontaneamente. A interação, todos compreendem, muda de sentido, depende da perspectiva do ator na cena, da sua condição social ou sorológica.

Esse exercício deixa mais claro que as categorias analíticas da epidemiologia do risco são abstrações, uma aproximação à realidade representada na forma de números e tabelas. Na vida cotidiana, essas categorias têm outra cor e tons que variam rapidamente, uma dinâmica que depende de **sinergias, sincronias e sínteses**. A sinergia dinâmica que interessa à prevenção é absolutamente distinta da independência de fatores necessária à análise epidemiológica ou estatística, ou das categorias isoladas que colocamos em uma tabela. Ao mesmo tempo, um cenário densamente descrito facilitará a co-compreensão sobre as cenas vividas ou imaginadas por outras pessoas que estão longe de serem “tipos fixos”, ou estereótipos. Cenas, como discutimos, dependem da trajetória e dos recursos de cada pessoa e de sua companhia naquele momento, da sua condição social – de gênero, de classe, estado emocional ou sorológica e, especialmente, dos programas a que têm acesso. Ou seja, da maior ou menor vulnerabilidade social, pessoal e programática que, então, se expressará **a cada cena**.

Este roteiro básico pode ou não focalizar a exploração do uso de preservativos na cena, já que o objetivo é fomentar a reflexão, estimular e compartilhar o efeito da decodificação e a ampliação da consciência, começando com uma cena real (ou plausível). Diversas cenas definidas como sexuais não são cenas sobre uma relação com penetração – podem ser cenas de um encontro em uma festa, ou sobre um olhar, um beijo.

Um garoto de 16 anos, por exemplo, compartilhou espontaneamente suas dificuldades para lidar com a pressão de grupo para provar sua virilidade; outro pensou que estava bêbado apenas para ficar menos tímido e mais de acordo com o *script* masculino. Garotos e garotas podem se identificar com outros participantes que também não sabem como usar um preservativo ou não tem dinheiro para ir ao posto de saúde onde são distribuídos (Paiva, 1999, 2000). No trabalho com pessoas soropositivas, são muito produtivas as cenas compartilhadas sobre revelação, sobre o processo de aprender a usar camisinha 100% do tempo, sobre artifícios para reduzir os riscos de exposição para os que estão cansados de usar a camisinha.

Ou seja, não se define, *a priori*, qual o problema de cada cena. O participante pode nem entender como “problema” o fato do sexo não

ser protegido, e estar certo em muitos contextos – ambos fizeram o teste, são casados e monogâmicos. As cenas sexuais não são problemáticas por definição nos termos de quem as vive.

O que se pretende com a metodologia das cenas é ampliar a compreensão sobre como a vulnerabilidade pessoal ao HIV é produzida socialmente, ou intersubjetivamente construída na socialização para a masculinidade ou feminilidade. As pessoas irão se sentir menos acusadas por não terem como realizar suas intenções, porque não sobra dinheiro para o preservativo, ou porque não tomam a medicação quando estão em ambiente de trabalho hostil. É difícil se “comportar como manda a receita”. Podem descobrir que não têm acesso aos recursos para se protegerem (camisinhas), a que têm direito. Em outras palavras, podem reinventar a vida e lidar com todas estas dimensões pessoais da experiência, incluindo seus desejos e projetos, conscientes das barreiras estruturais ou da necessidade de mobilização social.

Quanto mais amplamente explorada a descrição da cena, mais sofisticada pode ser sua decodificação e a ampliação da consciência. Por meio de exercícios de imaginação ativa e criação dramática como esses, sofisticam-se a observação do contexto social onde a sexualidade acontece, compreende-se como atitudes, habilidades e comportamentos são delineados “em cena”, a partir de cada contexto intersubjetivo singular, o que tem sido bastante produtivo para renovar repertórios para vida cotidiana dos participantes. As pessoas conseguem mobilizar mais densidade na reflexão sobre *scripts* em ação no cotidiano, bem como sobre desejos e direitos encarnados. A metodologia das cenas facilita a produção de inovações viáveis, invenções pessoais e de grupo, e o planejamento da mobilização social.

Trabalhar com prevenção e promoção da saúde, na perspectiva construcionista, dos direitos humanos e da vulnerabilidade é, portanto, colocar o cotidiano no centro da conversa. A metodologia das cenas tem apoiado a colaboração entre técnico e usuário, estimulando o diálogo, a autonomia e a participação. Como já discutimos em outro texto (Paiva, Ayres, & França, 2004), uma comunicação efetiva com base em cenas cotidianas permite que o pensar informado pela normalidade técnica dialogue com a normatividade compartilhada historicamente em cada local, e encoraje a inspiração mútua de profissionais e usuários. Permite que os valores, significados e sentidos, que são referências em cada contexto sociocultural e para cada pessoa ou grupo, encontrem espaço de expressão e debate.

### A avaliação como um momento especial do processo: cenas que mudam

As oficinas e os programas nessa perspectiva são conduzidos em colaboração *com a* comunidade e não *na* comunidade. Assim será também a sua avaliação. A avaliação compartilhada é parte produtiva do processo de mudança dos cenários e cenas sexuais. O profissional dedicado à prevenção, por exemplo, não deve ser externo ao processo e não seria bom que interpretasse os resultados distante do grupo que os produziu ou da interação coletiva. Não existe propriamente um momento final da ação de prevenção, já que essa deve interferir mais que tudo no plano cultural e na interação. Além de maior conforto com a auto-observação e reflexão cotidiana sobre cenas singulares e seu cenário, um dos resultados almejados é justamente o desenvolvimento do processo de decodificação, que é em si mesmo educativo e mobilizador. A mudança na vida cotidiana de cada pessoa demora um pouco mais.

A promoção da saúde sexual, deste ponto de vista, não pode ser compreendida como uma intervenção cirúrgica ou como uma intervenção ao estilo de uma prescrição médica ou moral, mesmo que algum senso de emergência epidemiológica pressione neste sentido. A maioria das ações para a promoção da saúde sexual, quando tem impacto, modifica primeiramente o plano simbólico e cultural, e não imediatamente as condutas individuais. Pessoas afetam pessoas em suas redes de interação pelo “efeito viral” das narrativas e performances carregadas de sentidos, assim como programas podem afetar outros programas – os de Aids certamente ajudaram a validar os princípios do SUS. Quando se consegue promover mudanças importantes, renovam-se cenários culturais e programáticos, além de se modificar atitudes e práticas pessoais e, portanto, cada *cena* singular; aumenta a chance de cenas de sexo mais seguro entre jovens acontecerem se as meninas carregarem camisinhas na bolsa e puderem acessá-las na escola. O sucesso esperado jamais será resumido em um produto representado pela antítese SIM/NÃO, mas será também a *direção* do movimento, coletivo e individual, cultural e programático.

Podemos avaliar programas de promoção da saúde e prevenção refletindo criticamente sobre seu processo e levantando novas cenas compartilhadas nas sessões devolutivas e de avaliação em grupo (Benzaken, Garcia, Sardinha, Pedrosa, & Paiva, 2007; Paiva, 1999, 2000; Paiva et al., 2010; Santos & Paiva, 2007; Tunala, 2005). Ou seja, se um programa começa pela descrição de cenas pessoais (reais ou imaginadas) e trabalha colaborativamente com os participantes para decodificá-las,

cenar poderão ser de novo coletadas em intervalos de tempo – preferencialmente após tempo superior a quatro meses. Observam-se, então, nas cenas, as mudanças (ou a falta delas) – ampliadas até sua dimensão social, programática, sem perder de vista a dinâmica que têm na trajetória individual.

A interpretação de resultados no plano das práticas individuais é organizada em um conjunto diferente daquele que se observa na pesquisa comportamental ou epidemiológica não construcionista. Os comportamentos são posicionados teoricamente e empiricamente como fenômenos intersubjetivos, impregnados pela forma como o cuidado à saúde, ou a sexualidade, são organizados em contextos sociais e culturais locais.

A avaliação se dá ao observar com os participantes a **direção das mudanças**. O foco da análise não será, portanto, a consistência e frequência dos “comportamentos desejáveis”. Serão as interações intersubjetivas nas várias experiências e cenas, e a dinâmica mesma das cenas pessoais, assim como cenas de mobilização em direção a mudanças do cenário (inovação ou resistência da comunidade, mais acesso, novos serviços).

A mudança é vista e esperada não apenas por meio das transformações individuais. Especialmente em comunidades empobrecidas ou estigmatizadas, mudar implica desafiar cenários locais (Antunes & Garcia, neste volume). Embora o processo de mudança cultural e de instituições seja muito lento, esta abordagem desafiará o fatalismo e a passividade, e pode aumentar a força da aspiração das pessoas, criando espaços sociais distintos e inovadores. Um indicador de sucesso esperado é o fato dos especialistas convidados, ou escolhidos para conduzir oficinas e encontros, bem como os conhecimentos neles mobilizados, tornarem-se progressivamente presentes nas cenas sexuais de um grupo, como observado no Quadro 6.

#### Quadro 6 – Mudanças nas narrativas de cenas alguns meses depois de participar de uma oficina de prevenção ao HIV

\* Ana incluiu na sua cena o retrato de material educacional: “Eu lembro daquele cartaz que fala sobre colocar a camisinha com técnicas eróticas especiais... e coloquei minha boca n'aquilo!”

\* “... e então eu pensei sobre você [o especialista] discutindo sobre o uso de camisinha com a gente e parei tudo! Eu prestei atenção nos meus sentimentos como a gente discutiu no grupo, não nos outros na minha cabeça, a 'galera'. Pensei que preferia esperar um pouco mais antes da gente transar.” (João, na sessão de avaliação).

\* Maria se lembrou de sua amiga na oficina: “Eu lembrei de S. dizendo que quando o namorado dela fica bêbado, ela levanta, apaga a luz e fica pronta para inventar uma maneira de ele dormir antes de forçar ela a fazer sexo!”

\* Quatro meses depois, numa outra sessão de avaliação, Maria nos contou: “Eu comecei a conversa assim: Você sabe, eu ouvi dizer [ela menciona o programa de prevenção] que tem uma mulher que pegou HIV do marido dela! Isso é horrível! Esses homens saem e transam na rua com outras pessoas, não usam camisinha e vêm pra casa bêbados e infectam suas esposas e a mãe dos seus filhos... Vocês não deveriam fazer isso com suas namoradas, viu!... Ou então todo mundo deveria fazer teste antes de começar um novo namoro. Vocês sabem que eles acabaram de inaugurar um posto pra isso? E eles dão camisinha lá também!... Bem, todos os quatro [irmãos e o pai] ficaram vermelhos que nem pimenta, e não conseguiam me olhar na cara... Mas eu pensei que eu fiz a minha parte! Também espero que meu irmão vá conversar com meu namorado... como eles jogam no mesmo time de futebol.”

Cartazes e falas introduzidas pelos programas de prevenção participam da cena. João entendeu que ser sexualmente ativo aos 16 anos não é um fato “natural” e poderia ser uma escolha. Maria compreendeu que violência não é parte necessária do *script*. O grupo debateu acerca de seus diferentes valores e se falou de grupos de apoio para abuso de álcool na igreja da comunidade, e que no sistema de saúde deveria existir...

É possível acompanhar mudanças no ritmo da cena, nas novas articulações do desejo. Alguns meses depois, pode-se coletar cenas nas quais os coordenadores do trabalho desaparecem da cena, mas os participantes incorporam o papel do especialista, falando para outras meninas/mulheres na sua vizinhança sobre o uso de preservativo, ou indicando onde denunciar a violência, transformando-se em personagens presentes nas cenas de outros.

Pode-se registrar o impacto de intervenções programáticas ou mesmo estruturais nas cenas de algumas pessoas, e de outras não. Por exemplo, observar o impacto de uma campanha na TV para fazer o teste anti-HIV, a instalação de uma ONG que distribui camisinhas numa favela, a articulação do centro de atenção básica de saúde com a escola da região. Pode-se ter pretendido ampliar o acesso aos preservativos na ONG localizada na comunidade, mas as cenas dos moradores nos indicam que o lugar fica muito pouco tempo aberto, e que eles ainda não acreditam que o preservativo pode protegê-los da Aids, nunca usaram um! A mudança de cenários sexuais pode ser o foco da sessão de avaliação, como já relatamos, a partir de diversos projetos com jovens (Belenzani, Blessa, & Paiva, 2008; Paiva, 1999, 2000; Paiva et al., 2010; Santos, 2004).

### Palavras finais: quem é o especialista?

Uma sessão de discussão de resultados de um programa é obrigatória nesse quadro. O resultado de um projeto que observa, por exemplo, seis meses depois de oficinas de sexo seguro, um aumento de 10-20% no uso de preservativos, pode ser analisado como um resultado razoável do ponto de vista de quem conduz “intervenções comportamentais”. Não será suficiente, porém, para o grupo ou comunidade envolvida num processo conduzido dentro dessa proposta pensada como emancipatória e no quadro dos direitos humanos.

Em outras palavras, nessa perspectiva os resultados do programa não são problemas dos especialistas que vem de fora e algum dia voltarão, depois da *análise*, com a solução publicada em algum relatório para o gestor ou na literatura acadêmica, que talvez seja lida. Temos observado que quando a avaliação chega a seus participantes, a maioria deles começará imediatamente a analisar *por que* alguns encontros sexuais não incluíram o uso de preservativo.

As pessoas são, como vimos, valorizadas por essa abordagem como especialistas em suas próprias vidas e nos contextos sociais locais, porque, de fato, são! As pessoas não param de viver, de educar seus filhos, ou de mudar suas vidas, porque ainda estamos longe de um consenso sobre qual é o caminho mais suave e certo para ser feliz, ou sobre quais são os valores mais adequados para viver a vida como portador de algum agravo de saúde ou em direção a uma sexualidade definida por alguém como mais saudável. Ou ainda, não desistem porque estamos longe de um consenso na comunidade científica sobre como os mecanismos para mudança social, cultural e comportamental funcionam, de tal forma que todos pudessem aprender definitivamente com os especialistas. Toda pessoa pode inventar, todo dia, como alcançar sua realização pessoal sonhada. Devem também reinventar modelos de prevenção e produzir tecnologias sociais para reagir às ameaças à saúde, como a epidemia da Aids.

O melhor exemplo foi a inovação do uso de preservativos, significado, até a emergência da Aids, como um dispositivo contraceptivo: foi o ativismo da comunidade homossexual, cuja prática sexual não precisaria dar conta da contracepção, que ressignificou a camisinha. Como Altman (1993) escreveu há mais de uma década, as pessoas podem incorporar dados de pesquisa, inclusive da epidemiologia, enriquecendo interpretações que não estão diretamente disponíveis para a “ciência”. *Expertise* e ciência não são sempre sinônimas.

A validação do conhecimento acumulado em projetos de promoção de saúde, nesta abordagem, dependerá do partilhar e refletir criticamente sobre os resultados *com* os participantes dos programas, e de recolocá-los *nos seus próprios termos*. O direcionamento de um programa, especialmente quando envolve saúde e a sexualidade, não é apenas uma questão de perícia técnica, mas o resultado de debates públicos sobre prioridades, valores e direitos, discussão sobre “hierarquias” e normatividade locais. Os significados da sexualidade, das definições coletivas de qualidade de vida e os caminhos para ser feliz, como as pessoas e comunidades as definem, deveriam ser os critérios últimos de sucesso. Tudo isto pode ser, por vezes e depois de qualificado, categorizado e quantificado (Buchalla & Paiva, 2002).

Finalmente, as iniciativas e o desenho dos encontros face a face descritos neste capítulo têm sido possíveis no Brasil, em função da cultura e da história brasileira, enquanto se garantiu o apoio social para programas de educação para sexualidade bastante abertos e francos, como parte do currículo escolar. Isso pode mudar. Como Paulo Freire nos ensinou, experimentos não podem ser transplantados, mas devem ser reinventados sempre.

*Agradecimentos:* Agradeço a José Ricardo Ayres e Ivan França Jr. pelo debate e a constante parceria em cotidianas aventuras onírico-conceituais.

### REFERÊNCIAS

- Aggleton, P., & Parker, R. (Eds.). (2010). *A handbook on sexuality, sexual health and sexual rights*. London: Routledge.
- Aldana, A. (1992). Mulher, sexualidade e sexo seguro. In V. Paiva (Org.). *Em tempos de Aids* (pp. 158-165). São Paulo: Summus.
- Altman, D. (1993). Expertise, legitimacy and the centrality of community. In P. Aggleton, P. Davis, & G. Hart. *Aids: facing the second decade* (pp. 1-12). London: Falmer Press.
- Bellenzani, R.; Blesa, C. R. B., & Paiva, V. (2008). Scripts em cena: HIV e mercado sexual no contexto turístico juventude. *Psicologia em Estudo*, 13, 653-662.
- Benzaken, A. S., Garcia, E. G., Sardinha, J. C., Pedrosa, V. L., & Paiva, V. (2007). Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41, 118-126.

- Berger P., & Luckman, T. (1973). *A construção social da realidade*. Rio de Janeiro: Vozes. (Trabalho original publicado em 1966).
- Buchalla, C., & Paiva, V. (2002). Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36(Supl. 4), 117-119.
- Carvalho, T., & Raizer, E. (1992). Roteiro preliminar de sexo seguro pra mulheres. In V. Paiva (Org.). *Em tempos de Aids* (pp. 125-134). São Paulo: Summus.
- França Jr., I. (2003). Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(12), 23-38.
- Freire, P. (1978). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge: further essays in interpretative anthropology*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (2000). *Available light. Anthropological reflections on philosophical topics*. New Jersey: Princeton University Press.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4a ed.). Rio de Janeiro: LCT.
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama* (12a ed.). São Paulo: Cultrix.
- Paiva, V. (1996). Sexualidades adolescentes: escolaridade e gênero, e o sujeito sexual. In R. Parker, & R. Barbosa (Orgs.). *Sexualidades brasileiras* (pp. 213-234). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Paiva, V. (1999). Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In R. Parker, & R. M. Barbosa (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso* (pp. 249-269). São Paulo: Ed. 34.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 6, 25-38.
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, 13, 641-651.
- Paiva, V., & Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 42, (Supl. 1), 45-53.
- Paiva, V., Ayres, J. R. C. M., & Gruskin, S. (2010). Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship. In *Routledge handbook of sexuality, health and rights (volume 1)*, pp. 422-430. New York: Taylor & Francis Group.
- Paiva, V., Ayres, J. R. C. M., & França Jr., I. (2004). Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(1), 83-97.

- Paiva, V., Garcia, J., Santos, A. O., Terto Jr., V., & Munoz-Laboy, M. (2010). Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using human rights based approach. *Global Public Health*, 5, 280-294.
- Parker, R., & Aggleton, P. (1999). *Culture, society and sexuality – a reader*. London: Taylor & Francis.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2007). *Culture, society and sexuality – a reader* (2a ed. ampliada). London: Taylor & Francis.
- Parker, R., & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 16, (Supl. 1), 89-102.
- Santos, A. O. (2004). *Turismo e saúde comunitária: intervenção e pesquisa no Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santos, A. O., & Paiva, V. (2007). Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. *Revista de Saúde Pública*, 41, 80-86.
- Santos, B. S. (2003). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Santos, B. S. (2005). Subjetividade, cidadania e emancipação. In B. S. Santos. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade* (cap. 9, 10a ed.). São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S., & Nunes, J. A. (2003). Introdução. Para Ampliar o cânone do reconhecimento. In B. S. Santos (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural* (pp. 25-68). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sayão, I., & Silva, M. P. (1992). Prevenção da Aids em trabalho de orientação sexual na escola. In V. Paiva (Org.). *Em tempos de Aids* (pp. 133-138). São Paulo: Summus.
- Schwandt, T. A. (2006). Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In N. K. Denzin, & I. S. Lincoln (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens* (pp. 189-214). Porto Alegre: Artmed.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1999). Sexual scripts. In R. Parker, & P. Aggleton (Eds.). *Culture, society and sexuality* (pp. 29-38). Londres: UCL Press.
- Terto Jr., V. S. (1992). Sexo seguro. In V. Paiva (Org.). *Em tempos de Aids* (pp. 115-124). São Paulo: Summus.
- Tunala, L. (2005). *Promoção de saúde e reeducação alimentar num hospital*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Turner, V., & Bruner, E. M. (Eds.). (1986). *The anthropology of experience*. Urbana: University of Illinois Press.
- Villarinho, L., Bezerra, I., Lacerda, R., & Paiva, V. (2002). Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 61-67.