



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Schwartz Benzaken, Adele; Galbán Garcia, Enrique; Gomes Sardinha, José Carlos;
Lourenço Pedrosa, Valderiza; Paiva, Vera
Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica,
Brasil
Revista de Saúde Pública, vol. 41, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 118-126
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240165018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Adele Schwartz Benzaken^I

Enrique Galbán García^{II}

José Carlos Gomes Sardinha^I

Valderiza Lourenço Pedrosa^I

Vera Paiva^{III}

Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil

Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever estudo de caso de intervenção de base comunitária, desenvolvido na perspectiva construcionista-emancipatória, para o controle das DST/Aids.

MÉTODOS: Estudo descritivo desenvolvido no município de Manacapuru, Amazonas, de 1997-2004, sobre a utilização de procedimentos desenhados em colaboração com agentes governamentais, profissionais de saúde e comunidade. Foram levantados dados sobre a dinâmica da prostituição e a venda de preservativos na cidade, características comportamentais, avaliação do processo e da assistência às DST/Aids. Sincronicamente, estabeleceram-se ações de prevenção e assistência na rede pública de saúde às DST, centro de testagem, sistema de vigilância epidemiológica, e capacitação de trabalhadoras do sexo.

RESULTADOS: Observou-se o fortalecimento das trabalhadoras do sexo como multiplicadoras e sua legitimação como cidadãs e agentes de saúde em projetos com travestis, homossexuais e escolares. Houve incremento da venda de preservativos na cidade, da utilização de preservativos entre trabalhadoras do sexo, redução das DST bacterianas e estabilização da ocorrência de infecção pelo HIV/Aids e sífilis congênita. A sustentabilidade do programa de intervenção estudado, organizado no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi estimulada pela pactuação política garantindo sede e orçamento regulamentado em lei municipal, e pelo debate permanente dos resultados do processo e programa.

CONCLUSÕES: O estudo fortaleceu a noção de que o controle efetivo das DST/Aids depende de uma abordagem sinérgica que combine intervenções no plano individual (biológica-comportamental), sociocultural e programático.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle. Doenças sexualmente transmissíveis, prevenção e controle. Prostituição. Educação em saúde. Promoção da saúde. Vulnerabilidade em saúde. Participação comunitária. Brasil.

^I Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta. Manaus, AM, Brasil

^{II} Universidade Calixto García. Havana, Cuba

^{III} Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Adele Schwartz Benzaken
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta-FUAM
Gerência de DST
Rua Codajás 24
69065-130 Manaus, AM, Brasil
E-mail: adele@vivax.com.br

Recebido: 8/8/2006

Revisado: 8/2/2007

Aprovado: 14/7/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe a case study of community-based intervention, developed in a constructionist-emancipatory framework to control STD/AIDS.

METHODS: Descriptive study developed in the town of Manacapuru, in the state of Amazonas, from 1997 to 2004, focusing on procedures designed in collaboration with government agents, health professionals and the community. Data on the dynamics of prostitution and condom sales in this town, preventive practices and STD/AIDS care and process assessment were collected. Actions targeting STD prevention and care in the public healthcare system, a testing center, an epidemiological surveillance system and sex workers' qualification were established concomitantly.

RESULTS: It was observed the strengthening of sex workers as peer educators and their legitimization as citizens and health agents in projects involving transvestites, homosexuals and students. There was an increase in condom sales in town, as well as in condom use among sex workers; reduction in bacterial STD; and stabilization of the incidence of HIV/AIDS infections and congenital syphilis. The sustainability of the intervention program studied, organized within the sphere of action of the Sistema Único de Saúde (National Health System), was promoted by a political pact, which guaranteed headquarters and municipal law-regulated budget, as well as by the constant debate over the process and program results.

CONCLUSIONS: The study strengthened the notion that effective control of STD/AIDS depends on a synergic approach that combines interventions on individual (biological-behavioral), sociocultural and programmatic levels.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. Sexually transmitted diseases, prevention & control. Prostitution. Health education. Health promotion. Health vulnerability. Consumer participation. Brazil.

INTRODUÇÃO

O controle efetivo das doenças sexualmente transmissíveis (DST), virais e bacterianas, continua sendo problema na maioria das regiões do mundo, em especial na América Latina. Apesar do desenvolvimento tecnológico, as estimativas de casos novos continuam crescendo de maneira exponencial,^{10,*} o que representa risco aumentado também para o HIV/Aids.

Políticas para o controle das DST/Aids que não levam em conta o contexto sociopolítico têm sido consideradas insuficientes.^{3,11,14,17,18} Intervenções que considerem as diversas dimensões da vulnerabilidade às DST/Aids – vulnerabilidade sociopolítica, programática e individual – analisadas segundo o referencial dos direitos humanos na organização da assistência e da prevenção^{13,**} constituem caminho promissor, especialmente

quando propõem uma “sinergia de intervenções”^{3,14,17} para dar conta da chamada “sinergia de pragas” no contexto local.¹⁸

As propostas de programas de prevenção e assistência às DST baseadas no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos têm valorizado intervenções de base comunitária,^{7,14,15} inspiradas na pedagogia da autonomia de Paulo Freire.⁸ Esta pressupõe, entre outros princípios: investigação, respeito aos saberes da comunidade e à sua autonomia, reconhecimento da identidade cultural e disponibilidade para o diálogo, recusa a qualquer forma de discriminação e promoção de direitos. Nessa perspectiva construcionista e emancipatória,^{8,14,15} o programa e suas iniciativas são desenhados em colaboração com a comunidade,

* World Health Organization. Global Prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overviews and estimates. Geneva; 2001. [acesso em 12 /setembro/2007] Disponível em www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf

** UNAIDS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. New York, 25-27 jun 2001. [acesso em: 12/setembro/2007]. Disponível em http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf

e seus resultados são compartilhados e discutidos ao longo do processo. O debate sobre resultados parciais, principalmente com os diretamente envolvidos nas ações, mantém a sensibilização e a sustentabilidade do programa, assim como permite a validação da análise com os participantes dos programas nos seus próprios termos.¹⁴ O (re)direcionamento de um programa, especialmente no campo da saúde sexual, não se reduz à perícia técnica e científica, mas é resultado de debates públicos sobre prioridades, valores e direitos, bem como da imaginação coletiva para responder rapidamente aos desafios identificados na discussão dos resultados parciais e em contextos locais.

Em Manacapuru, estado do Amazonas, o Projeto Princesinha vem sendo desenvolvido na perspectiva construcionista-empoderadora ininterruptamente desde 1997. O presente artigo abordará o estudo de caso deste projeto, uma intervenção de base comunitária, que focalizou o período de 1997-2004 e a descrição de suas atividades, tomando por referência as repercussões em relação aos planos sociocultural, programático e individual da vulnerabilidade às DST/Aids na população local.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O município de Manacapuru está situado às margens do rio Solimões e acessível apenas por via fluvial, distante 70 km da capital, Manaus. A rede básica de saúde se caracterizava pela insuficiente cobertura e alta rotatividade dos profissionais de saúde no interior do Estado. O baixo número de casos de DST notificados no período de 1991 a 1996 indicava desconhecimento da situação epidemiológica local.⁹

O estímulo ao turismo ecológico constituía, em 1997, uma estratégia prioritária para o desenvolvimento socioeconômico de Manacapuru, proposta pelos gestores municipais recém eleitos. Porém, as lideranças locais temiam aumento da transmissão do HIV na região, em decorrência fluxo migratório ocasionado pelo ecoturismo. Assim, estabeleceu-se um diálogo entre pesquisadores, líderes políticos, sindicais e técnicos de saúde visando implantar um conjunto de ações de caráter estrutural e programático, focalizando tanto a população geral, como os grupos mais vulneráveis.

O objetivo do Projeto Princesinha, resultante desse diálogo, tem sido interromper a transmissão das DST/Aids, bem como ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento adequados dos casos incidentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando os

princípios de controle social, auto-sustentabilidade e reprodutibilidade.

As atividades foram desenhadas de forma participativa, envolvendo pesquisadores, autoridades sanitárias locais, consultores externos, autoridades políticas, parlamentares, lideranças sindicais, comunitárias, religiosas, representantes dos setores educação e segurança. A imagem utilizada nas negociações foi “Cidade Saudável, sem DST/Aids, melhor visitada pelos ecoturistas”. Decidiu-se começar pela implantação do Centro de Testagem Anônima para HIV (CTA), o primeiro do Estado do Amazonas, e de programa de assistência às DST com abordagem síndrômica e notificações de caso pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica Aprimorada das DST (SIVA-DST)* em 1998. Quanto às atividades de educação preventiva, escolheu-se iniciar o programa com trabalhadoras do sexo e seus clientes.

Em 1998, técnicos de saúde da rede pública municipal participaram de programa de capacitação em abordagem síndrômica das DST** e aconselhamento.*** Paralelamente, cinco mulheres trabalhadoras do sexo foram selecionadas nas áreas de prostituição para atuarem como multiplicadoras de conhecimentos sobre DST/Aids. Os critérios de seleção foram: maior nível de escolaridade, facilidade de comunicação e interesse no projeto. As multiplicadoras participaram do planejamento das atividades de prevenção entre as demais mulheres trabalhadoras do sexo do município e seus clientes, nomeando o programa de “Projeto Princesinha”, nome também adotado pelas autoridades do município. “Princesinha do Solimões” é como Manacapuru é conhecida e as multiplicadoras gostariam de se sentir princesas.

De 1998 a 2004, as multiplicadoras compareciam aos pontos de prostituição, onde estimulavam o uso do preservativo, informando as mulheres trabalhadoras do sexo e seus clientes sobre as DST/Aids. Desde 1998 as multiplicadoras também repassaram preservativos a baixo custo e encaminhavam as demais trabalhadoras do sexo com suspeita de DST para consulta médica em ambulatório específico, na sede do projeto, e atividades supervisionadas semanalmente, relatadas em diário de campo.

Ao longo do processo, foram estabelecidas atividades em datas comemorativas (Tabela 1) para aumentar a visibilidade do projeto e incluir as trabalhadoras do sexo nos espaços de sociabilidade da cidade.

As multiplicadoras realizaram mapeamento dos pontos de venda de preservativos e levantamento sobre a rede

* Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Instruções para implantação da vigilância aprimorada das DST e controle de medicamentos de DST através do SIVADST. Brasília; 1997

** Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3.ed. Brasília; 1999

*** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 2000

e dinâmica da prostituição da cidade, por meio de:

- levantamento do número de preservativos vendidos semanalmente no período de novembro de 1998 a janeiro de 1999, para obtenção de linha de base, e de abril a junho de 2001. As informações foram obtidas por meio de formulários deixados nos pontos de venda previamente identificados, após explicação sobre seu preenchimento pelas balconistas;
- mapeamento detalhado dos “pontos de prostituição” no município, por meio de observação e entrevista aberta com clientes, donos de estabelecimento e mulheres trabalhadoras do sexo identificadas como informantes-chave. Esse levantamento de 1998 e 2001, descrito em trabalho anterior,⁴ identificou horários de funcionamento e de maior movimento em cada ponto, aqueles mais receptivos às atividades de prevenção, e estimou o número de trabalhadoras do sexo;
- com base em trabalho anterior,⁵ a avaliação de educação preventiva foi realizada por meio de questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas sexuais aplicado nos pontos de prostituição (148 respostas em 1999 e 139 em 2001);
- entrevistas com cem clientes (amostra de conveniência) sobre “prostituição como trabalho”, sua motivação para procurar mulheres trabalhadoras do sexo, sobre a prostituição de menores e como viam o projeto, na semana de comemoração do Dia do Trabalho, em 2000.

Após a apresentação de resultados parciais à comunidade, os procedimentos seguintes foram planejados, envolvendo pesquisadores de outras instituições, externos ao programa, foram convidados a implementá-los:

- análise da qualidade da atenção após a capacitação, tomando como padrão os indicadores de prevenção validados pela Organização Mundial da Saúde.* Em 2001, pesquisador externo realizou observações etnográficas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Testagem e Aconselhamento, maternidade e laboratório central; revisou dados primários das fichas de notificação de casos registrados nas quatro semanas anteriores; e entrevistou profissionais responsáveis pelo atendimento de casos de DST nas UBS e dez pacientes que saíam das consultas.
- avaliação do processo com base na proposta da “*Coalition des organismes de lutte contre le Sida*”.**.* Em 2004 pesquisadores externos realizaram entrevistas individuais e semi-estrutu-

radas com dois membros da coordenação local do projeto, dois funcionários da administração pública, um do centro municipal de referência DST/Aids, 17 agentes multiplicadores, dez usuários e três voluntários da sede do Projeto. Os multiplicadores participaram de seis grupos focais.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O mapeamento inicial realizado pelas multiplicadoras estimou cerca de 500 mulheres trabalhadoras do sexo, 1/3 delas adolescentes, com cinco a sete anos de escolaridade, oito pontos de venda de preservativos e indicou 35 “pontos de encontro”. Os horários e modo de funcionamento dos “pontos” variaram e as mulheres atendiam de um a três clientes por noite. No ano de 2001 estimou-se um trânsito de cerca de mil mulheres trabalhadoras do sexo e 5.000 freqüentadores dos pontos de encontro vindos de outras cidades.

Nas entrevistas e grupos focais, realizados em 2004, ressaltou-se a importância da atuação das multiplicadoras nos lugares de programa sexual e diversão noturna. Evidenciou-se a crescente visibilidade delas nos espaços públicos em diversas datas comemorativas, que as legitimou como referência para o município estudado, aumentando as repercussões no plano sociopolítico, programático e individual do conjunto das atividades do Projeto.

O diálogo inicial com as lideranças locais resultou no estabelecimento de uma lei municipal regulamentando a implantação do Programa de Controle das DST/Aids de Manacapuru, definido como prioridade de política pública, com provisão orçamentária sustentável a longo prazo, incluindo a compra de medicamentos.

A Figura mostra que, de 1999 a 2001, a venda média mensal de preservativos aumentou de 418 unidades em oito pontos comerciais para 4.751 unidades, em 26 pontos de venda, em 2001. Adicionalmente, de 1998 a 2001, as multiplicadoras venderam, a baixo custo, uma média mensal de 2.168, 3.240 e 3.456 unidades de preservativo, respectivamente.

A sede do projeto transformou-se em centro de convivência, ampliando a inclusão das multiplicadoras como cidadãs com direitos. Travestis e homens que fazem sexo com homens, nunca antes organizados e mobilizados, passaram a freqüentar a sede.

Nos carnavais, homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres trabalhadoras do sexo se fantasiavam para desfilarem no “Bloco sem preconceito”, carre-

* World Health Organization. Evaluation of a National AIDS Programme: a methods package.. Geneva; 1994 (WHO/GPA/TCO/SEF/94.1)

** Jalbert Y, Pinault L, Renaud G, Zuniga R. Epsilon. Guide d'auto-évaluation des organismes communautaires. Montréal: Coalition des organismes de lutte contre le Sida; 1997

*** Laperrière H. L'évaluation de l'action préventive en contexte d'imprévisibilité. Les enjeux d'un projet de prévention des MTS/VIH/Sida par les pairs, Amazonas, Brésil. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal; 2004

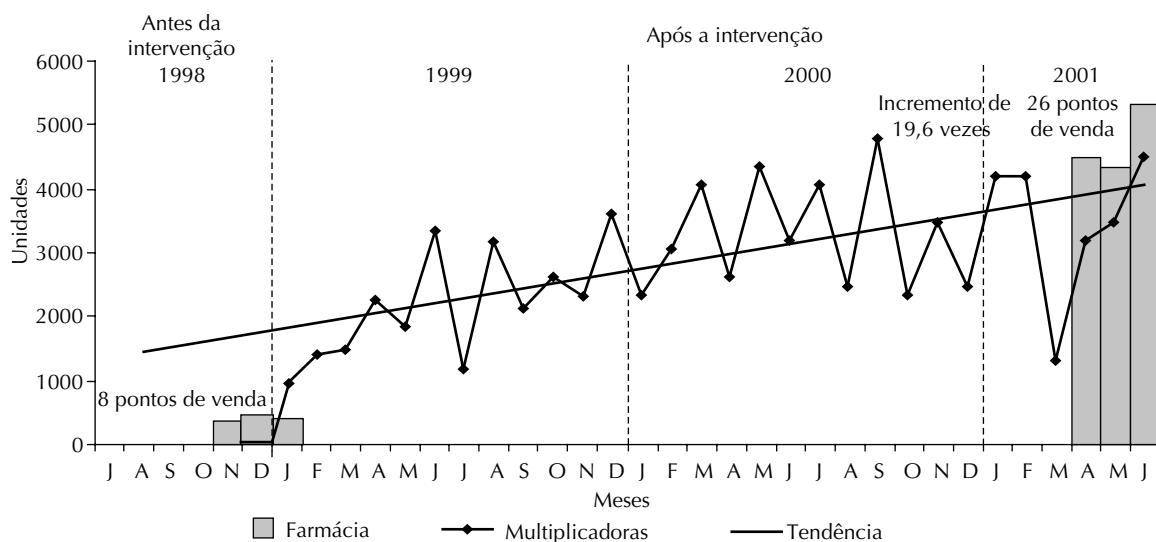


Figura. Tendência de incremento da venda de preservativos. Município de Manacapuru, 1998 - 2001.

gando faixas e cartazes com frases sobre prevenção elaboradas nas áreas de prostituição, participando do desfile oficial no parque do Ingá onde o povo de Manacapuru assiste ou samba nos dias de Carnaval. Em 1999 desfilaram pintados, disfarçados, com medo de discriminação se fossem reconhecidos; depois de 2000 nunca mais o fizeram. No Dia Internacional da Mulher as mulheres trabalhadoras do sexo organizaram relatos de discriminação e violência, discutiram resultados da pesquisa, muitas vezes com a presença de autoridades municipais. No Dia do Trabalho, organizaram debates com clientes da prostituição sobre legalização da profissão. No Dia dos Namorados trocavam presentes com amantes ou escreviam cartões postais para as colegas analfabetas. Na festa de Santo Antonio organizaram a “barraca do prazer”, premiando a melhor frase de amor sobre prevenção.

O programa de assistência na rede básica de saúde do município às pessoas portadoras de DST e seus parceiros sexuais foi implantado em 1998, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, assegurou o acesso universal e gratuito ao diagnóstico e tratamento adequado e a oferta sistemática de aconselhamento e testagem para HIV, contribuindo para a redução da vulnerabilidade da população sexualmente ativa às DST/Aids.

No período de 1997 a 2004, 8.629 pessoas realizaram o teste para diagnóstico do HIV, oferecido no CTA, hemocentro e maternidade. Apenas 16 pessoas foram diagnosticadas portadoras do HIV, além de seis outras notificadas como casos de Aids.

Como resultante programática ainda, lideranças do grupo de homens que fazem sexo com homens e travestis que freqüentavam a sede elaboraram um projeto de intervenção (Projeto Manacá) utilizando como modelo

o projeto Princesinha ampliando a articulação com o Programa Nacional de Aids, que o financiou.

No segundo ano de atividade do projeto, as mulheres trabalhadoras do sexo ministraram, a convite, palestras em escolas públicas sobre DST/Aids e uso do preservativo. Em decorrência disso, os estudantes se mobilizaram para sistematizar atividades de educação e prevenção das DST/Aids na rede escolar municipal de Manacapuru, levando à aprovação da Lei Municipal 014/2001, que instituiu programa específico para prevenção de DST/Aids nas escolas da rede municipal.

A sustentabilidade de todo o programa tem garantido a venda de preservativos a baixo custo nos pontos de prostituição, reuniões semanais de planejamento, e assistência ginecológica especializada na sede do projeto financiada pela secretaria municipal de saúde, onde os projetos dedicados a trabalhadoras do sexo, homossexuais e estudantes têm salas contíguas.

As diversas ações, como as realizadas nos pontos de prostituição e em datas comemorativas (Tabela 1), permitiram fortalecer uma “cultura de prevenção” e cuidados, com mudanças perceptíveis no plano das trajetórias individuais dos diversos participantes do projeto.

“Os quartos das meninas estão todos decorados com os cartazes e ‘folderes’ do projeto, além disso nos bares, depois do nosso trabalho de abordagem de mesas, não estamos vendo nenhum dos nossos materiais pelo chão”. (multiplicadora)

“Nunca ninguém fez festa para nós”. (multiplicadora durante comemoração do dia das mães)

“Guardarei a faixa e coroa para sempre!” (comentário de multiplicadora eleita princesa do Carnaval)

Tabela 1. Atividades realizadas pelas multiplicadoras em datas alusivas brasileiras para aumentar a visibilidade das ações de prevenção e o apoio social ao projeto.

Data alusiva	Atividade
Fevereiro: Carnaval (1999 a 2004)	Concurso de frases nas semanas que precedem o Carnaval; desfile do bloco do projeto
8 de março: Dia Internacional da Mulher (1999 a 2001)	Multiplicadoras organizaram relatos sobre discriminação e violência e apresentaram os resultados da pesquisa em seminários sobre direito da mulher
1 de maio: Dia do Trabalho (1999 a 2004)	Homenagem anual a trabalhadora do sexo mais antiga da Rua Tamandaré (ponto de encontro); levantamento de depoimentos dos clientes
12 de junho: Dia dos namorados (1999 a 2004)	Comemorado como dia dos amantes e festa "Uma noite quente"
12 de outubro: Dia das crianças (1999)	Depoimento dos clientes sobre prostituição infantil nos pontos de prostituição
1 de dezembro: Dia mundial de luta contra a Aids (1998 a 2003)	Passeatas e desfiles nas ruas da cidade; gincana no Ginásio Atila Lins com participação de cinco escolas na "Olimpíada da Prevenção"
25 de dezembro e 31 de dezembro: Natal e Ano Novo (1998 a 2003)	Decoração da sede do projeto, música, concurso de dança, comes e bebes com a participação de todos; desfile dos travestis e dublagens; as trabalhadoras do sexo compareciam com seus familiares (filhos, esposo, noivos e outros)

Tabela 2. Conhecimento, atitudes e práticas em relação às DST/Aids entre trabalhadoras do sexo em 1999 e 2001.*

Pergunta	1999 N=148		2001 N=139		p
	Sim	%	Sim	%	
Mudou seu comportamento sexual para prevenir DST/Aids?	111	75,0	132	94,7	< 0,001
Já realizou teste anti-HIV?	29	19,6	64	46,0	< 0,001
Houve situação em que não pôde prevenir as DST/Aids por falta de preservativo?	77	52,0	44	31,0	0,002
Insiste com os clientes para usar preservativo?	93	62,8	120	86,3	< 0,001
Insiste com o companheiro fixo para usar preservativo?	75	50,6	78	56,1	0,350
Usa preservativo no sexo vaginal com os clientes?	102	68,9	108	77,7	0,090
Usa preservativo para sexo oral com clientes?	55	37,2	78	56,1	< 0,001
Usa preservativo para sexo anal com clientes?	55	37,2	67	48,2	0,050
Usa preservativo em todas as situações?	0	0,0	108	77,7	< 0,001
Reduziu o número de parceiros sexuais?	18	12,2	53	38,1	< 0,001
Demonstrou saber usar corretamente o preservativo?	15	10,1	82	59,0	< 0,001
Demonstrou ter preservativo no momento da entrevista?	21	14,1	76	54,7	< 0,001
Usou preservativo na última semana?	62	41,9	107	78,0	< 0,001
O preço do preservativo é caro?	43	29,0	3	2,1	< 0,001
Se não tivesse preservativo teria relações sexuais com os clientes?	68	45,9	2	1,4	< 0,001
Você só usaria preservativo se o cliente pedisse?	52	35,1	11	7,9	< 0,001
Considera necessário usar preservativo com seu companheiro fixo?	118	79,2	123	88,5	0,030
Sente menos prazer usando preservativo?	77	52,0	32	23,0	< 0,001
O cliente sente menos prazer usando preservativo?	77	52,0	49	35,0	0,004
Você acha que o preservativo se rompe facilmente?	60	40,5	21	15,1	< 0,001
O preservativo pode ficar dentro da vagina?	97	85,5	49	35,2	< 0,001
O preservativo pode provocar perda da ereção?	74	50,0	52	37,4	0,030

* Fusão das Tabelas 2 e 3 do artigo de Benzaken AS, Galbán E, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de risco de DST e mudanças no comportamento sexual das trabalhadoras do sexo do município de Manacapuru, interior do Amazonas, Brasil. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2003;15(2):9-14. (Reprodução autorizada)

“Os homossexuais andam na cidade de cabeça erguida!” (multiplicador do programa entre homossexuais)

A cultura local é marcada pela normatividade típica da cultura machista latina, que usa e discrimina trabalhadoras do sexo e chega a ser violenta.

“Prenderam meu filho dizendo que ele roubou uma mochila, os guardas jogam a comida dele no chão da cela sem prato ou talher dizendo que filho de puta tem que ser tratado como cachorro.” (multiplicadora)

Apesar de valores para a sexualidade bastante tradicionais, foi perceptível o aumento de clientes buscando mulheres que usavam a camisinha, a demanda por camisinhas nos locais de encontro e o reconhecimento do trabalho das multiplicadoras, como se observa nas falas seguintes:

“Oh! Morena! Tens o produto para eu comprar?”

“Quem tocar nelas vai ser furado” (Cliente que teve corrimento uretral e recebeu tratamento na UBS após encaminhamento da multiplicadoras)

“Essas meninas sabem tudo”. (Cliente sobre as multiplicadoras mostrando a colocação do preservativo com a boca).

O programa de prevenção do qual participaram as multiplicadoras com a finalidade de aprimorar seus desempenhos nas atividades de campo fortaleceu-as individualmente como promotoras da saúde sexual qualificando-as e melhorando sua auto-estima. Todas permanecem contratadas como funcionárias municipais da Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru. O resultado de seu trabalho como “educadoras de pares” pode ser observado nas mudanças em atitudes e práticas de trabalhadoras do sexo na comparação dos resultados da pesquisa de 1999 com os de 2001. O perfil da amostra e outros resultados estão detalhados em outro artigo.⁵

Na Tabela 2 pode-se observar aumento no uso de preservativo com os clientes, maior adequação nos procedimentos de colocar e retirar o preservativo demonstrado em prótese peniana apresentada no momento da entrevista pelos pesquisadores, maior percentagem de mulheres trabalhadoras do sexo que tinham preservativo em seu poder no momento da segunda entrevista, crescimento da recusa de relações sexuais com clientes sem preservativo e aumento da proporção de mulheres testadas para o HIV. Contudo, não foram observadas mudanças significativas quanto ao uso de preservativo com parceiros fixos (esposo, noivo, namorado, amante) e nem quanto ao consumo de álcool com os clientes. Quanto à presença de sintomas sugestivos de DST no ano anterior (incidência referida) e no momento (prevalência referida) do questionário, observou-se um decréscimo de 72,3% para 36,7% e de 21,6% para 8,6%, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A receptividade do Projeto Princesinha pela população geral e autoridades locais foi crucial para seu início e desenvolvimento. A legitimação das multiplicadoras, selecionadas entre as trabalhadoras do sexo, como verdadeiras agentes de saúde, referência na área de prevenção das DST inclusive nas escolas, foi o fato mais emblemático. O manejo das DST/Aids nos espaços do projeto ou da assistência no âmbito do SUS, e a venda crescente de preservativo que o introduz nos cenários sexuais locais foram avaliados como adequados em outros projetos de base comunitária.^{7,14} No presente trabalho, o manejo de casos de DST adequou-se aos valores tradicionais da região.

O diálogo permanente conquistou a mobilização e negociação pautada pelo interesse comum (incluir a cidade no roteiro do turismo ecológico e controlar as DST) e mitigou os estigmas associados ao sexo. O referencial do direito universal à saúde materializou-se na realização dos princípios do SUS, estimulando a promoção da equidade com projetos adaptados às necessidades de populações específicas.

Observaram-se a diminuição das taxas de incidência das principais síndromes de DST e a manutenção em baixo nível da epidemia de HIV/Aids, analisadas em outro artigo.⁹ Esses resultados são consistentes com os mecanismos de prevenção da disseminação que melhor explicam a mudança na tendência das DST curáveis descritos por Anderson:² redução da transmissão mediante o uso de barreiras (preservativos) e redução da duração do período de transmissibilidade devido a diagnóstico precoce e tratamento oportuno e eficaz dos casos de DST (abordagem sindrômica) e seus contatos.

A reprodução da experiência em outros contextos socio-políticos e culturais deve ser encarada com cuidado. A iniciativa de lideranças moralmente mais conservadoras (que foi pequena em Manacapuru) deve ser considerada, e o diálogo com a comunidade local pode indicar outros caminhos. Nem sempre será fácil conseguir a não-partidarização de projetos como esse. A aceitação da organização e mobilização de homens que fazem sexo com homens, travestis, mulheres trabalhadoras do sexo e escolares na mesma sede, por exemplo, é um indicador da mentalidade local de difícil generalização em outras regiões do País. A organização de ambulatório específico para as trabalhadoras do sexo pode ser controversa e reconhece-se que em outros contextos a abordagem se restrinja ao atendimento, no ambulatório integrado à atenção básica.

Sustentar o compromisso político entre governos com a garantia de recursos materiais e pessoal capacitado e motivado para cuidado adequado das DST/Aids no âmbito do SUS constitui outro desafio. Contudo, normas dialogicamente negociadas e compromisso político

que definam para os profissionais de saúde nova missão institucional, aumentam a motivação dos profissionais para o trabalho.⁶

Sem a realização de campanhas específicas de venda de preservativos em estabelecimentos comerciais, obteve-se incremento da demanda de preservativos nesses locais. Isso sugere maior consumo pela população em geral, que pode ser atribuída à distribuição nos “pontos de prostituição”, acompanhada das ações educativas que atingiram um grande número de clientes e frequentadores dos bares, a principal “população-ponte” com a população em geral. Resultados similares foram encontrados na Tailândia, onde a redução da prevalência de DST/HIV na população em geral foi atribuída ao incremento do uso de preservativos nos pontos de prostituição.¹

Os resultados positivos dos indicadores quantitativos tradicionalmente empregados na avaliação de atitudes e comportamento sexual no campo das DST/HIV, assim como aqueles que medem a qualidade do cuidado indicaram mudanças favoráveis no quadro epidemiológico das DST e contribuíram para a ampliação do apoio, sustentando novas ações em nível local. Por outro lado, avaliação recente dos programas de prevenção indicou que tal estabilidade de equipes de prevenção é rara, porém necessária no país.¹⁶

Embora se tenha avançado na articulação inter-setorial com as secretarias da educação, não se conseguiu avançar igualmente com a polícia ou com os conselhos tutelares. A violência nas áreas de prostituição ou a falta de proteção e discriminação pela polícia das mulheres trabalhadoras do sexo e seus familiares suspendiam por algum tempo as atividades do projeto. A tentativa dos políticos ganharem votos dentro da sede, ou de usar as multiplicadoras como auxiliares para identificar eleitores foi um permanente problema.

Em conclusão, o presente estudo reforçou a necessidade de levar em conta que, em avaliações de intervenções de base comunitária que almejam mudar o ambiente ou o comportamento das pessoas onde estimativas de impacto são frequentemente insuficientes, informações sobre o processo de desenho, planejamento e implementação têm implicações para sua avaliação.^{12,14} A experiência de Manacapuru, embora difícil de generalizar para qualquer contexto, fortalece a noção de que o controle efetivo das DST/Aids depende de uma abordagem sinérgica que combine intervenções biomédicas e políticas.^{3,12-17} A utilização de estratégias construtivistas e emancipadoras de intervenção psicossocial^{3,8,14,15} pode contribuir para a transformação de trajetórias individuais que renovam contextos intersubjetivos, com repercussões na cultura local e nos hábitos da população. No plano político, o processo de intervenção de base comunitária co-produzido e validado a cada passo pelos principais atores-lideranças dessa mudança (funcionários públicos municipais de vários setores, multiplicadores dos diversos projetos de educação por pares construídos ao longo do tempo) garante, não apenas resultados visíveis no plano individual (biológico e comportamental), como no plano sociopolítico e programático que permitem atuar sobre a vulnerabilidade às DST/Aids e para garantir o gozo pleno dos direitos humanos – em particular do direitos à saúde. A articulação dos três planos pode explicar a sustentabilidade, que repercute em todos os outros resultados.

AGRADECIMENTOS

Aos técnicos da Fundação Alfredo da Matta e aos colegas da Secretaria de Saúde Municipal de Manacapuru cujo apoio tornou possível a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ainsworth M, Beyrer C, Soucat A. Aids and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand. *Health Policy*. 2003;64(1):13-37.
2. Anderson RM, Ng TW, Boily MC, May RM. The influence of different sexual contact patterns between age classes on the predicted demographic impact of AIDS in developing countries. *Ann NY Acad Sci*. 1989;569:240-74.
3. Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czaresnia E, Freitas CM, organizadores. Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.p.117-39.
4. Benzaken AS, Galbán EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no município de Manacapuru – interior do Estado do Amazonas, Brasil. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*. 2002;14(4):9-12.
5. Benzaken AS, Galbán E, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de risco de DST e mudanças no comportamento sexual das trabalhadoras do sexo do município de Manacapuru, interior do Amazonas, Brasil. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*. 2003;15(2):9-14.
6. Costa-e-Silva V, Rivera FJ, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1405-1414.
7. Figueiredo R, Ayres JRC. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Supl):96-107.
8. Freire, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
9. Galbán EG, Benzaken AS, Pedrosa VL, Sardinha JCG, Loblein O. El control de las ITS em um Município del interior de Amazonas: Experiência de Manacapuru. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*. 2002;14(2):22-8.
10. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet*. 1998;351(Supl 3):2-4.
11. Grosskurt H, Mosha F, Tood J, Senkoro K, Newell J, Klokke A, et al. A community trial of the impact of improved sexually transmitted disease treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania: 2 Baseline survey results. *AIDS*. 1995;9(8):927-34.
12. Kirkwood BR, Cousens SN, Victora CG, Zoyza I. Issues in the design and interpretation of studies to evaluate the impact of community-based interventions. *Trop Med Int Health*. 1997;2(11):1022-9.
13. Mann J, Tarantola DJ. Aids in the world II. New York: Oxford University Press; 1996.
14. Paiva V. Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex educ*. 2005;5(4):345-59.
15. Paiva V. Beyond magic solutions: prevention of HIV and AIDS as a process of Psychosocial Emancipation. *Divulg Saude Debate*. 2001;27:192-203.
16. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40 (Supl):109-19.
17. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS*. 2000;14 (Supl 1):22-32.
18. Wallace R. A synergism of plagues: "Planned shrinkage", contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environ Res*.1988;47(1):1-33.