

INTRODUÇÃO DE PROGRAMA EDUCATIVO EM DST NA COMUNIDADE DA FAVELA DO MOINHO DE SÃO PAULO – SP, BRASIL

*INSTALATION OF A STD EDUCATION PROGRAM FOR THE COMMUNITY OF MOINHO SLUM
OF SÃO PAULO – SP, BRAZIL*

Leila Strazza¹, Tânia MQR Boccia², Heráclito B Carvalho³

RESUMO

Introdução: com este trabalho, buscamos soluções desejáveis na luta contra DST. **Objetivo:** identificar os comportamentos sexuais de risco e atuar na sua prevenção. **Métodos:** no final de 2003 e no primeiro semestre de 2004 foi realizado um programa educativo com mulheres desprotegidas da comunidade da favela do Moinho, neste programa foi aplicado um questionário face a face, dois grupos focais e três oficinas de sexo seguro foram conduzidas por duas psicólogas. **Resultados:** participaram do programa 29 mulheres com idades entre 20 e 54 anos, todas com filhos, sendo 72,4% com mais de cinco; 86,2% eram solteiras, 72,4% com Ensino Fundamental incompleto; 21,7 analfabetas; 55,2% são catadoras de papel e reciclam material; 65,5% referiram sífilis; e 34,5% não sabem o nome da doença que tiveram. A falta de confiança no parceiro sexual fica evidente no desenho “a cara da aids”, no qual nove mulheres alegaram ser o pênis de seus companheiros. **Conclusão:** estas mulheres vivem em extrema pobreza numa metrópole como São Paulo e não percebem o risco na transmissão de DST.

Palavras-chave: DST, mulheres desprotegidas, favela, grupo focal, oficinas de sexo seguro, programa educacional.

ABSTRACT

Introduction: This paper aims at the search for a desirable solution against STD. **Objective:** identifying sexual risky behaviors and working for its prevention. **Methods:** at the end of 2003 and the first semester of 2004 a preventive program with poor women from Moinho slum community was carried out. A face to face questionnaire was applied. Two focal groups and three workshops were conducted by two psychologists. **Results:** the sample participants aged between 20 and 54 years old; all of them had children, 72.4% had more than five kids; 86.2% were single; 72.4% consisted of 29 elementary school, 21.7 were illiterate; 55.2 % collect garbage and recycle it, 65.5% had syphilis, 34.5% did not know the name of the disease they had. Lack of confidence in their sexual partners is demonstrated in the drawing call “the face of aids”, in which nine women said it was their partner’s penis. **Conclusion:** these women who live in extreme poverty in a very large city like São Paulo do not realize the not risk of DST transmission.

Key words: STD, disadvantaged women, slum, focal group, workshop, educational program.

INTRODUÇÃO

No decurso da história, sabe-se¹ que a humanidade conheceu a sífilis, que revelou muito das atitudes e sexualidades das pessoas², porém, mesmo conhecedores desta doença infecciosa, passível de tratamento, ela é ainda considerada um verdadeiro problema de saúde pública³.

Diante da afirmativa acima e da necessidade de soluções desejáveis, muitas atividades de controle da infecção isoladas são observadas além, é claro, das preconizadas por ligas e programas institucionais e governamentais.

Assim sendo, em 2003, fomos convidados a estabelecer um programa preventivo para reduzir os riscos de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) na comunidade da favela do Moinho, entre mulheres desprotegidas, que moravam ao redor da Igreja de Santo Eduardo, na época do projeto. Este programa envolveu mulheres pobres que freqüentavam e recebiam mensalmente uma cesta básica desta paróquia. As atividades da Igreja, como em outras instituições religiosas, transcendem as relacionadas com a fé, exclusivamente. A Igreja não deve ser vista como uma realidade que seja estranha na vida das pessoas e do mundo, pois tudo o que diz respeito à pessoa humana,

diz respeito à Igreja. Ela não aceita o preconceito, a discriminação e luta pela fraternidade entre os povos e pelo fim da sociedade de opressores e oprimidos, buscando sempre uma vida plena para todos⁴.

Ao abrir-se para as realidades do mundo, ela é capaz de entender que a história “profana” dos homens traz algo de bom, ou seja, a oportunidade de salvação da humanidade, pois a Igreja é um lugar de renovação da pessoa humana que, ao “derrubar” as paredes que a isolam do mundo, torna-se capaz de aproximar-se do homem moderno, que é percebido em sua individualidade com carências afetivas e espirituais, assaltado por angústias e alegrias. Segundo Batista⁴:

“São João e Maria que trabalham para sustentar seus filhos. Enfim, são o homem e a mulher do dia-a-dia e não uma simples idéia escrita nos códigos civis ou eclesiásticos.”

Separar a Igreja das vicissitudes do tempo é desviá-la de sua real missão⁴. Além dos riscos de transmissão de DST, entendeu-se que a dignidade pessoal de cada ser humano exige aproximação e ajuda, para que possa crescer na sua maturidade efetiva. A ajuda mediante a educação leva a pessoa a reencontrar com clareza e alegria o valor espiritual do amor como sentido da existência. Desta forma, o ajuda-o a encontrar a força necessária para superar os comportamentos de risco⁵. É exatamente neste horizonte da promoção da vida para todos que a igreja, deste artigo, engajou-se na luta contra as DST com uma nova compreensão que tornou possível uma parceria desejada entre sociedade civil e Igreja⁴.

¹Pesquisadora Doutora da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

²Psicóloga da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

³Professor Doutor, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

Foi criado, então, um tipo de relacionamento no qual se priorizou a verdadeira luta pela vida, com estas mulheres unindo forças para construir um mundo novo baseado na verdadeira fraternidade.

OBJETIVO

Identificar comportamentos sexuais de risco nas mulheres da comunidade da favela do Moinho em São Paulo capital, que freqüentavam e moravam ao redor da Paróquia de Santo Eduardo.

Esclarecer e acrescentar a essas mulheres conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis em um programa de prevenção de DST capaz de levar à maturidade responsável.

MÉTODOS

No final de 2003 e no primeiro semestre de 2004 foi realizado um programa educativo na comunidade da favela do Moinho, com mulheres que freqüentavam e moravam ao redor da Igreja de Santo Eduardo, convidadas pelo pároco e motivadas pelo recebimento mensal de uma cesta básica. Primeiramente foi aplicado um questionário, face a face, e posteriormente dois grupos focais e três oficinas de sexo seguro foram conduzidas por duas psicólogas – autoras deste artigo.

O trabalho foi desenvolvido em duas fases:

1ª fase: dois grupos focais: agosto a novembro de 2003.

Aplicação do questionário, por meio da estratégia face a face⁶; 1º grupo focal: identificação oral do conhecimento sobre DST e aula com figuras ilustrativas sobre este assunto; 2º grupo focal: com apresentação do filme “Depoimentos de Mulheres – DST/AIDS”

No mês de dezembro a equipe ofereceu uma festa de Natal, na qual participaram todos os freqüentadores desta igreja, independentes de fazer parte ou não do projeto.

Na segunda fase não foram excluídas novas participações, e ela foi realizada com as mesmas mulheres da fase anterior.

2ª fase: três oficinas de sexo seguro: fevereiro a maio de 2004.

1ª oficina de sexo seguro: desenho “a cara da aids”; 2ª oficina de sexo seguro: explicação do aparelho reprodutor feminino utilizando o modelo pélvico de acrílico da Semina; 3ª oficina de sexo seguro: apresentação do filme “Sexo e Maçanetas” e avaliação oral do que representou este programa para cada uma.

Após todos os grupos focais e oficinas de sexo seguro foram realizadas discussões em grupo com a demonstração do uso correto da camisinha, com duas horas cada.

Os dados obtidos foram armazenados eletronicamente utilizando-se o programa Microsoft Excel para Windows (Office 2000) e a análise foi feita por meio do programa Epi-Info, versão 6.04.

RESULTADOS

Na primeira fase tivemos inicialmente a aplicação do questionário, com a participação das 29 mulheres, em que obtivemos: A idade das participantes estava entre 20 e 54 anos, todas com filhos, sendo que 72,41% com mais de cinco; 86,20% são solteiras, 72,41% têm ensino fundamental incompleto; 55,2 % trabalham na rua pegando papel e reciclando material (**Tabela 1**). Todas referiram serem heterossexuais.

A **Tabela 2** mostra que 69,0% (20) destas mulheres não usam métodos para não engravidar e 96,6% (28) assumiram não saber se o

parceiro sexual tinha outra mulher, mostra também, quanto às DST, os resultados obtidos dos questionários. Este grupo referiu que 89,7% (26) não usam drogas e 100% (29) não usam drogas injetáveis.

Primeiro grupo focal: Apresentaremos um recorte de uma das frases na identificação oral do conhecimento sobre DST: “A gente precisa saber direito sobre estas doenças”

No segundo grupo focal: foi feita uma apresentação do filme “Depoimentos de Mulheres – DST/AIDS”. Segue um recorte de uma das frases da discussão em grupo:

“Logo no começo ele me enganava. Ele falava dormindo, meu nome é Rosa, e dormindo falou o nome de Cida. Eu tinha muito medo dele, no começo ele me batia...”

Segunda Fase

1ª oficina de sexo seguro:

“A cara da aids”: entre os desenhos de homens, mulheres e crianças, nove entre eles foram de um pênis. Recorte de uma das frases da discussão em grupo referindo-se ao pênis:

“Só pode ser do meu marido, né...risos?”

2ª oficina de sexo seguro:

Explicação do aparelho reprodutor feminino através do Modelo pélvico de acrílico da Semina. Recorte de uma das frases após a explicação:

“...serve pra ter filho e depois o homem enche a gente de doença...risos”

Tabela 1. Características das mulheres da comunidade da favela do Moinho (n = 29) que freqüentavam e moravam ao redor da Igreja de Santo Eduardo, SP, nos anos de 2003 e 2004.

Variáveis	Freqüência	(n)
Faixa de idade		
20-30	31,0%	9
31-40	48,3%	14
> 40	20,7%	6
Escolaridade		
Analfabetas	20,7%	6
Ensino fundamental – incompleto	72,4%	21
Ensino médio – incompleto	6,9%	2
Estado civil		
Solteira	48,3%	14
Amigada, amasiada	38,0%	11
Casada (no papel)	13,5%	3
Viúva	0,3%	1
Filhos		
1 ou 2	17,2%	5
3 ou 4	10,3%	3
> 5	72,4%	21
Ocupação		
Carroceira	55,2%	16
Desempregada	6,9%	2
Estudante	6,9%	2
Dona-de-casa	31,0%	9

Tabela 2. Comportamento sexual e conhecimento de DST, segundo relato das mulheres da comunidade da favela do Moinho (n = 29), que freqüentavam e moravam ao redor da Igreja de Santo Eduardo, SP, nos anos de 2003 e 2004.

Variáveis	Frequência (n)	
Você usa métodos para evitar a gravidez?		
Sim	31,0%	9
Não	69,0%	20
Cite os métodos que você usa para evitar a gravidez:		
Camisinha	13,8%	4
Pílula anticoncepcional	34,5%	10
Laqueadura	51,7%	15
O seu parceiro sexual tem outra mulher?		
Sim	3,4%	1
Não sei	96,6%	28
Você já teve alguma DST?		
Sim	20,7%	6
Não	69,0%	20
NR	10,3%	3
Quais (DST)?		
Sífilis	3,5%	1
Corrimento	7,0%	2
NR	89,5%	26

NR = não respondeu

3ª oficina de sexo seguro:

Apresentação do filme “Sexo e Maçanetas” e avaliação oral do programa:

Recorte de uma das frases da discussão em grupo sobre o filme:

“Eu tenho medo destas doenças...falo pro meu marido usar camisinha... ele diz que não usa... eu não confio mesmo... então, eu digo que em casa não tem nada pra ele... ele diz que vai procurar na rua, eu respondo que pode ir, sou bem franca.”

Recorte de uma das frases da avaliação oral: “Foi a primeira vez na minha vida que alguém me ouviu...”

DISCUSSÃO

No primeiro encontro foi aplicado o questionário, pois não se tinha conhecimento se todas as mulheres eram alfabetizadas e como identificar seus principais problemas. O questionário além de ser um bom instrumento de coleta de informações, atua na intervenção e ajuda a sensibilizar e iniciar a discussão no grupo, levando cada pessoa à reflexão sobre o que fez e faz⁷.

No segundo encontro iniciaram-se os grupos focais que, segundo Rubin⁸, apóiam-se em entrevistas qualitativas, cuja proposta é obter detalhes profundos de cada participante. Nesses grupos é importante que as pessoas falem umas com as outras, fornecendo nuances dos problemas que estão sendo abordados

pelos mais diferentes pontos de vista. Isto, além de construir um conhecimento de forma coletiva, também ajuda a construir um bom relacionamento interno do grupo.

Assim foi explorado, neste grupo, principalmente comportamento, hábitos, crenças, percepções pessoais e ficou evidenciada a falta de conhecimento destas mulheres sobre as doenças infecciosas.

Sabe-se que existem condições que levam as mulheres a aproximarem-se de áreas de alto risco, como a pobreza, baixa escolaridade e viverem – ou sobreviverem – com a falta de política social abrangente, precariedade no acesso ao sistema de saúde e social, crise urbana e desemprego^{9,10}. Albertyn¹¹ explica o fato de estas mulheres viverem tão próximas de áreas de risco e alegarem o desconhecimento da existência de outra parceira de seus companheiros sexuais. Estas mulheres tinham nestes homens a fonte de sobrevivência sua e de seus filhos, o que tornava a sua dominação inquestionável e esclarecia a falta de métodos contraceptivos que as conduziam ao alto número de filhos. Villela¹² informou que quando foram analisados os casos de aids em mulheres no Brasil a partir de 1985, verificou-se uma disseminação maior do HIV na população feminina entre as classes de menor poder aquisitivo, com primeiro grau incompleto ou analfabeta, e conseqüentemente com menor acesso às informações e serviços; em 1986 representavam 31% dos casos e em 1992, 67%.

Todavia, estávamos em 2003/2004 e o Boletim Epidemiológico da AIDS¹³ apresentava o percentual com conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV, ou seja, saber que a transmissão ocorria pelo não uso de preservativo, e a faixa etária no Brasil era: 96,4% de pessoas entre 15 e 24 anos; 96,3% entre 25 e 39 anos; 94,7% entre 40 e 54 anos. Entre estas pessoas, 89,5% eram ativas sexualmente e 86,7%, do sexo feminino.

Portanto, tornou-se urgente esclarecer e acrescentar conhecimentos de DST/HIV/aids a esta população, independente de se saber que em pleno século XXI, já se havia vivenciado, pelo menos, três décadas de aids com inúmeras campanhas e programas educativos sobre a transmissão do HIV.

Este era, realmente, um grupo de pessoas desinformadas e que necessitava de educação sexual. Urge esclarecer que os tópicos encontrados nos grupos focais foram discutidos nas oficinas de sexo seguro, que foram inspiradas na “pedagogia do oprimido”, de Paulo Freire¹⁴, que tem proposta de educação dialógica e reconhece, neste tipo de educação, uma prática da liberdade que, embora tenha sido iniciada nos anos 1960, até hoje é vista como auxiliar dos movimentos sociais contra a pobreza e outras formas de exclusão social^{1,7}. Foi exatamente nestas oficinas de sexo seguro, que estas mulheres se sentiram mais próximas umas das outras e também das psicólogas que dirigiam os grupos. Ficou mais bem evidenciada a aproximação destas mulheres às DST. Isso foi caracterizado na primeira oficina de sexo seguro^{1,7} da segunda fase, quando foi solicitado a elas que desenhassem “a cara da aids” que, inicialmente, causou constrangimento, risos, mas ao serem expostos os desenhos com a explicação dada por elas sobre os mesmos foi grande a surpresa causada a elas pela quantidade de pênis desenhados por elas e, assim também, a explicação sobre os mesmos, que assumiam ser de seus companheiros.

No terceiro grupo focal foi passado um filme educacional para facilitar ainda mais a discussão em grupo sobre os principais tópi-

cos dos problemas já dectados⁸, sendo que, novamente, durante a reunião, ficou ainda acentuado o desconhecimento às DST com a fala tímida de todas estas mulheres que, envergonhadas, aos poucos, afirmavam já ter tido contato sexual com sífilis pelo menos uma vez e, também, da violência doméstica que eram obrigadas a enfrentar. Esta violência que a mulher está exposta pode ser traduzida na complexidade do relacionamento a dois, que a torna vulnerável às DST sem ao menos ela ter um real conhecimento, ou seja, uma violência doméstica que se traduz na prática (consentida?) do sexo não-seguro. Ruiz¹⁵ afirma que: “A violência sexual ... este evento é acrescido pela presença de mitos de uma sociedade prevalentemente machista, com outros aspectos como uma educação sexual deficiente e a deterioração dos valores humanos” (p. 173).

Perruci¹⁶ diz que a violência “é um produto, antes de tudo, da dominação que sobre ela exerce o homem ... existe, em maior ou menor escala, em todas as partes do mundo, mesmo nos países onde se prega uma filosofia social de absoluta igualdade sexual na repartição das tarefas sociais” (p. 55). E Santos¹⁷ afirma que, em países onde impera a ideologia machista, como no Brasil, existe uma desigualdade quanto à questão da mulher que é colocada, em geral, como submissa, passiva e desrespeitada.

Na segunda oficina, entre o silêncio inicial, a mágoa e a dor de nunca se terem expressado aos seus companheiros, acabaram por dizer que seus corpos pareciam ter sido feitos para a reprodução da espécie ou para serem violentados pelo sexo masculino.

Segundo Guimarães¹⁸, essa cultura feminina vem do desconhecimento e do ocultamento das suas especificidades físicas, biológicas e emocionais, nos quais os preconceitos, tabus da sexualidade feminina, acabam adquirindo verdadeiras estratégias de silêncio.

Ainda nesta oficina, durante a avaliação oral do trabalho, foi possível perceber a alegria destas mulheres, por terem participado, esclarecido dúvidas, mas principalmente, por terem sido ouvidas.

No final de todas as oficinas de sexo seguro foi ensinado o uso correto da camisinha masculina, baseado nas técnicas de aprendizagem de Skinner¹⁹, que afirma a importância da repetição num programa educativo. Porém, queremos lembrar que esta demonstração do uso da camisinha, além de ser educativa, acabou causando descontração no final de cada dia de reflexão, contribuindo para melhorar a integração do grupo.

Lembramos também que estas mulheres participaram livremente, contando e trocando experiências inicialmente com dificuldade, mas demonstrando vontade de esclarecer dúvidas que pareciam estar com elas há tempo.

Queremos finalizar dizendo que estratégias de prevenção às DST têm sido desenvolvidas com os mais diversos grupos, porém queremos enfatizar as palavras de João Paulo II⁵:

“A história da ação pastoral sanitária da Igreja está cheia de figuras exemplares de sacerdotes, de religiosos e de religiosas que, na assistência aos que sofrem, exaltaram a doutrina e a realidade do amor (pág. 210)”. Acreditamos que o ser humano ao viver de modo sereno e sério a própria sexualidade esteja também se preparando para um amor responsável e fiel que, ainda segundo João Paulo II⁵: “...são aspectos essenciais deste caminho para a plena maturidade pessoal (pág. 208)”.

E de acordo com Nweneka²⁰, evidências sugerem que a igreja, mesmo tendo poucos estudos que documentem a prática sexual, poderia ser uma força social, particularmente nos esforços para combater o HIV/aids.

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que estas mulheres não percebem o risco que as cercam e conseqüentemente o risco aumentado da possibilidade de infectarem-se por alguma DST. Este é um grupo vulnerável que necessita não apenas clarear, como também adquirir conhecimentos sobre estas doenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strazza L, Carvalho H, Azevedo SR, Massad E. Estudo da Vulnerabilidade à infecção DST/AIDS em detentas de uma Penitenciária Feminina de São Paulo-SP, Brasil, avaliada pela técnica sorológica, DST- J bras Doenças Sex Transm 2003; 15 (4): 27-32.
2. Freyre G. Casa Grande e Senzala. 21ª. Ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1933.
3. Temporão JG. Boletim Especial-Elimina Sífilis, A sífilis congênita e o paradigma da luta do bem contra o mal. Disponível em: www.eliminasifilis.org. Acessado em 19/03/2006.
4. Batista TPE, Viana CW, Araújo MR, Nogueira SA. Igreja, Sociedade Civil e AIDS. RASPP - Rev Assoc Saúde Pública Piauí 1999; 2(1): 87-95.
5. João Paulo II: A Igreja Perante O Duplo Desafio da SIDA: Uma Prevenção Digna da Pessoa Humana e Uma Assistência Plenamente Solidária. Revista Servir 1989; 3: 207-210.
6. Catania JA, Kegeles SM, Coates TK. Towards an Understanding of Risk Behaviour: an AIDS Risk Reduction Model. Health Education Q 1990; 17(1): 53-72.
7. Strazza L. Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT (tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2003.
8. Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative interview: the art of hearing data. Sage: Thousand Oaks; 1995
9. Strazza L, Azevedo RS, Boccia TMQR, Carvalho HB. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição – menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, Brasil. J bras Doenças Sex Transm 2005; 17(2): 138-142.
10. Zierler S & kriegler N. Reframing Women's Risk Social Inequalities and HIV Infection. Annual Review Public Health 1997; 18: 401-4.
11. Albertyn C. Using Rights and the Law to Reduce Women's Vulnerability to HIV/AIDS. International AIDS Conference, Durban; 2000. p115
12. Villela WV & Barbosa RM. A trajetória Feminina da AIDS in Parker, R. e Galvão J.: Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil (História Social da AIDS; n. 7) Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA, IMS/UERJ; 1996.
13. Boletim Epidemiológico AIDS, ano I nº 01-01ª à 26ª semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2004-ISSN 1517 1159.
14. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
15. Ruiz DEH, Lopez EH, Reyes FQ, Cuellar GGT. La enfermera y la atención en crisis a la victima del abuso sexual. In Santos MFF. Violencia. Ed. Bogotá, Bogotá; 1989.
16. Perruci MF. A Violência e Mulher. Symposium R Unicap 1987; 29(2): 55-60.
17. Santos MFF. Violência sexual contra a mulher cometida por agressor desconhecido da vítima. Editora Alínea: Campinas; 1997.
18. Guimarães K. Nas raízes do Silêncio: A Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV/AIDS In Parker R & Galvão J. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil - História Social da AIDS. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ; 1996. p 142-168
19. Skinner BF. Tecnologia do Ensino. 2ª. Ed. São Paulo: EPU e EDUSP; 1972.
20. Nweneka CV. Sexual practices of church youths in the era of HIV/AIDS: playing the ostrich, AIDS Care 2007; 19(8): 966-969.

Endereço para correspondência:

LEILA STRAZZA

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Instituto Oscar Freire

Rua Teodoro Sampaio, 115

Disciplina de Informática Médica / LIM 01 – 2º andar

São Paulo – SP. CEP 05405-000.

Telefone: +55 (11) 3061-7682

E-mail: strazza@usp.br

Recebido em: 17/06/2007

Aprovado em: 24/08/2007