

Pedro Santo Rossi

**Profissionais da Saúde & Profissionais do Sexo:
O que um fala, o outro entende?**

Trabalho de conclusão de curso,
como requisito parcial para o título de especialista em
Sexualidade Humana – Educação Sexual
Faculdade de Educação da Unicamp/ Extecamp
Profa. Dra. M. Virgínia F. Grassi
Orientadora: Profa. Sheyla P. da Silva

**Campinas
2002**

Pedro Santo Rossi

**Profissionais da Saúde & Profissionais do Sexo:
O que um fala, o outro entende?**

Trabalho de conclusão de curso,
como requisito parcial para o título de especialista em
Sexualidade Humana – Educação Sexual
Faculdade de Educação da Unicamp/ Extecamp
Profa. Dra. M. Virgínia F. Grassi
Orientadora: Profa. Sheyla P. da Silva

Avaliação 1: _____

Avaliação 2: _____

Avaliação 3: _____

Campinas
2002

Resumo

Esta pesquisa insere-se no eixo temático Educação e Cidadania, na Linha de Pesquisa Sexualidade Humana. Neste sentido, investiga, sob um enfoque fenomenológico, a eficácia da comunicação sobre prevenção em DST junto às “garotas de programa”, a partir da análise de “recall” (das campanhas do governo) e da representatividade daquelas mensagens nas ações daquele público específico quanto a atitudes que diminuam os riscos da insalubridade no trabalho.

Estuda a comunicação a partir da síntese da professora Lucia Santaella, a fenomenologia a partir da professora Yolanda Forghieri e a saúde a partir das publicações do Ministério da Saúde. No campo, provoca a comunidade pesquisada na busca de significados sobre a saúde e, por consequência, a própria vida.

O trabalho, em síntese, é uma reflexão de como a prevenção das DST na atividade sexual ocorre ainda e principalmente com o advento da Aids, não só nesse meio de “profissionais do sexo”, como em toda a população independentemente à atividade profissional.

Lista de símbolos, unidades, abreviaturas, etc.

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (SIDA - síndrome da imunodeficiência humana).

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico.

CRT – Centro de Referência e Treinamento.

CTA – Centro de Testagem Anônima (nova denominação para o COAS).

CN – Coordenação Nacional.

DIR – Diretoria Regional de Saúde.

DST – Doença(s) sexualmente transmissível.

Garota – termo utilizado neste trabalho em substituição a ‘profissionais do sexo’.

HIV - Human Immuno Deficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana, o vírus da AIDS).

HPV – Papilomavirus humano (verruga genital, condiloma acuminado, crista de galo).

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana (versão em português do termo AIDS).

S⁺ - soropositivo: termo usado para denominar a pessoa que, feito o exame sorológico para HIV, foi constatada a existência do vírus – resultado positivo. Não representa, necessariamente, um caso de AIDS.

SUS – Sistema Único de Saúde.

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

[...*texto*...] – Dentro do trabalho, colocamos entre colchetes [...] a fala, das “garotas de programa”, recolhida nos encontros. Procuramos transcrever da forma mais original possível, mesmo com algumas palavras incorretas (notadamente a concordância verbal) ou chulas. Permitimo-nos essa licença da academia, pois de outra forma ficaria muito artificial.

Lista de ilustrações

Figura 1 - O Bráulio	29
Figura 2 - Carnaval do Peru.....	29
Figura 3 - Sem camisinha não dá.....	29
Figura 4 - Com camisinha você se dá melhor ainda.....	29
Figura 5 - Você tem profissão	29
Figura 6 - Profissionais do sexo	29
Figura 7 - Respeito é bom, eu gosto e custa pouco	29

Obs: As figuras foram colocadas todas numa só página, apenas por imperativo gráfico.

Sumário

I.	Introdução	1
A.	<i>Antecedentes pessoais</i>	1
B.	<i>Contexto pessoal no trabalho.....</i>	1
C.	<i>Contexto pessoal no estudo.....</i>	2
D.	<i>Contexto do serviço oferecido.....</i>	2
E.	<i>Contexto da atividade fonte da pesquisa</i>	3
II.	Relevância da pesquisa.....	4
III.	Objetivos	5
IV.	Recortes teóricos	6
A.	<i>O método fenomenológico</i>	6
B.	<i>A comunicação.....</i>	7
C.	<i>A saúde</i>	10
V.	Trabalho de campo.....	13
A.	<i>Local da pesquisa</i>	13
B.	<i>Objeto da pesquisa</i>	13
1.	Momento da pesquisa.....	14
2.	Procedimentos	14
a)	O contrato	14
b)	Os primeiros encontros	14
c)	As trocas de favores	15
d)	A integração.....	15
e)	Os limites	16
3.	Campanhas na mídia.....	17
a)	Enfoques das campanhas	17
b)	Bráulio (1994)	19
c)	Carnaval do Peru (1997)	19
d)	Sem camisinha não dá (2002) - Brasil	19
e)	Se deu bem? Com camisinha você se dá melhor ainda (2002) – São Paulo.....	20
f)	Campanha “Maria sem Vergonha – você tem profissão”	20
C.	<i>Diário de campo</i>	21
1.	Programa realizado.....	21
2.	A fala das garotas	21
D.	<i>Considerações finais.....</i>	23
1.	Quanto ao método fenomenológico.....	23
2.	Quanto à comunicação	25
3.	Quanto à saúde.....	25
4.	Quanto ao trabalho de pesquisa.....	26
VI.	Conclusão	28
VII.	Anexos.....	29
A.	<i>Figuras.....</i>	29
VIII.	Referências bibliográficas.....	30
IX.	Glossário	31

I. Introdução

Conforme Maciel (*in* BRUNS, 2001), um dos maiores problemas de toda a história intelectual do Ocidente científico é justamente o de querer substituir a experiência pelo discurso sobre ela e que, mesmo a experiência de viver vem sendo substituída cada vez mais por tentativas veladas de falar-se sobre a vida, sem levar a sério a experiência real da vivência dessas experiências como realidade humana, específica, palpável. Um trabalho como este não daria para ser um relato sobre a situação “do outro”, especificamente aqui, as “garotas de programa” e suas relações com a insalubridade profissional, mas necessariamente envolve uma série de fatores contextuais do pesquisador enquanto estudante, enquanto profissional, enquanto cidadão.

A. Antecedentes pessoais

Durante 30 anos, antes da atividade clínica em serviço público, trabalhei na empresa privada em área de marketing, ora como executivo de vendas e/ou administração, ora como consultor de recursos humanos em desenvolvimento de pessoal nas áreas de marketing e de administração. Fica difícil se livrar de alguns conceitos tais como “*o cliente sempre tem razão*”, “*nosso negócio é prestação de serviço*”, “*falar a linguagem do cliente*”, “*a satisfação do cliente é o nosso objetivo*” e assim por diante. De início, no serviço de prevenção, imaginava ter que descartar todos esses enfoques, afinal seria uma atividade clínica num serviço público. No entanto, não posso deixar de ver que uma das maiores dificuldades do serviço público é exatamente essa falta de familiaridade dos servidores com os conceitos de “*prestação de serviço*”, “*satisfação do cliente*” e primordialmente “*falar a língua do cliente*”. Embora isso conste já em muitos documentos políticos e até administrativos, ainda não está incorporado à prática diária.

B. Contexto pessoal no trabalho

Na atividade profissional, como psicólogo no COAS, trabalho com a demanda espontânea da população que procura o serviço para informações e/ou teste sorológico para detecção da existência ou não da contaminação pelo vírus HIV. Uma pequena parte dessa população que nos procura é de mulheres que se denominam “garotas de programa”. Ocorreu-me que podemos estar falhando, de alguma forma, na conquista desse contingente específico, onde a insalubridade profissional poderia ser alta embora não encontremos pesquisas com dados absolutos. No momento em que o mundo todo fala da necessidade de prevenção e que a epidemia de AIDS se alastra entre as mulheres, apesar de toda divulgação pela mídia, a pergunta é: como estaria o real conhecimento de prevenção entre as ‘garotas de programa’ e porque tão pequena frequência ao serviço público.

C. Contexto pessoal no estudo

No curso de especialização em Sexualidade Humana – Educação Sexual, meu enfoque particular esteve na busca de uma didática possível para a melhoria das condições de saúde da população que atendemos, apesar do HIV e outras DST. Para tanto, optei por um olhar mais amplo que a costumeira prática médica carteziana que trata da doença, independentemente à pessoa doente. Ao contrário, procurei olhar as possibilidades de saúde do cidadão - “*Fazer do cidadão o agente da sua própria saúde*”; considerando o indivíduo holisticamente, corpo e alma, físico e mental, biológico e cultural; além disso, ecologicamente, o indivíduo inserido num ambiente. Colocando-me como educador, chamo para mim a responsabilidade da eficiência na comunicação, onde cada acesso que tenho às informações científicas deve ser transformado em linguagem apropriada para cada segmento de população que chega ao serviço. Esta é minha busca de uma comunicação eficaz e pontual.

D. Contexto do serviço oferecido

Originário de uma demanda reprimida por exame sorológico para detecção do HIV, o COAS foi instalado, pelo Ministério da Saúde, para atendimento primário e espontâneo, até com a possibilidade de anonimato. As pessoas podem procurar o serviço para um exame sem necessidade de qualquer encaminhamento, sem marcação de consulta, sem fila, e até, sem identificação. Por falta de costume, as pessoas nem acreditam que haja tal serviço público.

Aproveita-se o fluxo pela demanda do exame para uma atividade educativa sobre DST e sexualidade. Embora a denominação oficial do serviço seja “aconselhamento”, entendo que seja mais apropriado falar de “acolhimento”⁽¹⁾.

Por questões de limitação física e de pessoal, devido à anexação do serviço ambulatorial, a parte médica curativa, o atendimento preventivo se restringe a três dias por semana, o que, a rigor, não tem dificultado o atendimento da demanda existente; o que não quer dizer que a demanda não poderia ser bem maior, se houvesse maior divulgação do serviço. Atualmente se estuda a possibilidade de separação física e administrativa das atividades de prevenção e ambulatório médico. Sabe-se da necessidade de implementar a divulgação do serviço, pois numa população com cerca de 500.000 pessoas, na periferia da Grande São Paulo, é esperado, pelas estatísticas do Ministério da Saúde, a detecção de 2.500 (0,5%) pessoas contaminadas com o vírus HIV e, no entanto, nossos registros não chegam a 10% dessa estatística. Em dados publicados (DIR-IV, 1999), no período de maio/98 a outubro/99, foram realizados 368 exames, por demanda espontânea, que apresentaram 5,43% de positividade. Os estudos de 2000 e 2001, ainda não publicados,

¹ Rossi, P.S. *Aconselhamento ou acolhimento – um drama em dois ou três atos*.

com mais de mil coletas feitas, apontam resultados em torno de 5% de positividade quanto ao HIV na procura espontânea. Cabe lembrar que na “procura espontânea” a pessoa já vem com desconfiança de ter adquirido o vírus de alguma forma, ninguém procura testar o que sabe que não tem. Com isso a grande parte dessa maioria (95%) ainda solicita um segundo exame para confirmar o teste negativo, por ainda acreditar na possibilidade de já estar contaminado com o vírus. Da parte do serviço, a partir da análise do técnico de plantão quanto às características de vida da pessoa, da história de vida, são poucos os testes confirmatórios de negatividade, mas obrigatória nova coleta de amostra para teste confirmatório quando o resultado é positivo.

E. Contexto da atividade fonte da pesquisa

A prostituição existe com tantas caras, tantos modos, tanta diversidade, quanto diversas são as caras e os modos de qualquer população. Não quisemos, embora tenhamos pesquisado exaustivamente, entrar no mérito de qualquer juízo de valores a respeito, pois procuramos ver naquelas garotas apenas e tão somente as cidadãs que têm o direito de usufruir o serviço público como qualquer outro trabalhador. O Ministério da Saúde adota a classificação da atividade como “profissionais do sexo”, no entanto, elas preferem a denominação “garotas de programa”; para efeito deste trabalho adotamos, sempre que possível, a denominação simples de “garotas”. Procuramos delimitar nosso olhar, neste trabalho, ao aspecto da comunicação, a recepção e a decodificação da mensagem sobre os serviços de prevenção, na busca de uma linguagem eficaz. Todos os demais aspectos que envolvem tal atividade (prostituição), por mais presentes que se fizessem durante nossas conversas, procuramos relegar à classificação de “outro assunto, outro problema” (vide “Os limites”). Tais outros aspectos poderão ser referidos quando for exigido pelo contexto.

II. Relevância da pesquisa.

Gasta-se uma fortuna em campanhas de prevenção e se gasta muito mais com os procedimentos curativos porque a prevenção não funcionou. Vejamos alguns recortes de informações sobre custos de campanhas de prevenção e custos de tratamentos:

1. A campanha vai ao ar dia 12 de dezembro de 2001 e fica no rádio e na TV até o dia 22. Os spots têm a participação de Maria Paula e Bussunda, do programa "Casseta e Planeta", que vão conversar seriamente com a população sobre os sintomas das doenças e o uso do preservativo como forma de evitá-las. Esta será a campanha sobre DST mais abrangente já feita pelo Ministério da Saúde, com custo de R\$ 5 milhões. (www.aids.com.br)

2. O tratamento tardio das DST tem um alto custo para a saúde pública, pois muitas vezes são necessárias intervenções cirúrgicas e internações demoradas - o tratamento das DST no início da infecção fica em menos de 10 dólares, em estágio avançado pode sair por 5 mil dólares. Sem falar do risco de vida para homens e mulheres, e das complicações na gestação e no parto, podendo, em alguns casos, provocar a malformação do feto, abortos e nascimentos prematuros. (www.aids.com.br)

3. Ele observou que o Ministério da Saúde está aumentando cada vez mais os investimentos no combate à aids. "De 95 até hoje (2000), o investimento anual no programa de combate à aids passou de R\$ 21 milhões para R\$ 600 milhões", disse o ministro interino. (www.saude.gov.br)

4. No ano 2000, o custo anual de um paciente com Aids para o governo era de US\$ 4.700. Com o corte dos preços pelos laboratórios, temerosos de que o Brasil passasse a produzir os medicamentos, o custo por paciente foi para US\$ 2.500. (Folha de S.Paulo, 23/10/02, Editorial)

A pesquisa buscou entender a linguagem efetiva, eficiente, eficaz, para uma educação sanitária naquele meio. Um número só já poderia justificar a relevância da pesquisa: enquanto na média nacional uma mulher se relaciona com seu **companheiro fixo** cerca de duas vezes por semana, essas "garotas" chegam a fazer de um a seis programas com **pessoas diferentes**, por noite. Enquanto uma mulher, dona de casa, possa ter cerca de 100 relações sexuais por ano com seu **companheiro fixo**, uma garota dessa pode fazer isso num mês, e com parceiros diferentes. Por mais "profissionais" que sejam essas "garotas", a insalubridade e a vulnerabilidade podem ser consideradas altas nesse meio. Conseguir uma linguagem mais apropriada para atingir os propósitos de prevenção de doenças e cuidados com a saúde seria um ganho apreciável.

III. Objetivos

Assim tivemos como objetivo, analisar, a partir da fala dessas garotas, a imagem do serviço de prevenção na percepção e no entendimento delas; conhecer a representação dessas garotas sobre o processo de comunicação dos serviços de prevenção; e, identificar **como** e **quando** alguma ação desenvolvida pelas campanhas e pelos serviços provocaram alguma iniciativa sanitária naquele meio. Para tanto buscamos utilizar as declarações e perguntas da 'garotas' quanto ao serviço médico e as campanhas veiculadas pela mídia. Embora a referência seja ao "serviço médico", porque assim é conhecida, a atividade engloba outros profissionais da saúde, tais como: assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos.

IV. Recortes teóricos

A. O método fenomenológico

Conforme Amatuzzi (*in* BRUNS,2001), a pesquisa pode ser de natureza ou de extensão. De natureza quando se procura saber *o que é*, na extensão quando se procura saber *o como* se distribui. Neste trabalho o enfoque está na natureza da questão e não na quantidade. Optou-se por um olhar fenomenológico, uma pesquisa participante de caráter qualitativo, na busca do entendimento da vivência dessas garotas. Não se têm estudos estatísticos, uma pesquisa quantitativa, que se possa dizer representativa da atividade em que as garotas vivem. A diversidade de possibilidades nessa atividade, desde a escravidão do confinamento às zonas de prostituição no interior mais remoto, até o glamour de socialites nos grandes centros e nas altas rodas.

Ao se utilizar da redução fenomenológica para investigar formas concretas de existência, ou experiências vividas em determinadas situações, o pesquisador deve iniciar o seu trabalho voltando-se para a sua própria vivência a fim de refletir sobre ela para captar o significado da mesma em sua existência. (...) Além de se utilizar da redução fenomenológica para investigar sua própria vivência, o pesquisador dela se utiliza, também, para estudar a vivência de outras pessoas. (FORGHIERI, 1993)

O interesse era investigar as experiências vividas na situação de confronto com as informações sobre os perigos da insalubridade naquele tipo de trabalho e, por prevenção, os cuidados com a saúde. Não são os fatos em si que realmente importam nesse momento, mas a vivência do confronto, a reação à ameaça, o falar sobre o assunto; tudo isso sob o olhar do pesquisador. Da parte do pesquisador, os conceitos adquiridos e desenvolvidos ao longo da formação para o trabalho, e na experiência com o trabalho, são contaminados com a aceitação de conceitos científicos aceitos “a priori” e a intuição de uma experiência não vivida. Não vivida pessoalmente, pois nunca passou por uma DST, nem viveu uma prostituição. Entender a vivência do outro nessa situação é complicado para o pesquisador, que conforme Amatuzzi (*in* BRUNS, 2001) “*É de ele ter um senso crítico sobre suas próprias estruturas. Isto é, de ele ser capaz de deixá-las de lado por ora, ou de não considerá-las rigidamente, e sim capazes de mudanças em função dos fatos ou fenômenos que possam se revelar*”.

O que nos animou para o empreendimento foi a afirmação de Binswanger (*in* FORGHIERI, 1963) que, “*embora cada um de nós apresente peculiaridades relacionadas ao próprio modo de existir, também somos seres humanos semelhantes existindo num mesmo mundo; é esta estrutura comum que nos possibilita compreendermo-nos e conhecermo-nos uns aos outros*”.

Assim como a orientação da professora Yolanda quanto ao envolvimento em situações vividas por outra pessoa:

Quando o envolvimento ocorre em relação a uma situação vivenciada por outra pessoa - por mim presenciada ou por ela relatada - procuro nela penetrar para partilhar da mesma e compreender como essa pessoa vivencia tal situação, de acordo com seu

próprio modo de existir.(FORGHIERI, 1963)

Pretendia-se fazer uma redução fenomenológica das reações que as garotas manifestassem ao entrar em contato ou rever informações sobre a insalubridade do trabalho, avaliar e entender as reações, identificar as mensagens de melhor impacto e maior eficácia.

B. A comunicação

A prevenção é uma atividade educativa e como tal depende do aprendizado de uma comunicação eficiente, como expressado no texto da ONU ⁽²⁾:

52. Até 2005, garantir⁽³⁾: a existência, em todos os países, em especial nos países mais afetados, de uma vasta série de programas de prevenção que tomem em consideração as circunstâncias, a ética e os valores culturais locais, incluam informação, **educação e comunicação, nas línguas que as comunidades compreendam melhor**, e respeitem as culturas, destinados a reduzir os comportamentos de risco e incentivar um comportamento sexual responsável. (grifo nosso)

Pesquisar comunicação envolve um trabalho especial em separar o termo enquanto interação pessoal e enquanto processo da mídia internacional. Tudo é chamado de comunicação, até o termo é comum demais.

Há hoje um consenso quase incontestável sobre o caráter híbrido da comunicação, de um lado, enquanto fenômeno comunicacional em si, que se faz presente e interfere em vários setores da vida privada e social e em várias áreas do conhecimento; de outro lado, enquanto área de conhecimento ela mesma que, cada vez mais, parece situar-se na encruzilhada de várias disciplinas e ciências já consensuais ou emergentes. (SANTAELLA, 2001, p.75)

Neste trabalho se procurou trabalhar com as duas vertentes: o termo enquanto interação pessoal na relação médico-paciente e enquanto processo da mídia, utilizado pelo Ministério da Saúde.

A professora Lucia Santaella, sob o título de “***Emergência e desenvolvimento da área de comunicação***” (SANTAELLA, 2001), afirma que na longa história da cultura humana, a preocupação com os fenômenos da comunicação é uma preocupação recente. Diz que isso se inicia nos meados do século XX, coincidindo com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa e a conseqüente emergência da cultura de massas. Sugere que a ausência de maiores preocupações com o estudo da comunicação, no passado, se deva muito provavelmente porque a linguagem verbal, oral ou escrita, é sentida como algo tão natural quanto é natural a comunicação

² Declaração de Compromisso Sobre o HIV/AIDS. Crise Mundial – Resposta Mundial. Documento elaborado na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, no período de 25 a 27 de junho de 2001, na cidade de Nova York.

³ Citado em AIDS: o que pensam os jovens. Brasília: UNESCO, UNAIDS, 2002

que ela permite. Esse senso de naturalidade não propicia que questionamentos e problemas sejam levantados.

Com a multiplicação dos meios de comunicação, com o vertiginoso desenvolvimento dos equipamentos, as possibilidades de alcance imediato e praticamente ilimitado por todas as partes, despertando interesses políticos e econômicos, se fizeram necessários estudos nessa nova área do conhecimento, chegando à proposta de uma nova ciência da comunicação com a pretensão de *“entender a produção, processamento e efeito dos sistemas de símbolos e sinais através do desenvolvimento de teorias testáveis que contenham leis gerais”*.(SANTAELLA, 2001)

Está claro que tais estudos se referem à comunicação de massa (no macro) e poder-se-ia perguntar a razão dessa incursão quando a nossa problemática é a comunicação do médico com seu paciente (no micro), o diálogo, a conversa dois a dois, a fala confidencial. É que a exemplo da comunicação de massa, não estudada no passado e tão presente na atualidade, a comunicação entre o médico e o seu paciente não era estudada porque era muito natural, mas isso mudou. Mudou para uma fala tecnicista, impessoal, unidirecional. Não é mais o diálogo natural do antigo médico de família, passou para o campo da produtividade empresarial e da impessoalidade. Por outro lado, a clientela da comunicação de massa também é a clientela da classe médica e, se na mídia há cada vez mais o interesse em agradar e conquistar o consumidor de notícias, não se pode dizer o mesmo do lado médico. Fica fácil saber quem conquista mais a clientela, quem trabalha melhor a comunicação, quem investe mais nesse campo. No entanto, temos um problema: como conciliar a linguagem médica na comunicação de massa? Se for muito médica, não parece viável para uma comunicação de massa, se for muito “massa” não parece digna de ser médica. Onde estaria o ponto de encontro? Jorge Larossa, em Elogio do Riso (LAROSSA, 2000) aponta a “fala patética” essa linguagem de professor e de médico que só é utilizada no exercício da função, digna de risos quando imitada fora do contexto:

A palavra patética é a palavra de um plano só, sem distância, sem refração. E, como toda palavra “séria”, logo se enche de convenções e começa a ser portadora de alguma forma de mentira retórica.

Se de um lado a retórica médica, o tom professoral da mensagem exige muitos cuidados em não utilizar a linguagem utilizada nos meios mais promíscuos e acaba não sendo uma mensagem eficiente, por outro lado, a utilização da linguagem mais popular nas campanhas sanitárias acaba levantando indignações nas classes mais conservadoras, e ainda, pode não parecer verdadeira na platéia que pretendia atingir, exatamente por não ser uma linguagem respeitável (vide as campanhas do “Bráulio” e do “Peru”).

A professora Santaella, finalizando seus comentários sobre o panorama histórico das teorias da comunicação, diz valer a pena mencionar o livro de Fiske(1990), da seguinte forma:

Realizando uma síntese radical, esse autor estruturou o seu livro tomando como base a redução de todas as teorias da comunicação a apenas duas escolas fundamentais: preocupada com o modo como emissores e receptores codificam e decodificam, como transmissores usam canais e meios de comunicação, a primeira escola vê a comunicação como transmissão de mensagens. Daí se preocupar com assuntos como eficiência e exatidão, pois a comunicação é vista como um processo que afeta o comportamento ou estado de espírito dos receptores. Fiske chama essa escola de processual. Sua tendência é basear-se nas ciências sociais e psicologia, dirigindo-se para atos de comunicação. Nessa escola, a interação social é vista como um processo através do qual pessoas se relacionam umas com as outras ou afetam o comportamento e resposta emocional das outras. Por acreditar na intenção do eminente como fator crucial, a mensagem, por sua vez, é vista como aquilo que é transmitido no processo comunicacional. A intenção do emissor pode ser explícita ou implícita, consciente ou inconsciente, mas deve ser recuperável através da análise.

Para a segunda escola, a comunicação é produção e troca de significados. Por isso, preocupa-se com o modo como as mensagens ou textos interagem com as pessoas a fim de produzir significados, preocupa-se, portanto, com o papel que os textos desempenham em uma cultura. Por isso mesmo, a eficiência comunicativa não é um problema para essa escola. Mal entendidos são evidências de diferenças culturais. O principal método dessa escola encontra-se na semiótica, a ciência dos signos e significados. Para ela, estudar comunicação é estudar textos e cultura. Nesse contexto, a interação social é concebida como aquilo que constitui o indivíduo como membro de uma determinada cultura ou sociedade. A mensagem, por sua vez, é a construção de signos que, na interação com os receptores, produzem significados. Toda ênfase aqui recai sobre o texto e o modo como é lido, sobre o processo de descoberta de significados que ocorre quando o receptor interage e negocia com o texto. Essa negociação implica a experiência cultural baseada em códigos e signos compartilhados em maior ou menor medida. Assim sendo, a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de uma relação estruturada que inclui o emissor/receptor e a realidade externa.

Lançamos mão da citação tão extensa por ser um resumo conceitual bastante importante para o desenvolvimento do trabalho. O interesse não é discutir as teorias de comunicação, mas recortar os dados suficientes e necessários para a tentativa de um entendimento do processo comunicacional entre o profissional de saúde e seu paciente, no caso específico, o serviço de prevenção e as “garotas de programa”. Para tanto serve a visão da primeira escola onde **“... a comunicação é vista como um processo que afeta o comportamento ou estado de espírito dos receptores”**; serve também a visão da segunda escola onde **“a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de uma relação estruturada que inclui o emissor/receptor e a realidade externa”**.

Na primeira opção, a comunicação como processo que afeta comportamentos, parece estar a maioria das propostas de mensagens veiculadas na mídia em geral, notadamente a televisão. Há um sentido de “eu sei o que você deve fazer”, dando um sentido de mando e obediência, como a campanha sobre preservativos veiculada na televisão no período da pesquisa: **“a ciência está fazendo a sua parte, faça a sua”**.

Na segunda opção, a relação estruturada que inclui emissor e receptor um contexto de realidade, encontra-se a atividade do serviço de prevenção quando se parte para o campo de trabalho junto à comunidade buscando seus signos e significados.

C. A saúde

Em termos epidemiológicos, os trabalhos do serviço de saúde propõem a interrupção da cadeia de transmissão das DST já instaladas e a prevenção de novas ocorrências, notadamente com o esforço no uso da relação sexual protegida. Já em termos mais amplos, da saúde como um todo, apregoado pela Organização Mundial de Saúde, o conceito básico é o de “tornar o cidadão o agente de sua própria saúde”. Isso demanda educação, formação para a saúde, para um modo de vida saudável, tanto fisiológica e sociológica quanto psicologicamente.

Em 1995, o Banco Mundial previu 1,2 milhões de casos de SIDA no Brasil em cinco anos, mas o número atualmente é inferior a metade dessa previsão, disse Teixeira. A taxa de mortalidade caiu em 50%, e o número de pessoas tratadas a infecções oportunistas caiu em 80%. O tempo de sobrevivência dos doentes subiu de seis meses para quase cinco anos. (Christian Science Monitor (08.08.02)::Andrew Downie – www.infoaids.gov.br)

Nos últimos anos, com o advento da AIDS, as outras doenças sexualmente transmissíveis foram lembradas como um problema de saúde. Doenças que pareciam destinadas ao desaparecimento com o desenvolvimento de antibióticos, tais como a penicilina. No entanto, grassa a infecção que parecia controlada e surgem novos vírus e bactérias mais resistentes aos procedimentos utilizados. Doenças que antigamente se falava “pegar na zona”, tais como gonorréia e crista de galo, hoje estão mais distantes dos profissionais do sexo que da população em geral.

No período da pesquisa, no serviço, na agenda de atendimentos de pessoas S⁺ ou com AIDS, constava apenas uma “ex-prostituta” (como se autodenomina) e que garante não “ter pegado” HIV de clientes, mas de algum namorado. Um ponto crucial nas questões de prevenção é a confiança no companheiro [*Com o cliente eu sempre uso camisinha, mas com os namorados eu nunca usei.*]. Por outro lado, constavam dois casos de HPV, uma menina de 16 anos que teve só uma relação com o primeiro namorado e outra de 18 que transou três vezes com um namorado que era “policial e homem casado” a quem confiou sua virgindade.

Não há estatísticas exatas, pois apenas a AIDS e a Sífilis são de notificação obrigatória, e mesmo assim pouco confiáveis, fazendo com que não se possa afirmar com qualquer segurança os dados das DST. Acrescente-se aí o despreparo geral no atendimento específico de DST nos serviços públicos de saúde, onde, segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):

... O atendimento é muitas vezes inadequado resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando pacientes têm que expor seus problemas em locais sem privacidade ou a funcionários despreparados que, muitas vezes, demonstram seus próprios preconceitos ao emitirem juízos de valor. Essas situações ferem a confidencialidade e discriminam as pessoas com DST e contribuem para afastá-las dos serviços de saúde.

Em se tratando de “profissionais do sexo” a situação complica ainda mais [*Eu não vou no médico. Só pra levar bronca?*] [*A gente tem que ficar na fila desde às quatro horas da madrugada pra pegar senha. Depois nem é atendida*]. Embora sejam falas de garotas de programa, colhida no ambiente de trabalho, não apresentam nada de novo em relação às falas de pessoas de qualquer outra atividade. Isso coloca em dúvida a necessidade ou não de estudos específicos quanto ao atendimento do serviço de saúde para as profissionais do sexo, pois à rigor são cidadãos trabalhadores como quaisquer outros de qualquer atividade - se bem que algumas atividades privilegiam o aspecto da insalubridade funcional. Aliás, esta era a idéia inicial deste trabalho - a insalubridade profissional na atividade dos profissionais do sexo - o que acabou direcionando para um dos aspectos que poderiam influir nessa situação - a comunicação do serviço junto a esses profissionais. Sem adentrar mais especificamente nos meandros da atividade profissional, procurou-se um olhar para as pessoas como cidadãos comuns em atividade funcional específica, procurando avaliar se haveria alguma diferença expressiva no contexto das mensagens de prevenção.

Para estabelecer as prioridades o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) observa quatro indicadores possíveis de análise: magnitude - quanto ao volume de casos; transcendência - quanto a implicação com outras moléstias; vulnerabilidade - quanto à possibilidade de transmissão; e factibilidade - quanto às possibilidades de tratamento, ou controle. No caso das DST, e notadamente no meio da população denominada ‘profissionais do sexo’, podemos garantir uma priorização de cuidados preventivos, pois implica em todos os itens de análise referidos: Magnitude - é uma medida difícil de expor com exatidão por falta absoluta de dados confiáveis. A política de saúde do Brasil acaba por utilizar os dados mundiais e estimá-los por critérios de semelhança; Transcendência - As DST são o principal fator facilitador de transmissão do HIV nas relações sexuais; algumas DST, sem diagnóstico precoce, podem evoluir para casos bem graves e até a óbitos; algumas DST, em caso de gestantes, podem oferecer transmissão vertical; podem causar sérios danos psicológicos aos seus portadores; e podem exigir grandes aportes de dinheiro em seu tratamento, quando complicados os seus efeitos por tratamento tardio; Vulnerabilidade - o caráter epidemiológico das DST pode ser combatido facilmente com a utilização de barreiras tal como o preservativo, tanto masculino quanto feminino, além disso, o diagnóstico precoce proporciona cura relativamente fácil e a interrupção da cadeia de transmissão epidemiológica; e, Factibilidade

– O controle das DST é possível por projetos educativos de prevenção e algumas oferecem grandes chances de cura, desde que diagnosticadas e tratadas corretamente.

Antes da AIDS, as doenças sexualmente transmissíveis, chamadas de doenças venéreas, tinham como certa sua transmissão, e até origem, na figura das prostitutas. Como a AIDS apareceu para o público através de histórias do meio Gay, as prostitutas foram, de certa forma, poupadas no início, mas logo foram lembradas como as possíveis disseminadoras da epidemia; parece que no imaginário popular as relações sexuais vulneráveis ao contágio só existem com as profissionais segregadas na zona de prostituição. No entanto isso não tem sido bem delineado pelas pesquisas publicadas:

Desde o início da epidemia de aids, 215.805 casos da doença já foram notificados, sendo 159.226 em homens e 56.584 em mulheres. Em 2001, a maior parte das infecções pelo HIV ocorreu nas relações heterossexuais (52%) seguida das relações homo/bissexuais (19,8%) e do uso de drogas injetáveis, pelo compartilhamento de seringas e agulhas (9,1%). Já os casos de transmissão materno-infantil representaram 1,4% dos casos de aids registrados em 2001. (www.aids.gov.br)

V. Trabalho de campo

A. Local da pesquisa

A área de atuação do serviço, da regional de saúde (DIR IV) é composta de cinco municípios nos limites da Grande São Paulo (a noroeste da Cidade de São Paulo): Caieiras, Franco da Rocha, Mairiporã, Francisco Morato e Cajamar. Comporta uma população aproximada de 500.000 pessoas, onde se imagina (pelo senso comum, pois não há pesquisa a respeito) a existência de um número razoável de pessoas na atividade “profissional do sexo” na região. Algumas circunstâncias levaram a pesquisa para esse local escolhido: é o mais próximo da maior concentração de motéis da região; fica dentro do município sede do serviço; e, é de fácil acesso para o pesquisador. São duas casas na mesma rodovia, com menos de um quilômetro de distância entre elas. No momento em que se iniciava a idéia da pesquisa, estava surgindo uma terceira casa (bem próxima) que acabou por não se desenvolver. Citar os nomes não refletiria qualquer valor, já que legalmente não existem; por outro lado, a omissão não inibe a identificação para quem conhece a geografia da região. De fato, as duas casas se denominam “*Boite*”, com serviço de bar, pista de dança e show de *striptease* (R\$ 10,00 de entrada com direito a três cervejas em latinha). “Extra-oficialmente” oferecem quartos para encontros íntimos a preços pré-estabelecidos, para o quarto (R\$15,00) e para a garota (R\$ 35,00).

B. Objeto da pesquisa

Procurou-se deixar bem claro para as garotas, que a presença do profissional de saúde ali, que, além da divulgação dos serviços havia um estudo em andamento sobre a eficiência de nossa comunicação. Foi explicitado que o objeto da pesquisa seria a efetividade da comunicação do serviço público com essas usuárias em particular, onde as profissionais do sexo são as fontes e não o objeto da pesquisa. Mesmo assim se teve que fazer um acordo de confidencialidade onde elas só apareceriam com seus “nomes de guerra e idade”, nunca com seus nomes verdadeiros (em alguns casos, desconfia-se que nem a idade seja verdadeira): Bia(24), Brenda(36); Camila(27); Carina(24), Cássia(26), Gabriela(26), Íris(21), Luciene(28), Rosilei(28), Simoni(23), Suzana(21), ... São garotas que moram na casa e poderiam ser encontradas à tarde, outras, cerca de 20, só aparecem à noite para o serviço em qualquer dia, sem compromisso. Não se conseguiu organizar um trabalho com essas ‘externas’, mas é possível que as “internas” possam vir a ser multiplicadoras das informações.

1. Momento da pesquisa

Foram oito encontros entre abril e junho, e mais quatro encontros em setembro/2002.

2. Procedimentos

a) O contrato

Procuradas, em cada casa, as pessoas responsáveis pela casa, foi solicitada a oportunidade de promover uma série de visitas com mensagens de prevenção e a oferta dos serviços do COAS. A acolhida inicial nos dois locais foi boa, muito melhor do que o esperado, demonstrando assim o tamanho do preconceito que vinha protelando o início do projeto. Numa delas, a mulher que toma conta das garotas já havia participado de grupos de atendimento específico para “garotas de programa” em Jundiá (município vizinho), na outra, o contato com um dos sócios resultou na imediata convocação de todas para a palestra inicial na semana seguinte.

b) Os primeiros encontros

Nos dois locais o primeiro evento foi cercado de formalidades: “era o serviço médico que vinha fazer uma palestra”, todo mundo convocado, participação obrigatória, etc. Isso fez com que a participação espontânea e natural ficasse prejudicada. Por mais que se procurasse uma interação com a platéia, havia uma certa resistência. Houve quem aparecesse em trajes íntimos e se comportasse com atitudes nitidamente provocativas, outras que permaneceram “lixando as unhas”, “escovando os cabelos”, ou se ocupando com qualquer outra coisa que demonstrasse sua falta de interesse no evento.

Depois de “criado o clima”, através de algumas histórias, algumas piadas, alguns palavrões, na linguagem mais próxima possível daquele público é que se conseguiu levantar algumas perguntas do grupo sobre procedimentos técnicos que se queria abordar – a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Embora fosse anunciada a palestra técnica, o interesse era perceber **como** e **o quê** elas pensavam sobre o serviço de prevenção, para tanto não seria produtivo um questionamento direto, mas uma análise do discurso e para tanto seria necessário provocar o discurso.

Entendeu-se que não poderia haver gravação da conversa e optou-se por anotações. Acredita-se que tanto numa gravação quanto na anotação direta, a focalização do pesquisador seria a mesma, nas frases que gostaria de ouvir ou nas frases que poderiam surpreender. Não há neutralidade do pesquisador, vez que sempre será influenciado pela sua cultura.

Os pensamentos, as representações têm origem nessa vivência pré-reflexiva, ou “antepredicativa”, que é anterior a toda a elaboração de conceitos e de juízos; até as mais abstratas e sofisticadas formulações científicas partem dessa vivência. A ciência não começa quando articula uma teoria, resultante de suas investigações; ela tem início

com a intenção do cientista ao desejar esclarecer um problema que surgiu em sua vivência cotidiana.(FORGHIERI, 1993)

c) As trocas de favores

Diante às primeiras dificuldades de integração, nos esforços para conseguir adesão ao diálogo, à troca de idéias, lembrando os processos de aproximação de tribos indígenas, descritos por Orlando Vilas Boas, foi acenada a possibilidades de presentes (preservativos masculinos e femininos), distribuídos com parcimônia para gerar interesse em receber de novo. Com a possibilidade de ganho a participação do grupo melhorou; afinal, “elas fazem qualquer negócio por um presente qualquer”. Diante a algumas dúvidas sobre situações de higiene pessoal, houve a promessa e se conseguiu levar uma enfermeira do serviço para uma orientação específica. Foi oferecida a possibilidade de atendimentos psicológicos individuais ali mesmo, em lugar reservado – foram realizados atendimentos para três delas.

d) A integração

O resultado imediato dos primeiros contatos foi a busca do serviço por algumas garotas e, até mesmo, de um segurança do estabelecimento. Imaginava-se convencer a todos para a busca do serviço, mas tal não aconteceu por algumas razões que será discorrido adiante. Nos contatos seguintes a visita do pesquisador já não incomodava ninguém. Conversava-se a beira do tanque enquanto alguém lavava roupa; sentados na grama enquanto alguém lixava as unhas dos pés; na cozinha, enquanto alguém almoçava ou tomava café, etc. Além da postura de profissional de saúde, o pesquisador se colocou como um “vovô aposentado” (vantagens da idade), procurando evitar assédios tais como o de uma delas que insistia na necessidade da demonstração real da utilização do preservativo feminino. Elas gostavam de explorar os conhecimentos do pesquisador sobre outras “zonas” pelo Brasil afora, gostavam de ouvir estórias, algumas verdadeiras, outras nem tanto. Muitas aberturas para o dialogo forma conseguidas a partir da demonstração que o pesquisador conhecia algo sobre suas terras de origem (RS, SC, PR, MS, MG, BA, CE, MA), além de algumas cidades do interior de São Paulo. Houve uma visita em que uma garota do interior do Maranhão resolveu contar sua triste história, com detalhes engraçados, e não deixou espaços para mais ninguém falar. [*Sofrer a gente sofre aqui, mas em casa a gente sofre muito mais. Aqui até a gente se diverte, em casa só trabalha e apanha.*]

Envolvimento existencial - Este momento requer que o pesquisador, preliminarmente, procure colocar fora de ação os conhecimentos por ele já adquiridos sobre a vivência que está pretendendo investigar, para então tentar abrir-se a essa vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial. É preciso que ele não apenas se recorde dela, mas, procure nela emergir para revivê-la de modo intenso; é necessário, portanto, que procure ter com ela uma profunda sintonia. Em outras palavras, o pesquisador precisa iniciar seu trabalho procurando sair de uma atitude intelectualizada para se soltar ao fluir de sua própria vivência, nela penetrando de modo

espontâneo e profundo, para deixar surgir a intuição, percepção, sentimentos e sensações que brotam numa totalidade, proporcionando-lhe uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva, dessa vivência. (FORGHIERI, 1993)

e) Os limites

O trabalho de pesquisa naquele ambiente levou a considerar uma série de limites de atuação que extrapolava área de competência do pesquisa:

1. **Uso de drogas:** Embora nenhuma delas tenha explicitado o uso individual de drogas ilícitas, sempre houve referências genéricas ao uso pernicioso das drogas por parte de “algumas”, sempre “outras”. [*“tem gente que gasta tudo em drogas”, “a droga acaba com qualquer um”, “não tem como controlar o uso de drogas, às vezes é a menina, às vezes é o cliente”*] O uso do álcool e do cigarro era referido sem maiores preocupações denotando um uso costumeiro [*“só depois de muito chapada é que eu consigo gozar”, “depois que você ta com os canecos cheios, não vê mais nada”, “a gente passa a noite toda bebendo e fumando, no dia seguinte é uma ressaca danada, mas puta é assim mesmo”, “ele gostava muito de mim porque eu bebia a noite toda, agüentava bem, agora que estou grávida, não presto mais”*].
2. **Violência:** Há uma certa submissão ao dono da casa [*...fulano(o dono da casa) me trouxe aqui e me ajudou, se não sei onde ia parar...*], uma aceitação de propriedade [*...depois eu vou ver com Fulano quanto eu ainda tenho na conta pra ver se dá pra ir pra casa*], e ao cliente [*...aí o cara me levou até uma chácara, e lá tinha mais três caras e eu tava sozinha. Já tava bem chumbada, mas ele falou que eu não ia beber mais.*], faz parte do negócio [*...as meninas daqui tão mais segura porque o Fulano cuida do dinheiro, não deixa gastar a toa.*]. Numa das casas, um sócio declarou, no meio de uma conversa sobre a administração da atividade, que outro (sócio ausente) batia em algumas garotas [*... tem puta que aceita, mais tem outras que aprontam o maior barraco.*].
3. **Legalidade:** A prostituição individual, de acordo com o código penal brasileiro, não é crime, mas é criminalizada a exploração comercial da prostituição. No entanto há complacência explícita da polícia [*eu até gosto que a polícia venha sempre aqui, dá mais segurança, eles param a viatura ali na frente, tomam umas e outras, depois vão embora. Uma vez, um cara viu a polícia chegar e se apavorou, já tava bêbado e acabou batendo o carro na viatura. Daí o policial teve que fazer a ocorrência e viu que era um fugitivo da prisão. Se ele tivesse saído devagar não tinha problema*]. Os endereços “da zona” não são desconhecidos, muito até pelo contrário, mas não há interesse em desvelar a ilegalidade da atividade.
4. **Educação:** Encontram-se ali algumas garotas com segundo grau completo, mas a maioria nem completou o ciclo fundamental. A linguagem é limitada, o nível de en-

tendimento é pequeno, havendo necessidade de traduzir tudo para a linguagem mais simples possível. Há ainda uma certa gozação da maioria quando alguém usa algum termo menos comum [... *como ela é metida se mete a falar só coisa de luxo*]. Os nomes atribuídos às partes do aparelho reprodutor, sejam masculinos, sejam femininos, são os mais diversos e alguns bem chulos, quase sempre seguidos de risinhos. O conhecimento da anatomia e da fisiologia é praticamente nulo [*se a camisinha ficar enroscada lá dentro, como faz pra tirar?*], [...*ai se não menstruar o sangue sobe pra cabeça*], [...]

5. **Cidadania:** As considerações sobre as próprias condições de vida são as mais diversas. Algumas estão ali, por opção pessoal [*prefiro ser puta de zona que ficar trabalhando de empregada doméstica*], outras por falta de outra condição [*quando meu marido me mandou embora eu não tinha outro lugar para ir, afinal ele dizia que eu era puta, fui ser puta mesmo*] [...*ai meu marido trouxe outra mulher pra casa e mandou eu embora. Vim parar aqui*], algumas ainda sustentam uma fantasia de crescimento de vida [*não vou ficar muito tempo na zona não, vou juntar dinheiro e montar um negócio pra mim, nem que seja um bar*]. As condições de trabalho e de moradia parecem algo como um favor do proprietário, uma segurança [...*quando fui embora Fulano (o dono da casa) me deu o dinheiro certinho. Logo aquele cornudo (referência ao marido) roubou tudo e fiquei na merda de novo. Agora que Fulano deixou eu voltar, quando sair não vou mais pra casa daquele cornudo de jeito nenhum. E tem mais, ele vai ter que pagar tudo.*]

Distanciamento reflexivo - Após penetrar na vivência de uma determinada situação, nela envolvendo-se e dela obtendo uma compreensão global pré-reflexiva, o pesquisador procura estabelecer um certo distanciamento da vivência, para refletir sobre essa sua compreensão e tentar captar e enunciar, descritivamente, o seu sentido ou o significado daquela vivência em seu existir. Porém, o distanciamento não chega a ser completo; ele deve sempre manter um elo de ligação com a vivência, a ela voltando a cada instante, para que a enunciação descritiva da mesma seja a mais próxima possível da própria vivência. Tal enunciação, portanto, não deve ser feita em termos científicos e sim em linguagem simples, semelhante à que é utilizada na vida cotidiana. (FORGHIERI, 1993)

3. Campanhas na mídia

No Brasil, cerca de 90% dos domicílios (próximo de 40 milhões) estão equipados com algum modelo de receptor de televisão, a capacidade brasileira de produção de comerciais é reconhecida e premiada em todo mundo, todas as classes sociais são atingidas pela televisão. Isso tudo fez com que o maior investimento (cerca de 70%) em propaganda sobre a AIDS fosse destinado à televisão.

a) Enfoques das campanhas

No decorrer do tempo os enfoques foram mudando “da morte para a vida”:

1987 – “AIDS. Você precisa saber evitar”.

“Se você não se cuidas, a AIDS vai te pegar”.

1988 – “AIDS. Pare com isso”.

“Quem vê cara não vê AIDS”.

“AIDS. Não deixe que essa seja a sua última viagem”.

“Não morra de amor. Use camisinha”.

“Morrer de AIDS é o fim da picada”.

1992 – “Vamos juntos contra a AIDS, de mãos dadas com a vida”.

1993 – “Previna-se do vírus, não das pessoas”.

1994 – “Você precisa aprender a transar com a existência da AIDS”.

“AIDS. Pare com isso”.

“Quem ama se cuida”.

1998 – “Sabe em que grupo de pessoas a AIDS aumentou nos últimos anos? Homens e Mulheres, solteiros e casados”.

1999 – “Viver com AIDS só depende de você – use camisinha”.

2000 – “AIDS. Prevenir é tão fácil quanto pegar”.

2001 – “Acima do bem e do mal”.

2002 – “Sem camisinha não dá”.

O modelo de comercial de televisão comprovou-se como excelente indutor da compra de bens de consumo mão não determina com a mesma facilidade a adoção de mudança de condutas desejadas, a exemplo do uso da camisinha. (...) Entre o comercial de televisão e um projeto educativo com fins sanitários situa-se, precisamente, a distinção entre campanha e mobilização social. O primeiro formato muito mais abrangente, pois é massificador, mas ligeiro, superficial e transitório. O segundo, é restrito mas replicável; tem de atingir o âmago dos problemas; e a sustentabilidade deve ser uma de suas premissas básicas.(BRASIL,1999)

Foram usadas algumas campanhas publicitárias, especificamente para AIDS, vez que outras DST não têm merecido, por parte do poder público, os mesmos cuidados. (vide figuras anexadas ao final do trabalho). Mostradas as figuras, procurou-se avivar a memória sobre as campanhas para ver o “recall”. Foram escolhidas duas campanhas antigas e as duas mais recentes para um enfoque mais aprofundado.

b) Bráulio (1994)

Algumas chegaram a lembrar do nome (risos) [*Bráulio é quem tem pinto pequeno? Já ouvi falar disso.*], mas a mensagens em si e os propósitos do projeto não foram lembrados. Vale lembrar que na campanha em 1994, a maioria delas ainda era menina, morando no interior, e talvez nem ainda pensassem em sexo, ou nem percebessem o intuito da campanha, se é que viram alguma coisa. Houve referências ao “ouvir dizer” de tal nome. Ao falar sobre a campanha, que era sobre os cuidados que o homem deveria ter com seus procedimentos diante ao desejo sexual, houve certo desdém. [*Os homens querem mesmo sem camisinha porque acham que é a gente que tem que se cuidar. A gente se cuida, mas um dia ele quebra a cara.*]

c) Carnaval do Peru (1997)

Ficou impossível qualquer coleta mais produtiva em termos de frases consistentes quando da apresentação desta campanha, tudo virou motivo para risos e escrachos [*Eu prefiro pinto mesmo, peru é coisa de velho murcho*]. Mostraram simpatia pelo termo “peruzinho”, referência ao pênis de menino quando começa a criar pêlo, mas descartaram qualquer aceitação do termo ao pênis do adulto, pelo contrário, ficou uma imagem pejorativa. Uma delas, do interior do Paraná, até teve uma idéia interessante: [*Bem que podia ser um ganso, no lugar do peru*]. Interessante a percepção das garotas em coincidência com declarações feitas por Millôr Fernandes:

"Tão ou mais lamentável do que a grotesca campanha do Bráulio é a atual campanha dos perus. Se o trocadilho palavra-imagem é mesmo o que estou pensando, se aquele peru representa mesmo o outro, é um peru velho, enrugado, pelancudo, incapaz de levantar a cabeça. Não precisa usar camisinha". (www.infoaids.gov.br)

No entanto autoridades no assunto tiveram posições bem antagônicas (ISTO É – 5/2/97):

<p><i>"No Carnaval nada poderia ser mais oportuno do que usar o peru alegórico para lembrar de pôr a camisinha no de verdade"</i> CAIO ROSENTHAL Médico infectologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e do Hospital do Servidor Público Estadual</p>	<p><i>"Escolher só esses símbolos ridículos ou engraçadinhos é mais um dos métodos aptos a jogar recursos em ralos"</i> VICENTE AMATO NETO Médico infectologista, diretor da Divisão de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas de São Paulo</p>
---	---

d) Sem camisinha não dá (2002) - Brasil

A estratégia do Ministério da Saúde é sensibilizar o público a usar preservativo como forma mais segura de evitar a infecção pelo HIV, reduzindo assim a incidência de aids principalmente entre as mulheres. Na década de 80, para cada mulher infectada pelo HIV havia 25 casos de aids registrados entre os homens. Hoje essa relação é de apenas 2/1. (www.aids.gov.br)

A figura da mulher agora se mostrou um diferencial, pois até então a camisinha era um artigo do homem. A expressividade dos personagens associados à figura da artista (Cláudia Jimenez)

nez), bem falante e atrevida, parece que tem melhor penetração entre as “garotas”. Pode-se observar uma identificação maior com essa mensagem, seja pela mensagem da proteção da mulher, seja pela imagem da artista.

Esse evento levou as garotas a reivindicarem a distribuição do preservativo feminino que ainda não há disponibilidade para distribuição regular.

Custo da campanha: R\$ 5.000.000,00

e) Se deu bem? Com camisinha você se dá melhor ainda (2002) – São Paulo

A campanha, composta por filme para televisão, spot para rádio, cartaz, painel e carros de som com jingle, é dirigida ao público masculino de baixa renda (classes C, D e E), e tem por objetivo conscientizar esta população sobre sua responsabilidade na prevenção das DST/AIDS. A idéia principal da campanha é mostrar que o uso da camisinha não é apenas prevenção, é prazer com qualidade de vida.(www.aids.gov.br)

A figura do pagodeiro Netinho é controversa no meio das garotas, umas “amam” outras “detestam”. Este é um problema quando se toma emprestada a imagem do artista, pode ficar prejudicada por uma associação anexa. A mensagem também foi causa de discussão, causou polêmica. Como a mensagem é dirigida para o homem e diz: “com camisinha você se dá melhor ainda”, algumas garotas começaram discutir se era para homem que transa com homem.[*afinal que “dá” nessa história?*]. Em letras menores, no cartaz, há referência a “você e sua companheira”, mas normalmente a mensagem é conduzida pela manchete, a “lead”. Reduzir a idéia a uma frase somente é muito difícil e pode permitir dupla interpretação ou até mesmo, interpretações desencontradas antes da leitura do total do contexto (quando se chega a ler o todo).

Custo da campanha R\$ 850.000.00

f) Campanha “Maria sem Vergonha – você tem profissão”

A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, lançou, durante o Seminário AIDS e Prostituição, no dia 6 de março de 2002, em Brasília, uma campanha nacional de prevenção direcionada às profissionais do sexo feminino, com ênfase no desenvolvimento da auto-estima e da cidadania, como forma de mobilizar as profissionais para a promoção à saúde, mediante este personagem

A consciência de seus direitos, como a negociação com clientes pelo uso da camisinha, o esclarecimento do uso correto do preservativo e a promoção do preservativo feminino também é foco da campanha.

A campanha, que tem como título “Sem vergonha, garota. Você tem profissão”, veiculada no rádio e nos locais de prática do sexo pago. Além do spot para rádio, contém material impresso (folder, cartilha) com informações sobre práticas seguras de sexo; principais doenças que podem ser transmitidas nas relações sem o uso do preservativo; direitos humanos; dependência química e redução de danos entre usuários de drogas injetáveis, e também tem adesivos para banheiros; manual do multiplicador (profissionais do sexo que ensinam os companheiros a se prevenir das doenças) e bottons. (www.aids.gov.br)

Todo trabalho foi inicialmente calcado nessa idéia lançada em março/2002, mas por “problemas de comunicação” não se conseguiu o material em tempo para levar ao campo. Foi feito pedido ao Ministério da Saúde, que remeteu a coordenação estadual, que remeteu a coordenação regional e o material não chegou a tempo. Foram utilizadas apenas as figuras conseguidas pela Internet, tal como aparecem neste trabalho, ficando a promessa de fornecer a agenda e outras peças, sem saber, ainda, da possibilidade de poder cumprir a promessa. Assim não há estudo suficiente para relatar o impacto junto àquela comunidade.

C. Diário de campo

1. Programa realizado

Visitas realizadas:

Abril de 2002: dias 4, 11, 18, 23, 25

Mai de 2002: dias 13, 16, 20.

Setembro de 2002: dias 4, 11, 18, 25.

2. A fala das garotas

Na *pesquisa fenomenológica* o relato é tomado na sua *intencionalidade própria e constitutiva*, isto é, não como índice de nada outro. Ou ainda, não é tomado pelo que ele revela, mas pelo que ele é. O que pretende efetivamente dizer? Esta é a pergunta que o pesquisador fenomenológico se faz, como que se colocando na posição de interlocutor que sente surgir de dentro de si mesmo a necessidade da resposta. (Amatuzzi, *in* BRUNS, 2001)

Procurei transcrever as falas no mais próximo possível da linguagem original, pois se fosse transformar numa linguagem acadêmica poderia ficar muito artificial. Algumas garotas nem sabem escrever, outras até falam muito pouco, mas há quem fale bem e outras que até exageram no linguajar chulo, até obsceno para chamar atenção. Infelizmente não foi possível transcrever a emoção contida na fala em cada momento. Algumas frases foram levadas para o texto, como ilustração ou como informação, outras ficaram só no registro. Tentamos classificar por assunto, por garota, por ordem de tempo, por declaração ou pergunta, mas acabamos mesmo utilizando a ordem alfabética, só para adotar um critério.

A gente passa a noite toda bebendo e fumando, no dia seguinte é uma ressaca danada, mas puta é assim mesmo,

A gente tem que ficar na fila desde às quatro horas da madrugada pra pegar senha. Depois nem é atendido.

A gente vai marcar consulta. Marca para dois meses depois, aí já sarou... ou morreu.

A situação tá ruim, to fazendo qualquer negócio, até relação anal sem camisinha.

Afinal que “dá” nessa história?

Aí meu marido trouxe outra mulher pra casa e mandou eu embora. Vim parar aqui.

Aí o cara me levou até uma chácara, e lá tinha mais três caras e eu tava sozinha. Já tava bem chumbada, mas ele falou que eu não ia beber mais.

Aí se não menstruar o sangue sobe pra cabeça.

As meninas daqui tão mais segura porque o Fulano cuida do dinheiro, não deixa gastar a toa.

As mulheres acham que só porque nois é da zona nois não se cuida, mas nois se cuida mais que elas.

Até gostei da camisinha feminina, mas é muito cara. Você acha que vou ganhar 30 reais num programa e gastar 15 reais numa camisinha?.

Até gostei da camisinha feminina, mas fiquei toda assada.

Bem que podia ser um ganso, no lugar do peru

Braulio é quem tem pinto pequeno? Já ouvi falar disso.

Com o cliente eu sempre uso camisinha, mas com os namorados eu nunca usei.

Como ela é metida se mete a falar só coisa de luxo.

Como faz pra limpar direitinho? Uns dizem que não pode enfiar nada, mas o chuverinho só não adianta.

Depois eu vou ver com Fulano quanto eu ainda tenho na conta pra ver se dá pra ir pra casa.

Depois que você ta com os canecos cheios, não vê mais nada.

ele gostava muito de mim porque eu bebia a noite toda, agüentava bem, agora que estou grávida, não presto mais.

Eu até gosto que a polícia venha sempre aqui, dá mais segurança, eles param a viatura ali na frente, tomam umas e outras, depois vão embora. Uma vez, um cara viu a polícia chegar e se apavorou, já tava bêbado e acabou batendo o carro na viatura. Daí o policial teve que fazer a ocorrência e viu que era um fugitivo da prisão. Se ele tivesse saído devagar não tinha problema.

Eu li numa revista que ejaculação precoce existe na maioria dos homens, mas essa moleza não aparece por aqui. A gente sofre com aquele caras que ficam trepando adoidado.

Eu me cuido bem. Gasto muito do que eu ganho para pagar consulta, aí é na hora.

Eu não gozo nunca. Nem com o namorado. Preciso estar bem chumbada (alcohol) se não fico mais de duas horas e nada.

Eu não vou no médico. Só pra levar bronca?

Eu prefiro pinto mesmo, peru é coisa de velho murcho

Eu só bebo uisque e chega uma hora que não sei mais o que faço.

Eu sou profissional mesmo, faço qualquer negócio para ganhar o homem.

Faz cinco dias que estou com a camisinha feminina para experimentar, mas não aparece homem. Do jeito que ta, faço até sem camisinha, se aparecer algum.

Fulano(o dono da casa) me trouxe aqui e me ajudou, se não sei onde ia parar.

Homem que gosta que mexa na bunda dele, é bicha?

Namorado não aceita usar camisinha.

Não adianta falar com você, eu sei que só eu mesmo posso resolver o meu problema.

Não consegui ainda usar camisinha feminina porque não tive homem pra isso.

Não vou ficar muito tempo na zona não, vou juntar dinheiro e montar um negócio pra mim, nem que seja um bar.

Nem com namorado, se ele não quiser usar camisinha eu não dou mesmo.

Nois é bandida mesmo.

Olha, a gente chega uma hora que faz qualquer negócio, principalmente se tiver de cabeça cheia de birita.

Olha, pra falar a verdade, é preguiça mesmo. Muita gente não vai ao médico por relaxamento.

Os homens dizem que a camisinha dada não vale nada, mas também só compram camisinha barata.

Os homens querem mesmo sem camisinha porque acham que é a gente que tem que se cuidar. A gente se cuida, mas um dia ele quebra a cara.

Por que os homens de pinto grosso é que gostam de fazer sexo anal?

Prefiro ser puta de zona que ficar trabalhando de empregada doméstica.

Quando a gente foi no médico⁴ eu disse que era balconista, daí a Fulana que estava junto falou que era de programa, eu tive que dizer também. Eles facilitam pra gente falar tudo.

Quando fui embora Fulano (o dono da casa) me deu o dinheiro certinho. Logo aquele cornudo (referência ao marido) roubou tudo e fiquei na merda de novo. Agora que Fulano deixou eu voltar, quando sair não vou mais pra casa daquele cornudo de jeito nenhum. E tem mais, ele vai ter que pagar tudo.

Quando meu marido me mandou embora eu não tinha outro lugar para ir, afinal ele dizia que eu era puta, fui ser puta mesmo.

Quando o penis bate no útero é que faz ferida?

Se a camisinha ficar enroscada lá dentro, como faz pra tirar?

Se beijo na boca não pega AIDS, por que não pode fazer sexo oral sem camisinha?

Se enroscar a caminha lá dentro tem que ir no médico para tirar?

Se não menstruar todo mês, o sangue sobre pra cabeça?

Só depois de muito chapada é que eu consigo gozar.

Só experimento a camisinha feminina se for com você?

Sofrer a gente sofre aqui, mas em casa a gente sofre muito mais. Aqui até a gente se diverte, em casa só trabalha e apanha.

Tem gente que gasta tudo em drogas, a droga acaba com qualquer um, não tem como controlar o uso de drogas, às vezes é a menina, às vezes é o cliente.

Tem puta que aceita transar sem camisinha, mais tem outras que aprontam o maior barraco.

Tem que ir em jejum para fazer exame de sangue?

Toda puta tem que fazer ficha no médico?

Vi uma mulher falar de exercício pra xoxota na televisão. Esse negócio funciona mesmo?

D. Considerações finais

1. Quanto ao método fenomenológico

Conforme Yolanda Forghieri, haveria a necessidade de pesquisador e pesquisados: “a) de “suspender”, ou colocar fora de ação os seus conceitos e teorias sobre a experiência

⁴ Na verdade ela se referia à palestra de DST no COAS, com o enfermeiro.

que pretende relatar; b) de penetrar na sua vivência e refletir sobre ela, para depois descrevê-la ou relatá-la". Além do que complementava em tom de resumo:

Em outras palavras, o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo devem ser utilizados pelo sujeito, a fim de conseguir fornecer relatos ou descrições que estejam o mais próximo possível de sua própria vivência; e que, por esse motivo, devem ser feitos em linguagem simples, comum à vida cotidiana. (FORGHIERI, 1963)

No entanto, no decorrer do trabalho de campo, dentro do tempo e do espaço concedidos ao pesquisador, foi difícil identificar os momentos exatos em que a fala ouvida fosse um momento vivido autenticamente ou refletissem apenas os preconceitos gerais, ou ainda, simples repetições de jargões simplórios da comunidade. A presença do pesquisador, na figura de um agente de saúde, tratado pelas garotas como "doutor", parece que pode ter induzido muitas manifestações "politicamente corretas", como se fosse uma sabatina de avaliação que exigisse respostas certas. Algo de artificial ficou no ar. Vez ou outra aparecia uma manifestação mais emocionada, com aparência de vivência mais profunda, um conflito de valores.

A pesquisa fenomenológica é a pesquisa do vivido, e ele pode não ter sido acessado antes. O "vivido" não é necessariamente "sabido" de antemão. É no ato da relação pessoal, quando surge a oportunidade de dizê-lo, que ele é acessado. Diríamos que o vivido é surpreendido na relação, pela própria pessoa, que então o comunica, facilitada pelo pesquisador. (Amatuzzi, *in* BRUNS, 2001)

Os esforços de envolvimento existencial do pesquisador no contexto espacial e temporal da comunidade, nas anotações sem preconceitos dos relatos de vivências e no registro das reações, talvez tenham sido mais próprios que o distanciamento reflexivo necessário para um olhar menos preconceituoso. A premência da avaliação dos resultados e a pressão de uma descoberta significativa, e ainda, sob o peso de uma responsabilidade acadêmica em apresentar um resultado científico, fizeram com que o pesquisador sentisse a inutilidade de todo esforço por não conseguir todas as adequações imaginadas como ideais.

O fenômeno preponderante se desloca do valor da mensagem para a sensação de incompetência do pesquisador. Incompetência no conseguir manifestações representativas que levassem a construção de um saber novo. Tudo pareceu muito comum, muito próximo de tudo que já se sabe de pessoas muito simples e sofredoras, pessoas que precisam ajuda para se sentirem gente, se sentirem cidadãos. Diante a essa constatação, ou sentimento, tudo mais parece perder a importância, seja como trabalho, seja como estudo. O pesquisador técnico se desmonta e aparece um elemento novo – o estudante estupefato. O trabalho pode não ter sido científico o suficiente para o valor acadêmico requerido, mas o pesquisador já não é mais o mesmo que iniciou o projeto.

2. Quanto à comunicação

Num universo tão pequeno em termos de entendimento da palavra ouvida, e menor ainda da palavra escrita, fica clara a dificuldade de uma linguagem apropriada para transmitir informações mais significativas. Os próprios sentimentos de vida, de valor da vida, de expectativa de vida, são muito tênues, há pouca esperança no ar. O imediatismo da sobrevivência fala mais alto que as possibilidades de vida longa e sadia. [*Faça cinco dias que estou com a camisinha feminina para experimentar, mas não aparece homem. Do jeito que ta, faço até sem camisinha, se aparecer algum*].

Das reações percebidas ao longo do trabalho, se destacam as polaridades:

Na primeira opção, a comunicação como processo que afeta comportamentos, que parece estar na maioria das propostas de mensagens veiculadas na mídia em geral, notadamente a televisão, há um tom de seriedade professoral de “eu sei o que você deve fazer”, dando um sentido de mando e obediência – soa como qualquer mandamento religioso, como qualquer preceito legal, como qualquer norma moral, como tudo que é desrespeitado naquele ambiente. É mais uma regra ou informação a ser desrespeitada. O ambiente é de subversão [*nóis é bandida mesmo*].

Na segunda opção, onde a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de uma relação estruturada que inclui o emissor/receptor e a realidade externa, onde a presença do agente de saúde proporciona um ouvir e acolher, as mensagens não podem ser pré-estabelecidas, mas desenvolvidas no contexto da fala cotidiana, tão representativa quanto a carga emocional em ação. O cognitivo é pouco representativo, o emocional é mais participativo e promove maior integração.

Enquanto uma campanha de mídia pode ser idealizada e realizada por uma pessoa devidamente equipada, ou por uma agência, e veiculada para todo o país, o trabalho de campo exige a formação de milhares de multiplicadores, além do processo de educação continuada permanente em função do *feed-back* de cada visita, de cada entrevista. Enquanto a primeira opção é impessoal e de difícil avaliação, notadamente nessa comunidade, a segunda opção é um avaliar-se e adaptar-se constante.

3. Quanto à saúde

Já em 1995, praticamente no começo de uma política mais efetiva no enfrentamento da epidemia da AIDS, havia orientação para o trato com populações de risco, entre elas os “profissionais do sexo” (BUCHER, 1995):

Ações preventivas em populações em situação de risco são urgentes, mas não podem ser improvisadas. Elas exigem **planejamento** (de preferência participativo), com base no conhecimento das suas condições de vida mediante levantamento diagnóstico e contatos intensos de familiarização, Em seguida, exigem seleção e capacitação ade-

quadas dos educadores sociais e agentes de saúde, mobilização das lideranças detectadas, cooperação com organizações comunitárias existentes e ONG, acompanhamento e avaliação das atividades.

Além do que já vaticinava que de nada adiantaria se não associasse qualquer trabalho de prevenção a uma melhoria nas condições de vida dessas populações em situação de risco, pois ficaria demasiadamente destoante da realidade sofrida daquela população.

Não chegamos a conclusões melhores que os já publicados em 1995 (VENTURA DA SILVA, 1995), já na apresentação da sua obra *Legislação sobre DST e AIDS no Brasil*:

Nesse sentido, a divulgação em escala cada vez mais ampla **dos direitos e deveres dos cidadãos e do Estado** constitui, por certo, um dos alicerces mais sólidos para democratização cada vez maior do país, e conseqüentemente a reafirmação da cidadania (grifo nosso).

Servimo-nos disso para dizer que nossa pesquisa acabou contemplando, ou melhor, desvelando para nós, que o trabalho com essa população específica não exclui as necessidades de qualquer outro segmento sofrido da nossa sociedade tão injusta em termos de oportunidades de educação, saúde, trabalho e, como um todo, a cidadania. Tal como conclui uma publicação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1999):

É nítido no quadro brasileiro que os direitos civis e políticos ainda não foram perfeitamente internalizados pelos cidadãos, e que direitos sociais básicos como a saúde, educação e assistência social não se encontram plenamente assegurados.

Em 22/10/02, O jornal O Globo, na seção O País, anunciava a criação de mais uma associação de prostitutas no Piauí. Agora são 27 associações criadas e mais 32 em processo de criação. Talvez seja esse um dos caminhos a serem incentivados como promotores da dignidade, da cidadania, e por conseqüência, da saúde.

4. Quanto ao trabalho de pesquisa

Ao invés de fechar o texto numa conclusão, ou em “recomendações” como preferem alguns autores, parece-me mais necessária uma reflexão sobre o trabalho. Foram muitos momentos diferentes, foram trabalhos e vivências diferentes, um caminho árduo da certeza para a incerteza, do sabido para o ignorado, da estrutura para o caos, de “profissional-pesquisador-científico” para “pesquisador-estudante”.

Este momento nada mais tem a ver com a idéia original do projeto. Aquele acadêmico pesquisador pretensioso não existe mais, restou apenas um cidadão um pouco mais ciente de suas limitações como profissional de saúde. O técnico em comunicação que pretendia oferecer sugestões eficientes para uma comunicação eficaz, recolheu-se em sua ignorância, calou-se. Faz-se necessário recorrer a palavra de outro para relatar a própria vivência:

Se vejo o “vivido”, aquilo que vejo não é mais o puro vivido, mas o “vivido” visto, e portanto de determinado modo formulado. Se digo o vivido, aquilo que digo já é o vivido dito, e portanto composto por palavras. Meu acesso de pesquisador ao vivido se dá portanto como através de versões dele. (Amatuzzi, in BRUNS, 2001)

VI. Conclusão

Foram sete meses de trabalho de campo, de Internet e de biblioteca. No campo, fazendo visitas de aproximação e de aprendizado, afinando os ouvidos para ouvir o clamor de um povo sofrido que nem sabe reclamar, uma comunidade que se defende fazendo graça com a própria desgraça. Na Internet, navegando por tudo que estivesse ligado a sexo, prostituição, comunicação, saúde. Na biblioteca, tanto própria quanto do serviço e da universidade, a busca de orientações para um trabalho consistente, metodologicamente correto, cientificamente aceitável.

Não me atrevo a dizer conclusões, pois o trabalho só levantou mais dúvidas. O trabalho realizado não é o trabalho terminado, mas o trabalho começando. Continuam as dúvidas sobre a efetividade dos processos de comunicação sobre prevenção, continuam as dúvidas sobre a eficiência dos serviços de saúde, continuam os gastos com campanhas, projetos com muitos efeitos especiais e muita maquilagem, continuam dúvidas antigas e surgiram muitas outras novas sobre a atividade acadêmica, sobre o saber fazer - “*De boas intenções*”, já dizia Dewey em 1900, “*o inferno está cheio*”, quando discutia o pragmatismo necessário ao trabalho universitário.

Gostaria de ter a certeza de ter feito o trabalho de forma correta e de poder apresentar um resultado representativo do esforço realizado. Matematicamente o trabalho é uma medida de resultante (*força × deslocamento*), e neste trabalho só pudemos aferir a força empregada, ainda não temos a medida de deslocamento possível. Mesmo que a atividade (as “garotas de programa”) e o serviço de saúde não mudarem, não houver um deslocamento, posso garantir que o pesquisador já mudou – isso representa um resultado do trabalho.

VII. Anexos

A. Figuras



Figura 1 - O Bráulio



Figura 2 - Carnaval do Peru



Figura 3 - Sem camisinha não dá



Figura 4 - Com camisinha você se dá melhor ainda



Figura 5 - Você tem profissão



Figura 6 - Profissionais do sexo



Figura 7 - Respeito é bom, eu gosto e custa pouco

VIII. Referências bibliográficas

AIDS.gov.br <http://www.AIDS.gov.br>

- Anais do IV SEMPE – Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão, São Carlos 29-31 ago 2001. *PRÁTICAS EDUCACIONAIS INTERATIVAS COM PROFISSIONAIS DO SEXO*. Profa Dra. Maria Waldenez de Oliveira; Luciana Furlanetto Pereira; Maria Eduarda Zoppi; Carina Pinto da Silva; Flávia do Carmo Ferreira. Departamento de Metodologia de Ensino/Universidade Federal de São Carlos - SP. Joyce Moreno (garota de programa)
- BRASIL, Cadernos UNESCO. *AIDS: o que pensam os jovens*. Brasília: Unesco, UnAIDS, 2002. 84 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A resposta Brasileira ao HIV/AIDS: Experiências exemplares*. Brasília, 1999. 180 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. 2ª. ed. Brasília, 1998. 25 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) – Manual de bolso*. Brasília, 2000. 88 p.
- BRUNS, M.A.T. e HOLANDA, A.F. (orgs) *Psicologia e pesquisa fenomenológica – reflexões e perspectivas*. São Paulo: Omega Editora, 2001. 142 p.
- BUCHER, R. *Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco*. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 1995. 28 p.
- DIR-IV, *Boletim Epidemiológico Regional* – ano I, no. 1, dezembro 1999. Franco da Rocha-SP
- FORGHIERI, Yolanda Cintrão. *Psicologia fenomenologica: fundamentos, métodos e pesquisa*. São Paulo: Pioneira, 1993.
- LAROSSA, J. *Pedagogia profana*. Belo Horizonte: 2000. 208 p.
- PAIVA, Vera. *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus, 2000. 310 p.
- ROSSI, P.S. *Aconselhamento ou acolhimento: um drama em dois ou três atos*. <http://geocities.yahoo.com.br/psrossi>
- SANTAELLA, Lucia. *Comunicação e pesquisa: Projetos para mestrado e doutorado*. São Paulo: Hacker Editores, 2001. 216 p.
- VENTURA DA SILVA, M. *Legislação sobre DST & AIDS no Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 1995. 642 p.

IX. Glossário

AIDS Sigla original da expressão em inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome (em português seria SIDA- Síndrome da imunodeficiência adquirida). Identifica um processo viral que ataca o sistema imunológico humano e destrói as células que defendem o organismo contra infecções. Quando isso ocorre, a pessoa fica vulnerável a uma grande variedade de doenças graves, como pneumonia, tuberculose, meningite, sarcoma de Kaposi e outros tipos de câncer. São estas infecções oportunistas que podem levar o doente de AIDS à morte. O vírus que causa a AIDS, o HIV (Human Immuno Deficiency Virus), já foi isolado em diferentes concentrações de materiais ou líquidos orgânicos: no sangue, no esperma, nas secreções vaginais, na saliva, na urina e no leite materno. Porém, ainda não se comprovou qualquer caso de infecção por meio de saliva ou urina. Comprovadamente, pode se dar por meio de transfusões sanguíneas, pelo uso compartilhado de seringas e/ou agulhas e nas relações sexuais. A mãe portadora do vírus ou doente de AIDS também pode transmitir o HIV a seu filho durante a gravidez, no parto ou pelo aleitamento materno. Alguns medicamentos vêm sendo usados com relativo sucesso no combate à AIDS. A cura da doença, no entanto, ainda não foi descoberta e uma vacina que a previna também é uma possibilidade distante. No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram notificados em 1980, tendo sido registrados cerca de 120 mil casos até novembro de 1997. Em francês, português e espanhol, a sigla correspondente é SIDA. No Brasil, o mais comum é o termo AIDS.

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico, foi um serviço criado a nível federal (Ministério da Saúde – Coordenação Nacional DST/AIDS) para atendimento da demanda espontânea das pessoas que quisessem fazer o teste sorológico do HIV em caráter confidencial e até, se quiser, anônimo. Há um atendimento individual ou coletivo quando da palestra sobre prevenção e conhecimento das DST, e um atendimento sempre individual quando da apresentação do resultado do teste. Paralelamente há um serviço de apoio psicológico, quando houver demanda para tal, tanto antes como depois do resultado da testagem sorológica. Posteriormente houve a sugestão para mudança do nome para CTA – Centro de Testagem Anônima, mas nosso serviço continua com a denominação original.

CTA – Centro de testagem anônima - Vide COAS

DST – Doença sexualmente transmissível.

HIV - (Human Immuno Deficiency Virus) Vírus da imunodeficiência humana.

Profissionais do sexo: A Coordenação Nacional de DST/AIDS, tem utilizado esse termo para denominar as pessoas, homens e mulheres, que vivem da prática da relação sexual como fonte de renda, independentemente ao local de exercício da profissão (zonas de prostituição, boates, bares, ruas, etc.) Neste trabalho, as pessoas contatadas por nós sempre referem a si próprias como “garotas de programa”, não gostam da denominação “profissionais do sexo”.

SIDA – vide AIDS

Sorologia (teste sorológico) – medição da quantidade de anticorpos no soro de indivíduo infectado, estudo clínico correspondente ao teor de anticorpos e emprego de reações sorológicas para detectar antígenos.