

Kátia Edmundo^ICecília de Mello e Souza^{II}Maria Luiza de Carvalho^{III}Vera Paiva^{IV}

Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial

HIV vulnerability in a shantytown: the impact of a territorial intervention, Rio de Janeiro, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o impacto da implementação de um programa participativo de promoção da saúde sexual em uma comunidade empobrecida, e descrever como o uso dos espaços públicos e privados para práticas sexuais constitui-se um fator que exacerba a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

MÉTODOS: Estudo etnográfico conduzido em 2002, em favela localizada no município do Rio de Janeiro. Os 6.000 moradores viviam em condições de vida deficitárias em que se verificou a ausência de políticas públicas, postos de saúde, lazer, oportunidades de emprego e segurança, o que consolida o poder de grupos criminosos. Foram abordadas as condições referentes à saúde sexual e à implantação do programa participativo de promoção da saúde sexual pelo Núcleo Comunitário de Prevenção, criado por uma organização não-governamental. Após dois meses de observação participante, foram realizadas 35 entrevistas semi-estruturadas em profundidade com moradores com idade entre 17 e 65 anos. Foram analisadas 11 histórias de vida de líderes comunitários e agentes comunitários de prevenção e sete grupos focais formados a partir dos grupos pré-existentes na comunidade. O material foi categorizado e analisado qualitativamente.

RESULTADOS: A precariedade das moradias favorecia maior exposição às práticas sexuais, acentuando o estigma de ser morador de favela vivenciado pela comunidade. Com a implantação do programa do Núcleo, crianças, jovens e adultos se familiarizaram e passaram a ter conhecimento sobre prevenção do HIV/Aids; e jovens e adultos passaram a ter acesso a preservativos.

CONCLUSÕES: Os resultados decorrentes da intervenção mostraram que embora a vulnerabilidade permaneça, a prevenção pode ser inserida na cultura local. A prevenção da Aids pode ser fomentada por meio de uma abordagem territorial com base na participação dos moradores e no fortalecimento da organização coletiva.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle. Sexualidade. Promoção da saúde. Educação em saúde. Vulnerabilidade em saúde. Áreas de pobreza. Centros comunitários de saúde. Serviços de saúde comunitária Pesquisa qualitativa. Brasil.

^I Centro de Promoção da Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Maternidade-Escola. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cecília de Mello e Souza
Programa EICOS, Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Pasteur, 250
22290-240 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: ceciliam@ufjf.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the impact of a participatory sexual health promotion program implemented in a poor community and describe how the use of public and private spaces for sex is a factor that exacerbates vulnerability to HIV/Aids.

METHODS: This ethnographic study was conducted in a Rio de Janeiro shantytown in 2002. Six thousand people live in precarious living conditions in which the lack of public policies, health posts, recreational activities, employment opportunities, and security consolidates power in criminal groups. Issues related to sexual health were addressed in addition to a participatory sexual health program implemented by a Community HIV Prevention Center established by a non-governmental organization. After two months of participatory observation, 35 semi-structured in-depth interviews were conducted with community members between the ages of 17 and 65. Eleven life histories of community leaders and HIV prevention promoters and seven focus groups formed from pre-existent community groups were analyzed. The material was categorized and analyzed qualitatively.

RESULTS: The precarious nature of living conditions contributes to increased exposure to sexual practices while also enhancing the stigma experienced by the community for living in a shantytown. Through the implementation of the program by the Community HIV Prevention Center, children, teenagers and adults have become familiar with and knowledgeable of HIV/AIDS prevention; and teenagers and adults gained access to condoms.

CONCLUSIONS: Although vulnerability to HIV was not affected, research results reveal that HIV prevention can become part of the local culture. HIV/AIDS prevention can be fomented by a local approach based on community participation and strengthening collective organizing.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. Sexuality. Health promotion. Health education. Health vulnerability. Poverty areas. Community health centers. Community health services. Qualitative research. Brazil.

INTRODUÇÃO

Uma correlação empírica entre Aids e pobreza tem sido encontrada em todo o mundo.^{13,17} A epidemia da Aids caracteriza-se por um sinergismo epidemiológico ou sindemia,¹⁹ no qual diferentes fatores e/ou a co-ocorrência de epidemias convergem para a formação de um ambiente social desfavorável, que por sua vez gera a vulnerabilidade ao HIV.^{1,17} Nesse contexto, observa-se também abuso de substâncias, violência, iniquidade de gênero, pobreza, problemas de saúde mental, além de HIV/Aids.^{13,17,21} Embora a necessidade de se considerar a sinergia de pragas²² esteja sendo gradativamente reconhecida na literatura sobre promoção da saúde, raramente se define um plano de ação que englobe epidemias co-existentes, que levam à vulnerabilidade à Aids e a outros problemas.^{14,16} Não é necessário resolver todos os problemas sociais e epidemias co-existentes que levam à vulnerabilidade ao HIV/Aids para que sejam obtidos resultados positivos por meio de ações

locais de prevenção. Relativamente poucos responsáveis pelas políticas públicas e líderes comunitários têm compartilhado suas experiências e conhecimento obtido com abordagens inovadoras desenvolvidas em comunidades empobrecidas.^{2,7,20}

Nas regiões urbanas brasileiras, as populações mais pobres residem em favelas, um dos típicos locais onde a sinergia de pragas é encontrada. Em geral, as favelas apresentam altas taxas de doenças infecciosas e não-infecciosas, violência doméstica e estrutural, abuso de álcool e drogas, abuso de crianças, depressão, estigma, discriminação, violação dos direitos humanos e, nas últimas décadas, a infecção pelo HIV/Aids.

Nesse sentido, a partir de 1996, a organização não-governamental Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) criou os Núcleos Comunitários de Prevenção. Esses

núcleos promovem a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e Aids em várias comunidades populares no Rio de Janeiro. Cada Núcleo organiza um espaço educacional em sua sede, localizado geralmente em uma associação comunitária e realiza atividades de prevenção planejadas e desenvolvidas por agentes comunitários de prevenção, representados por lideranças locais.⁸ O objetivo do CEDAPS é produzir uma resposta social criada *na e pelas* comunidades visando à expansão de uma prevenção restrita ao HIV/Aids para a perspectiva da promoção da saúde.^{4,24}

Em 2001 iniciou-se a implantação da estratégia dos núcleos comunitários de prevenção na favela de Vila Consolação,* por meio de levantamento das necessidades locais, conduzido pelas autoridades municipais.** O HIV/Aids foi considerado pelos moradores a primeira prioridade para ação de políticas públicas, e a prevenção foi entendida como um ponto de entrada para o desafio contra a sinergia de pragas.

O presente artigo teve por objetivo verificar o impacto da implementação de um programa participativo de promoção da saúde sexual em uma comunidade empobrecida, com base na análise do uso dos espaços públicos e privados para práticas sexuais, como um fator que exacerba a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Entre julho e dezembro de 2002, um estudo etnográfico foi realizado na favela “Vila Consolação”,* localizada no Município do Rio de Janeiro. O estudo enfocou as condições locais sobre a saúde sexual e a resposta da comunidade ao programa de sexo seguro implementado pelo Núcleo Comunitário de Prevenção.

“Vila Consolação” é uma comunidade com cerca de seis mil habitantes, localizada na zona oeste do Rio de Janeiro, a mais de 70 km de distância do centro economicamente ativo. A comunidade apresenta características rurais e está isolada de outros bairros. Três sub-áreas, marcadas pela tipologia de suas habitações, dividem esta comunidade. A parte baixa da favela é formada por blocos chamados vagões (por se assemelharem a vagões de trens). Cada vagão possuía oito domicílios, divididos por paredes finas e frágeis, às vezes confeccionadas com roupas ou papelão pelos próprios moradores. A maioria dos domicílios continha apenas um cômodo. Os vagões foram construídos como moradias temporárias pelo governo há mais de 30 anos, quando as primeiras famílias foram deslocadas do centro da cidade para esta comunidade. A parte alta da comunidade é formada por conjuntos geminados contendo dois cômodos cada. A

terceira parte é formada por unidades habitacionais, espalhadas em loteamentos clandestinos formados durante as últimas décadas.

Após dois meses de observação participante e entrevistas informais sobre a vida comunitária e as atividades do Núcleo, foram realizadas 35 entrevistas semi-estruturadas em profundidade com moradores, dos quais 12 eram homens e 23 mulheres. Os entrevistados eram predominantemente negros e desempregados, refletindo o perfil demográfico da comunidade. As idades variaram entre 17 e 65 anos com escolaridade média de cinco anos. Além disso, foram analisadas 11 histórias de vida de líderes comunitários e agentes comunitários de prevenção. Sete grupos focais foram formados, a partir dos grupos pré-existent na comunidade, vinculados por relações institucionais (creche, escola, igrejas) e/ou de vizinhança.

Para as entrevistas e grupos focais foram selecionados: lideranças comunitárias, agentes comunitários de prevenção, moradores que desconheciam o Núcleo e seus frequentadores, lideranças religiosas, profissionais de escolas e creches, e grupos de jovens. As entrevistas realizadas nas residências e/ou em espaços localizados na própria comunidade perfizeram cerca de 70 horas de gravação e 172 horas de observação participante, registradas em diários de campo. Os moradores foram identificados com nomes fictícios.

As entrevistas e os grupos focais incluíram temas como: HIV/Aids, infecções sexualmente transmissíveis (IST), sexualidade, métodos contraceptivos e reprodução, saúde, família, lazer, trabalho, qualidade de vida na comunidade, projetos individuais e coletivos, sonhos e perspectivas de vida, e a resposta da comunidade às atividades do Núcleo. As entrevistas, as histórias de vida e os grupos focais foram registrados em diários de campo, gravados e posteriormente transcritos. Os dados foram codificados e inseridos em banco de dados utilizando o programa “Atlas ti”.*** Foi conduzida uma análise de conteúdo a partir das categorias referentes à socialização sexual, sexualidade e percepção sobre o Núcleo e seus serviços.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Aspectos sociais da favela estudada

Observou-se que os cômodos eram pequenos com densidade habitacional de mais de duas pessoas por

* Nome fictício

** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Diagonal Consultoria. Diagnóstico Social de V. P. Rio de Janeiro, RJ; 2001

*** Atlas ti. The Knowledge Workbench. Visual qualitative data analysis management and theory. Building version: WIN 4.2 (Buid 058) Scientific Software Development [software na Internet]. Berlim; 2004.

cômodo, em cerca de metade dos domicílios (48,5%), índice maior do que o da média nacional (14,9%).* As condições de moradia, segundo os residentes, são marcadas por permanentes degradações. Nas próprias palavras dos moradores, as casas se caracterizam por: “madeiras podres”, “telhas antigas”, “casa destruída”, “vazamento de esgoto”, “falta instalação elétrica”, “têm ratos”, “têm valão bem perto”, “expostas a tiros e bala perdida”.

A favela possuía apenas uma escola pública, índice de desemprego de 78% e não contava com postos de saúde.** Não havia transporte público e opções de lazer. O posto de saúde mais próximo estava localizado na comunidade vizinha, mas inacessível devido à guerra entre grupos de traficantes. A falta de políticas públicas que visem à promoção dos direitos humanos e cidadania consolida o poder do narcotráfico.

*“(…) aqui é um tipo de lugar que você não pode ir pro Romarão, ** você não pode ir por Andarilho, ** você não pode ir pras Três Lagoas ** você não pode ir pra lugar nenhum, porque quando eles [traficantes de drogas] cismam que daqui não pode passar pra lá [limites entre grupos traficantes], nada se faz.”* (João, agente comunitário, 17 anos, entrevista)

Há diversidade de valores e comportamentos neste território. Muitas famílias participam de diferentes grupos religiosos (53,1%);* outras estão ligadas ao tráfico de drogas, aos grupos formados nos bares e ruas da favela; outras se restringem aos grupos familiares.

Cenário e exposição sexual

Segundo os moradores, as condições de vida e as características físicas das moradias influenciam diretamente a vida sexual. A divisão precária entre as casas limita a privacidade sexual e permite que vizinhos sejam expostos a sons e cenas de unidades adjacentes. Os moradores percebem a exposição da vida sexual de familiares e vizinhos como algo que introduz precocemente as crianças ao sexo.

“(…) aqui as casas são todas pequenas, cada casa tem, acho cinco ou seis filhos, (…), não tem como os homens dormirem entendeu? Ai cara bebe, ou então a mãe bebe, e ‘manda ver’ [fazer sexo]. As crianças, né, vêem tudo, acordadas (…)” (Marcília, 25 anos, entrevista)

“Tem pai que faz as coisas e os filhos já crescem vendo isso, não respeita a criança, na frente da criança tá fazendo isso, a criança vê, vai crescendo e quer fazer também (…) assim na frente, tava lá sentado na cama vendo televisão, o pai e a mãe atrás fazendo isso.” (Valeriana, 23 anos, moradora-educadora, grupo focal)

A falta de privacidade é percebida com uma limitação à vida sexual, causando infelicidade, além de vergonha em relação ao local onde moram.

“(…) foi ontem, antes d’ontem, eu acordei mal humorada, com muita tristeza e aquilo ali me revoltou, o meu vizinho fazendo sexo com a esposa dele, lá da minha casa dava pra ouvir tudo, é horrível menina, e eu na minha, eu penso logo, se eu tivesse uma casa só pra mim eu não ia ter que ouvir isso, meu filho crescendo, ‘mãe que isso?’” (Eliete, 26 anos, entrevista)

Algumas casas abandonadas da comunidade eram utilizadas como locais para a prática do sexo, disponíveis para casais ou funcionando como casas de prostituição, onde atividades sexuais eram publicamente expostas.

Os jovens têm acesso limitado a opções de lazer e a atividade sexual normalmente ocorre no “mato”.

Pequeno: *“Mas não tem lugar bonito pra levar a namorada... outro dia eu fui namorar com minha namorada e fiquei de frente ao valão.”*

Reginaldo: *“Tem que ir lá pro meio do mato, cheio de mosquito... por isso tem um monte de mulher grávida.”* (Conversa entre jovens, observação participante)

Os entrevistados também vêem a pobreza e a proximidade com o narcotráfico como um fator que agrava a vulnerabilidade das crianças à violência e à exploração sexual.

“(…) essas meninas vendem o corpo por um hambúrguer... dez centavos é só pra passar a mão. Por cinquenta tiram a roupa. Um real faz o serviço completo.” (Mariano, 24 anos, entrevista)

O ato sexual é comumente marcado pelo perigo e transgressão. As casas vazias são utilizadas como motel. O mato também serve para o que João (17 anos, agente comunitário, observação participante) chamou de “acasalamento ao luar”. Fátima (31 anos, agente comunitária, observação participante) concordou:

“Cansei de passar e ver nego nos becos... ai é onde eu acho que não usam camisinha... tem menina de 12, 13 anos grávida.”

Estas percepções agravam o estigma associado aos moradores em favelas. Os entrevistados descreveram a sexualidade presenciada na favela como exacerbada. Fala-se publicamente sobre práticas sexuais. Membros do “movimento” (tráfico de drogas), por exemplo, frequentemente tornam públicas suas conquistas sexuais violentas.

* Bonatto D, Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Souza R. Diagnóstico comunitário participativo de VP. Rio de Janeiro: Centro de Promoção da Saúde; 2003.

** Favelas próximas ao local estudado.

“Tem um, ele ali que já estuprou uma menininha de um ano... Eles [integrantes do tráfico] pegam as crianças e estupram.... eles pegam e ficam mandando a gente mamar no negócio deles... e se a gente não fizer eles dizem que batem...” (Menina de 9 anos, observação participante)

O exibicionismo do sexo violento está associado ao poder e à virilidade, agravando ainda mais a vulnerabilidade, que deve ser considerada nas estratégias de prevenção, específicas para o contexto cultural e social.

O Núcleo e sua intervenção na cultura sexual

Nesse cenário de vulnerabilidade social, o Núcleo mobilizou a comunidade em torno da discussão sobre práticas sexuais seguras desde a sua implementação, a partir da relação de proximidade estabelecida por meio do agente comunitário de prevenção. Utilizando códigos e linguagem local, o agente comunitário de prevenção insere informações e reflexões sobre a importância de adoção de práticas preventivas pela população local. Desde o início de suas atividades, tais como a organização do espaço físico do Núcleo e a abordagem educativa direta ao morador, o número de moradores inscritos para receber preservativos mensalmente tem crescido continuamente (Figura).

A distribuição regular de preservativos requer a busca espontânea dos moradores inscritos e atinge a média de 2.880 peças por mês.*

Os entrevistados reconhecem o Núcleo como um espaço comunitário para discussões sobre a possibilidade de práticas sexuais mais seguras.

“(...) as próprias pessoas quando viram o trabalho do Núcleo, a gente fazendo palestra fazendo camêlo educativo aqui na comunidade, eles começaram a despertar, o quê que é isso, o quê que está acontecendo? (...) o Núcleo entrou, chegou aqui, porque as pessoas não podiam ir lá fora buscar, aí hoje temos um Núcleo aí, que funciona as pessoas podem vir livremente, pegar preservativo, usarem...” (Renata, 28 anos, agente de prevenção, entrevista)

“(...) o Núcleo é importante porque tem pessoas que não sabem totalmente, não sabem como se prevenir. Tem gente que acha que é uma besteira, ‘usá camisinha pra quê? Evitá o quê, não vai pegá nada mesmo, né, se evitá pega, se não evitá pega também’, aí então eu acho que isso é muito importante.” (Betânia, 21 anos, moradora, entrevista)

O Núcleo abriu a discussão sobre a incorporação de preservativos ao cenário sexual. Jovens entrevistados

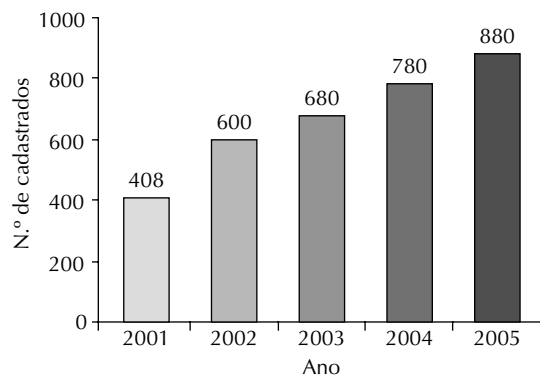


Figura. Número de moradores cadastrados para receber preservativos no Núcleo Comunitário de Prevenção. Rio de Janeiro, 2001 a 2005.

responderam positivamente ao Núcleo e aos agentes de prevenção, tornando-se freqüentadores assíduos e participando ativamente das atividades propostas.

Da mesma forma que as crianças são expostas à atividade sexual de adultos, também aprendem sobre preservativos, encontrados usados pelas ruas onde brincam. Elas mostraram o Núcleo para a professora durante uma atividade educacional, e o descreveram como um local em que jovens e adultos têm acesso ao preservativo.

Pesquisadora: *Você conhece o núcleo de prevenção?*

“Não. Eu ouvi falar. As crianças mesmo falaram, falam também da camisinha. E falam até com uma coisa, como se conhecessem, se usassem. Às vezes a gente faz caminhada pela comunidade com as crianças, na época da colônia de férias, aí as crianças que mostram, é ali onde tem né?...” (Valeriana, 23 anos, moradora-educadora, grupo focal)

No entanto, há limitações no que se refere aos insumos e abrangência das ações de prevenção. O número de preservativos disponíveis para distribuição é insuficiente para a demanda local. Além disso, o programa de prevenção não alcança todos os grupos sociais da comunidade, especialmente mulheres que sofrem violência, membros de igrejas e homens que se negam a experimentar e usar o preservativo.

As novas fontes de informação propiciadas pelo Núcleo e o acesso ao preservativo incitam o reconhecimento da necessidade do uso do preservativo.

Reginaldo: *“Uso camisinha. Senão ela tava grávida já.”*

Pesquisadora: *“Usa sempre?”*

* CEDAPS/EICOS-UFRJ. Projeto Núcleos Comunitários de Prevenção das DST/Aids. Termo de Cooperação n.º 819/03. Relatório de progresso semestral; 2004.

Reginaldo: “*Sempre que nós vai...*” (rebola, interpretando os movimentos sexuais).

Pesquisadora: “*Onde você pega camisinha?*”

Reginaldo: “*No Núcleo. Tem que usar para não pegar filho, tem as doenças...*”

Pesquisadora: “*É bom usar?*”

Reginaldo: “*Quer dizer, não acho bom não, pra namorar, mas tem que usar...*”

Ivonete, que trabalhava no Núcleo: “*Esse aqui era meu cliente assíduo*”. (Conversa no núcleo, Reginaldo, 18 anos, morador, observação participante)

Vários moradores entrevistados descreveram como decidiram usar o preservativo, influenciados por cartazes e conversas com as agentes comunitárias:

“*(...) Ai eu fui lá e pedi uma camisinha. Ai eu falei: ‘Ai meu Deus, como eu boto isso?’ E meu marido nunca transou também de camisinha. E pelos dados, quando eu conheci ele, ele só teve uma mulher, né? (...) Então, ele teve a mulher dele lá e não teve mais ninguém, entendeu? Ele falou: ‘Não Luciana, eu sou um homem assim, de ter uma mulher, entendeu? E eu não converso as coisa não, nem com a mulher lá’, ele fala. Ai meu Deus onde eu tava, segura... (risos). Ai eu – Segura aí na ponta, segura aí na ponta. Porque lá no Núcleo tem muito cartaz, muito se fala, aí eu falo – Segura aí na ponta, vai desenrolando, vai desenrolando. Então foi a primeira vez que a gente teve relação com camisinha, e ele gostou.*” (Luciana, 26 anos, moradora, entrevista)

O mesmo ambiente que torna a atividade sexual pública também facilita a disseminação de informações e técnicas de sexo seguro.

“*Vem cá, vamos conversar, sentem aí. As meninas se acomodam na sala como se fôssemos fofocar. Uma delas fala: ‘vem logo, para a reunião dos telefones’ e outras chegam. Elas começam a falar e rir ao mesmo tempo, à medida que eu vou perguntando se elas usam camisinha ou não começa o bate-papo.*” (Ivonete, 27 anos, agente de prevenção, entrevista)

Os preservativos são distribuídos de maneira a facilitar seu acesso. Um exemplo claro é o de um agente comunitário de prevenção que distribui preservativos em horários noturnos pela janela de sua própria casa. A comunidade reconhece a importância do acesso à informação e ao preservativo.

Os residentes da favela enfrentam vários estigmas que reforçam sua desvalorização pessoal. O incentivo às atitudes de prevenção de doenças como o HIV/Aids parece estar profundamente relacionado à valorização como pessoa:¹⁸

“*(...) se você é discriminado: ‘burro, burro, ignorante, ignorante’, um dia você vai ficar burro mesmo tão te dando aquela marca. A partir do momento que modifica aquela história, que te dão uma oportunidade, que falam que você é capaz, que você é um profissional, que você é um professor, você é marceneiro, você é gente, aí você vai querer ser gente.*” (Fabiola, 39 anos, entrevista)

O conhecimento sobre prevenção é considerado uma sabedoria a ser conquistada, associada ao direito à saúde e à capacidade de se prevenir, como explicado por Paulo (40 anos) em um grupo focal:

“*A única coisa que ninguém te tira é a sua sabedoria, o seu conhecimento, a sua inteligência, a sua capacidade, a sua integridade ninguém tira. Porque você pode ser pobre, mas você tem que ser íntegro. Pra você ser amado, você tem que saber, a sua sabedoria. Mas se continua a mesma coisa, não tem aquela coisa assim, aquele respeito pelo corpo, por si próprio aí dá no que dá né, doença com certeza.*”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação etnográfica do cenário sexual em “Vila Consolação” mostra como o planejamento urbano pode promover a exclusão social e a violência estrutural. Esse processo teve início com a segregação da comunidade pelas autoridades municipais para áreas distantes dos recursos públicos, incluindo educação e saúde, permitindo que se tornassem presas do narcotráfico por décadas. A falta de privacidade produzida por essas condições de moradia transmite práticas entre gerações, por meio da observação direta de cenas de sexo por jovens ou pelo próprio abuso sexual que sofrem, agravando a vulnerabilidade ao HIV/Aids e a outras IST.⁵

O estigma é também um obstáculo à promoção da saúde. A percepção deste estigma¹⁸ torna natural a exposição coletiva e a falta de proteção, como parte do destino dessa comunidade. Sem políticas públicas que possam mitigar a pobreza e prover acesso à segurança e saúde, estimula-se o fatalismo. Este, pode ser desafiado quando os residentes são considerados cidadãos com direitos, por exemplo, ao acesso universal e gratuito aos serviços de saúde. Mesmo em uma favela em meio ao narcotráfico, o desafio pode começar com simples iniciativas como a distribuição de preservativos e a criação de espaços seguros de diálogo.

O Núcleo é reconhecido pelos entrevistados como a fonte mais próxima de informação confiável e de acesso a preservativos, insumo fundamental para conferir concretude à abordagem comunitária de prevenção. Desse modo, o Núcleo se estabelece como uma ponte entre a população e o agente de prevenção. A busca espontânea pelo preservativo no interior da comunidade pode ser

considerada um indicador de que os moradores estão mais sensibilizados e informados sobre a importância da inserção do preservativo em suas práticas sexuais. O contexto sexual passou a incluir a proteção em seus elementos, tendo seu papel fundamental na socialização sexual.

A percepção e a prioridade dada à Aids varia entre as favelas do Rio de Janeiro. Em outra favela, em 1997, problemas como fome e violência foram considerados mais prioritários.¹² Em 2001* e como mostra o presente estudo, a Aids foi percebida como um problema em potencial pelos moradores de Vila Consolação. O estudo de Grimberg¹¹ sobre mulheres jovens na Argentina sugere a necessidade de se trabalhar em termos de políticas de prevenção baseadas em programas multi-estratégicos. As estratégias devem partir do contexto sexual, das vivências, da interpretação e das necessidades da população participante. Vários autores^{5,6,20,23} relataram que intervenções de base comunitária colaboram para o maior interesse da comunidade em ações preventivas e são capazes de fortalecer as redes sociais e implementar as mudanças em nível local, promovendo melhorias nas condições de vida.^{8,19}

A estratégia de prevenção ao HIV/Aids produzida a partir dos territórios populares em suas múltiplas relações sociais, que vem sendo adotada pelo CEDAPS, tem promovido uma sinergia de respostas de membros da comunidade em muitas outras frentes.^{1,3,8,9} O desafio é manter este esforço e ampliar seu impacto, visto tratarem-se de ações locais, voluntárias, ainda não integradas à lógica de funcionamento do sistema público de saúde.

O aspecto espacial da sindemia descrita no presente artigo evidencia o desafio de elaborar programas de prevenção a partir do conceito de vulnerabilidade.¹ A implementação do programa requer interdisciplinaridade, participação comunitária e promoção dos direitos humanos.¹⁰ A dimensão estrutural da vulnerabilidade ao HIV possui efeito negativo direto sobre a família e a vida comunitária, juntamente com o impacto sobre

a vulnerabilidade individual.¹⁸ Projetos como o aqui descrito oferecem a oportunidade de desafiar sindemias. Difícilmente o abuso de drogas e a pobreza em uma favela serão completamente resolvidos, mas programas participativos podem promover ações comunitárias com intervenções realistas e de custo-efetividade adequados em termos de uma política pública de prevenção.

Um melhor entendimento sobre os problemas sociais que aumentam a vulnerabilidade à Aids pode ser utilizado para fomentar a mobilização individual e comunitária dentro de um contexto que promova os direitos humanos. Ao pensar em Aids como um dos elementos de uma sindemia,¹⁹ evidencia-se a necessidade de desenvolver iniciativas que transcendam o controle da epidemia a partir da lógica prescritiva, produzida por especialistas externos.¹⁶ Os participantes de programas de prevenção devem ser vistos não como consumidores de comportamentos a serem aderidos, mas como colaboradores da inovação social e individual.¹⁴ A promoção da saúde sexual deve considerar a atividade sexual inserida em seu contexto cultural e social (seu cenário sexual) e não apenas os comportamentos sexuais específicos.¹⁵

Conclui-se que é possível lidar com situações de vulnerabilidade social ao HIV/Aids na própria comunidade, mesmo sem que os principais problemas estruturais tenham sido resolvidos. A ausência de privacidade que contribui para acentuar a vulnerabilidade também é capaz de favorecer a disseminação da informação sobre sexo seguro. Os fatores que produzem a vulnerabilidade permanecem, mas o uso do preservativo pode se tornar parte da rotina sexual dos moradores.

AGRADECIMENTOS

Aos moradores da favela estudada; à organização não-governamental Centro de Promoção da Saúde; à equipe que coletou os dados nas comunidades: Vanessa Fonseca, Irene Lowenstein, Jonas Magalhães, Rosane Marques de Souza, Lina Rojas e Márcio Villard; e às contribuições críticas de Ron Stall e Claire Brindis.

* Bonatto D, Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Souza R. Diagnóstico comunitário participativo de VP. Rio de Janeiro: Centro de Promoção da Saúde; 2003.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czaresnia E, Freitas CM, editores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
2. Ayres JRCM. Educational practices and the prevention of HIV/AIDS: lessons learned and current challenges. *Interface - Interface Comun. Saude Educ.* 2002;6(11):11-24.
3. Becker D, Edmundo K, Nunes N, Bonatto, D, Souza, R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Cienc. Saude Coletiva*. 2004;9(3):655-67.
4. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc. Saude Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
5. Chillag K, Bartholow K, Cordeiro J, Swanson S, Patterson J, Stebbins S, et al. Factors affecting the delivery of HIV/AIDS prevention programs by community-based organizations. *AIDS Educ Prev*. 2002;14(Supl A):27-37.
6. Connell P, Mckevitt C, Low N. Sexually transmitted infections among black young people in South-East London: results of a rapid ethnographic assessment. *Cult Health Sex*. 2001;3(3):311-27.
7. Dilger H. Sexuality, AIDS, and the lures of modernity: reflexivity and morality among young people in rural Tanzania. *Med Anthropol*. 2003;22(1):23-52.
8. Edmundo K. A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas comunidades populares do Rio de Janeiro. In: Passarelli CA, Parker R, Pimenta C, Terto Jr V. *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABA; 2003. p.116-47.
9. Edmundo K, Guimaraes W, Vasconcelos MS, Baptista AP, Becker D. Network of communities in the fight against AIDS: local actions to address health inequities and promote health in Rio de Janeiro, Brazil. *Promot Educ*. 2005;(Supl 3):15-9.
10. Figueiredo R, Ayres JR. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Supl):96-107.
11. Grimberg M. "Knowing about AIDS" and sexual precautions among low-income women from the Southern area of Buenos Aires. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):481-9.
12. Heilborn M L, Gouveia P. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, editores. *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999.p.175-198.
13. Mann J; Tarantola DJ. AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses. New York: Oxford University Press; 1996.
14. Paiva V. Beyond magic solutions: prevention of HIV and AIDS as a process of Psychosocial Emancipation. *Divulg Saude Debate*. 2003;27:192-203.
15. Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: Parker R, Barbosa RM, Aggleton P, editors. *Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality and power*. Berkeley: University of California Press; 2000. p.33-59.
16. Paiva V, Ayres JR, França Jr I. Expanding the Flexibility of Normative Patterns In Youth Sexuality and Prevention Programs. *Sex Res & Soc Policy*. 2004;1(1):83-97.
17. Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica*. 2000;16(Supl 1):89-102.
18. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):13-24.
19. Singer M. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: The perspective of critical medical anthropology. *Soc Sci Med*.1994;39(7):931-48.
20. Singer M. Toward a bio-cultural and political-economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century. *Soc Sci Med*. 2001;53(2):199-213.
21. Stall R, Mills T, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, et al. Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2003;93(6)939-42.
22. Wallace R. A synergism of plagues: "Planned shrinkage", contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environ Res*. 1988;47(1):1-33.
23. Weeks R, Schensul JJ, Williams SS, Singer M, Grier M. AIDS Prevention for African-American and Latina women: building culturally and gender-appropriate intervention. *AIDS Educ Prev*.1995;7(3):251-63.
24. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.