



Vera Paiva, "Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos". *In: "Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina". Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny (org). Lima, FASPA/UPCH. 1ª edición, Septiembre 2006. ISBN 9972-806-25-1*



**CUERPO Y SEXUALIDAD:  
LOS LÍMITES DE  
LA MEDICALIZACIÓN**





## Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos

Um dos grandes desafios da promoção da saúde no campo da sexualidade tem sido inovar suas práticas a partir do que aprendemos da pesquisa social, dos relatos de experiências nas frentes comunitárias da prevenção, ou ainda do ativismo por direitos sexuais e reprodutivos. Um número cada vez maior de pesquisadores no campo da promoção da saúde tem reconhecido que fatores estruturais e culturais devem ser objeto de análise quando pensamos a saúde sexual (UNAIDS, 1999; Easton, Sullivan e Parker, 2002; Kegler, Crosby e DiClemente, 2002). Ao mesmo tempo, muitos autores têm inovado o campo da prevenção e cuidados à saúde, a partir da investigação sobre o impacto da pobreza, do racismo, do estigma e da discriminação, dos efeitos da desigualdade nas relações de gênero ou no acesso a serviços de saúde e educação.<sup>1</sup>

É notável, entretanto, que os dados acumulados da pesquisa social sobre o impacto da violência estrutural e simbólica sejam raramente incluídos e valorizados na intimidade e dinâmica das ações de prevenção ou de assistência. Não costumam fazer parte, por exemplo, das informações compartilhadas com participantes e usuários de programas de promoção

---

<sup>1</sup> Ver, por exemplo: Parker e Terto Jr. (1998); Parker e Barbosa (1999); Zeidenstein e Moore (1999); Parker, Easton e Klein (2000); Easton, O'Sullivan e Parker (2002); Dowsett e Aggleton (1999); Berquó (2003); Barbosa, Aquino Heilborn e Berquó (2002), Cáceres, Frasca, Pecehny e Terto Jr. (2004). Esses são livros ou textos que incluem ou fazem uma revisão de pesquisas em vários países, nessa direção. Alguns periódicos de circulação internacional têm disseminado mais fortemente essa produção – Culture, Health and Sexuality; Sex Education e Reproductive Health Matters –, também encontrada, de forma mais dispersa, em outros periódicos mais antigos no campo feminista, da sexualidade ou saúde coletiva.

da saúde. A mídia educacional, bem como os roteiros de intervenções face a face disponíveis na literatura sobre sexualidade,<sup>2</sup> continuam a enfatizar a transmissão e a história natural das infecções sexualmente transmissíveis (IST), o sexo mais seguro, ou no máximo instruções sobre como negociar preservativos e contraceptivos. Projetos e programas de prevenção são freqüentemente propostos e analisados segundo os valores dos educadores em campo que, por sua vez, dificilmente considerarão discuti-los informados pela investigação social sobre sexualidade.

Na literatura latino-americana é possível observar, como discutido anteriormente (Paiva, Ayres e França, 2004), que o contexto sociocultural tem sido utilizado quase sempre para justificar a seleção de uma população «alvo», ou para explicar o desenvolvimento de modelos rápidos de intervenções sensíveis às diversas situações, modelos que serão então predefinidos e conduzidos, passo a passo, pelos coordenadores locais de projetos. Um número crescente de estudos e programas reconhece a importância do fortalecimento de comunidades em função de uma análise contextual, mas a maioria continua valorizando mudanças somente no plano dos conhecimentos e atitudes dos indivíduos, incorporando a noção de comunidade apenas como *local* onde utilizam abordagens adaptadas de outros contextos.

De que maneiras as tecnologias de promoção da saúde podem incorporar a análise social, tal como inspirada pelo quadro da vulnerabilidade? (Mann, Tarantola e Netter, 1992; Mann e Tarantola, 1996; Ayres, França Jr., Calazans e Saletti Filho, 1999 e 2003). Como renovar as práticas de prevenção mais comuns que continuam definindo «alvos» para suas propostas, traduzidos como grupos de indivíduos potencialmente consumidores de práticas e valores predefinidos? (Paiva, 2002).

Este artigo irá discutir as noções de *cenas* e *cenários sexuais*, como recursos para explorar a *experiência cotidiana da sexualidade*, buscando responder a essas questões. O uso de cenas sexuais pretende facilitar a descrição densa da sexualidade, incluindo as dimensões do desejo, encontro, ritmo e movimento, entre outras *dimensões únicas de cada cena*. Ao mesmo tempo, irá *contextualizá-las num cenário sexual*, relevante para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de direitos sexuais. Permite, também, estabelecer um contexto no qual interagem sincronicamente muitas das variáveis associadas às práticas sexuais em muitos estudos de psicologia da saúde e de epidemiologia comportamental.

---

<sup>2</sup> Disponibilizadas, por exemplo, em bases de dados como Medline, PsycINFO ou LILACS.

O levantamento e registro de «cenas» também tem permitido a pesquisadores e profissionais dedicados à promoção da saúde sexual co-construir, com participantes de seus projetos, novos repertórios para o *insight* e a renovação da experiência cotidiana, colaborando com *sujeitos-cidadãos* (Paiva, 2000 e 2003). Em outras palavras, o recurso das cenas é um instrumento para coleta de dados e, ao mesmo tempo, para a ampliação da consciência e para a ação; estimula a circulação de repertórios pessoais e grupais que podem resultar em mobilização individual e social na promoção da saúde, ou ainda, de direitos sexuais e reprodutivos.

A segunda parte deste texto incluirá exemplos de iniciativas no campo da prevenção do HIV/Aids no Brasil. Essas iniciativas, nas quais se *decodificam cenas e cenários*, têm produzido a análise crítica da educação para a sexualidade, assim como a reflexão sobre a qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva que tenham como horizonte ético e político a proteção e promoção dos direitos humanos.

## I

### **A perspectiva da cidadania sexual: vulnerabilidade, emancipação psicossocial e os direitos humanos**

As últimas décadas de ativismo e de projetos latino-americanos no campo da sexualidade, educação em saúde e da prevenção da Aids inspiram a perspectiva *emancipatória* adotada nesta proposta. A abordagem aqui descrita é fortemente marcada pela pedagogia para a liberdade e autonomia de Paulo Freire (1967, 1978, 1996), pela tradição latino-americana que atualiza o psicodrama e pelo debate sobre sexualidade no campo teórico *construcionista*. As iniciativas desse campo, explícita ou implicitamente, consideram em seu horizonte normativo a perspectiva dos direitos humanos. Aplicada à promoção da saúde, educação para a sexualidade e prevenção do HIV/Aids, essa perspectiva tem acumulado evidências, pela combinação tanto de práticas quanto de conhecimento local («nativo»), com a reflexão crítica e a pesquisa.<sup>3</sup>

Essa abordagem tem incluído técnicas psicoeducativas e propostas de encontros interativos com uma dinâmica dialógica, bipessoais ou grupais.

---

<sup>3</sup> Ver, por exemplo, algumas coletâneas como em Parker e Terito Jr. (1998); Parker e Barbosa (1999); Silva, Buchalla e Paiva (2002); Cáceres e outros (2004); Uziel, Rios e Parker (2004). Ou autores como Ayres (2002); Tunala (2005); Cáceres (1998); Shepard (2004); Alpizar e Bernal (2004); Monteiro (2003); Pérez, Quintana, Hidalgo e Dourojeanni (2003); Lyra (1998); Paiva (1996, 1999 e 2002).

Foi inspirada também por grupos de compartilhamento para a afirmação de identidades de projeto ou de resistência (Castels, 1999). Organizações feministas e homossexuais, ou as que chamamos de ONG/Aids, também têm inovado ao produzir espaços de interação e redes politizadas, que valorizam a diversidade sexual e a criatividade na afirmação (ou na invenção) de direitos. Esses espaços coletivos de compartilhamento têm sido laboratórios para a compreensão de como o sofrimento pessoal é produzido socialmente e, ao mesmo tempo, para a reelaboração da opressão e mobilização em defesa (ou reinvenção) da cidadania. Esse tipo de iniciativa pode iniciar e apoiar processos pessoais e coletivos de ampliação da consciência e emancipação, que temos chamado de *emancipação psicossocial* (Paiva, 2002 e 2003).

A promoção da saúde sexual na perspectiva dos direitos humanos e da afirmação da *cidadania sexual*<sup>4</sup>, que leva em conta as relações de gênero e de poder, o sexismo e a homofobia, assim como o racismo e a pobreza, pode se beneficiar dessa abordagem. Os participantes são convidados a *decodificar* os cenários sociais em que vivem, ampliando sua consciência, no encontro educativo ou em espaços de cuidado à saúde. Definida por Paulo Freire, a partir dos movimentos pela alfabetização de adultos dos anos 60 como pedagogia da autonomia e da liberdade, a *conscientização* no encontro educativo depende da codificação de uma situação existencial e da representação dessa situação que mostre alguns elementos constituintes da interação focalizada. A decodificação é a análise crítica da situação codificada.<sup>5</sup> A conscientização é a compreensão profunda da vida cotidiana implicada na realidade social e, ao mesmo tempo, da capacidade para transformá-la.

Analogamente ao que Freire define no processo de conscientização, a ampliação da consciência pretendida nessa perspectiva é mais que o resultado psicológico conseqüente da auto-observação do desejo, afetos e episódios da vida cotidiana (que, em inglês, corresponderia a

---

<sup>4</sup> Vários autores latino-americanos têm contribuído para a construção da noção de cidadania sexual. Cidadania sexual tem sido definida como uma referência para a busca de legitimação social e jurídica de diferentes identidades e práticas sexuais, e aplicabilidade universal dos direitos da pessoa; para as reivindicações no campo sexual, na esfera pública e pessoal, estatal e global (Rance, 2001). Começa por definir o ser humano como sujeito de direitos para além do pertencimento a uma nacionalidade, inclui a idéia do respeito à diferença, entende que a cidadania sexual depende da autonomia e de um estado e sociedade laicos (Guezmes, 2004). Tem sido pensada como um direito democrático à sexualidade, referido a instrumentos internacionais que garantem a liberdade, igualdade, dignidade e não-discriminação (Rios, 2004). Ver também Shepard (2004); Alpizar e Bernal (2004).

<sup>5</sup> «A decodificação da situação existencial (...) (implica) uma ida das partes ao todo e uma volta deste às partes; isto, por sua vez, implica um reconhecimento do sujeito no objeto (a situação existencial concreta) e do objeto como situação em que está o sujeito. O sujeito se reconhece na representação da situação existencial «codificada», ao mesmo tempo em que reconhece nessa, objeto agora de sua reflexão, o seu contorno condicionante, em que está e com quem está, com outros sujeitos (Freire, 1978).

«*consciousness*»), com o sentido de compreender e mudar atitudes ou comportamentos. A observação do *sujeito em cena* e, pelo menos, a análise do cenário sociocultural,<sup>6</sup> pretendem também promover a ampliação da consciência que julga, que faz juízos normativos espontâneos (que, em inglês, se traduziria por «*conscience*»).<sup>7</sup> A ampliação da consciência tem o sentido de buscar a *emancipação psicossocial* nos termos dos sujeitos e a ambição de iluminar o caminho de realização das escolhas cotidianas e informadas, no plano pessoal e coletivo, assim como identificar recursos facilitadores ou obstáculos para cada decisão sobre como viver a vida. Não se busca nessa perspectiva modelar um «indivíduo-consumidor», tratar os participantes de cenas educativas ou de atenção à saúde como pessoas que, no máximo, devem escolher a partir de um cardápio de práticas predefinidas como adequadas, de tecnologias receitadas para a proteção da sua saúde (camisinhas, contraceptivos, técnicas de comunicação); ou ainda consumir valores, «consciências» ou identidades definitivas, como cidadãos reduzidos a ter apenas direitos de consumidor (Paiva, 2003).

No caso da promoção da saúde, a decodificação e compreensão do *sujeito em cena* serão mais sofisticadas se forem informadas também pela noção de vulnerabilidade (individual e coletiva), tal como inaugurada por Mann e outros (1992 e 1996), como uma alternativa à exclusividade do quadro e conceito de «risco». Ampliado por Ayres (1997 e 2005), o quadro da vulnerabilidade tem considerado os fatores de risco como uma categoria analítica do discurso epidemiológico - categoria criticada na história da Aids, quando as noções de «grupos de risco» e «práticas de risco» contribuíram para o processo de estigmatização e discriminação dos direitos de adolescentes, homossexuais, trabalhadores sexuais, pessoas vivendo com Aids, entre outros (Ayres e outros, 1999; 2003).

Ayres e colaboradores (2003) avaliam que, ao usar o quadro da vulnerabilidade, as análises das associações probabilísticas são, sem dúvida, produtivas. A distribuição da infecção pelo HIV, por exemplo, através de condições quantificáveis e fatores de risco - como sexo (número de mulheres e homens), idade, número de práticas sexuais, número de parceiros, escalas de atitudes e conhecimento - serão fontes válidas de informação e para a

---

<sup>6</sup> Quando trabalhamos na esfera da sexualidade, temos nomeado o sujeito sexual, um domínio identificável do sujeito porque referido a um domínio específico do cenário cultural, o cenário sexual, e que se atualiza em cada contexto intersubjetivo, como veremos adiante (Paiva 1996, 1999, 2000, 2005).

<sup>7</sup> Essa distinção é apontada por Lalande (1996). A perspectiva aqui defendida é distinta de uma idéia de conscientização usualmente adotada em vários projetos de mobilização social que têm definido «a» consciência que se quer, uma substantiva, «consciência de classe», «feminista», «negra», «homossexual», por exemplo.



formulação de hipóteses. Entretanto, precisam de mediações quando nos dedicamos a desenhar programas e práticas de saúde e educação.

As análises de associações probabilísticas precisam comparar variáveis o mais possível independentes entre si; já as categorias de intervenção, ao contrário, precisam incorporar da forma mais exaustiva possível suas mútuas interferências, a resultante conjunta dos diversos fatores envolvidos. É aqui que a vulnerabilidade quer contribuir (Ayres e outros, 2003, p. 123).

Vários autores do campo da sexualidade nessa perspectiva reconhecem que as variáveis devem ser interpretadas dinamicamente a partir de seus significados locais. Por exemplo, as chances de mulheres ou jovens estarem expostos ao abuso, às IST ou gravidez indesejada resultam de fatores pessoais e individuais – dos desejos aos recursos pessoais acumulados em seu processo de socialização. Muitos desses fatores têm sido incorporados por modelos da epidemiologia comportamental ou psicologia social e da saúde. No entanto, a «fatoração» do comportamento não traduz a experiência viva e cotidiana da sexualidade. Esses modelos não têm considerado fatores como, por exemplo, a normatividade cultural vigente em subculturas extensamente descritas entre grupos de jovens ou entre grupos de homens que fazem sexo com homens; não têm incluído as desigualdades de poder, intersubjetivo e político, assim como de acesso a programas que diminuam a vulnerabilidade pessoal e coletiva. Trata-se de fatores nem sempre passíveis de quantificação.

O recurso das cenas tem sido pensado como uma contrapartida tecnológica para as análises no quadro da vulnerabilidade (Paiva, 2005; Tunala, 2005). Sabemos que os obstáculos para cuidado e autocuidado com a saúde são mais freqüentes nos contextos de maior violência simbólica e estrutural, e de maior vulnerabilidade social. Nesse caso, o desafio maior será reconhecer o limite das ações em pequenos grupos ou em encontros face a face, para então inovar no plano da produção cultural ou das ações programáticas, uma vez que, para mitigar sinergia de pragas, dependemos de uma sinergia de intervenções (Paiva, 2000; Parker e outros, 2000; Ayres e outros, 2003). O trabalho focalizando cenas sexuais e a compreensão densa do cenário sexual, em cada comunidade e para cada grupo, tem inspirado iniciativas nessa direção (Paiva, 1999, 2000, 2005; Santos, 2004).

Investigações e ações para refletir sobre programas de promoção de saúde também podem se beneficiar do potencial ao mesmo tempo universal e particular, global e local, dos Direitos Humanos (Santos, 2003), assim como do sentido explicitador e questionador de normatividades que, necessariamente, acompanha toda discussão de direitos (Paiva e outros, 2004). Em vários estudos

e ensaios no campo da literatura internacional, a linguagem dos direitos humanos e da escolha informada tem sido ativamente incorporada nas definições normativas de saúde sexual (Easton e outros, 2002; Fried, 2004). Apesar disso, como descrevem Miller e Vance (2004, p. 14), o «trabalho no campo dos direitos, saúde e sexualidade ainda sofre por ser *ad hoc*, setorial e reativo, quando deveria ser estratégico, multi-setorial e pró-ativo».

---

**Quadro 1: Alguns pressupostos da abordagem *emancipatória* na perspectiva dos direitos humanos**

- A** Pensar na interação dos direitos humanos e a saúde em cada grupo ou comunidade. Os indicadores de saúde sexual são freqüentemente índices, *próxis* da proteção ou promoção de direitos humanos, ou fruto da violação de direitos, além de indicadores do grau de vulnerabilidade individual, programática e social.
- B** Planejar a integração multi-setorial e *transprogramação* (Ayres, em Paiva, 2003). Inclui o trabalho contra o abuso sexual, por direitos sexuais e reprodutivos e direitos para minorias sexuais; inclui trabalho no campo dos profissionais do sexo, do HIV/Aids e da exploração infantil, entre outros (Miller e Vance, 2004).
- C** Considerar que essa integração será dependente de acordos, necessariamente políticos, realizados nas comunidades onde acontece cada programa.
- D** Pensar a sexualidade como algo atravessado por diferenças de poderes e hierarquias, valores e culturas, contextos políticos e econômicos, diferenças entre grupos da mesma geração e de diferentes gerações, raças e etnias, preferências e culturas homo ou hetero-eróticas.
- E** Significar a prevenção, a educação ou o cuidado como um encontro de *experts*. Cada cidadão, cada sujeito em interação é visto como um especialista na sua própria experiência cotidiana. Os profissionais *também* como portadores de saber tecnocientífico, que, até por definição, é também provisório.
- F** Fomentar um processo contínuo de ampliação da consciência e da cidadania sexual, que incluirá resultados intermediários, maleáveis aos diferentes contextos e a cada encontro intersubjetivo.

---

A promoção da saúde sexual, deste ponto de vista, não pode ser vista como uma intervenção cirúrgica ou intervenção ao estilo de uma prescrição médica ou moral, mesmo que algum senso de emergência epidemiológica pressione nesse sentido. A grande maioria das ações para a promoção de saúde sexual

tem impacto (ou não...) no plano cultural e simbólico, e não diretamente nas condutas individuais. Quando conseguem promover mudanças importantes, programas podem afetar outros programas, inovar em cenários culturais, assim como modificar atitudes e práticas pessoais e, portanto, as *cenas sexuais* singulares. O sucesso esperado jamais será resumido num produto tipo *sim/não*, mas será a *direção* do movimento, coletivo e individual.

Ao mesmo tempo, como já discutimos em outro texto (Paiva, Ayres e França, 2004), *saúde sexual* não deveria ser entendida como um *a priori*, uma definição fechada que contrasta com um «problema» ou condição experimentada por outros. É mais produtivo considerá-la uma noção a ser construída na interação entre o sujeito-técnico (educador, trabalhador da saúde ou pesquisador) e o indivíduo ou comunidade em questão. Uma comunicação efetiva permite que o pensar informado pela normalidade técnica dialogue com a normatividade compartilhada historicamente em cada local, e encoraje a fertilização mútua. Permite que os valores, significados e sentidos, que são referências em cada contexto sociocultural e para cada pessoa ou grupo, encontrem espaço de expressão e debate. Ressaltamos que, ao sintetizar alguns pressupostos dessa perspectiva (quadro 1), renunciamos à pretensão de encontrar uma tecnologia fechada e universal para algo que reconhecemos ser dependente dos diversos sentidos atribuídos à sexualidade, e em cada fase da vida, por contextos socioculturais e pelas políticas locais.

## A cena sexual, o palco e o cenário sexual

A noção de *cena sexual* é também inspirada pelo psicodrama de Moreno (1997) e por autores dedicados a redefinir a sexualidade na perspectiva do construcionismo social (ver Parker e Aggleton, 1999; Gagnon e Parker, 1995). Está relacionada à noção de cenários culturais e *scripts* sexuais (interpessoais e intrapsíquicos), definidos por Simon e Gagnon, como guias instrucionais que existem na vida coletiva.

Todas as instituições e arranjos institucionalizados podem ser vistos como sistemas de signos e símbolos através dos quais as exigências e as práticas de papéis específicos são dados. (...) Estes cenários raramente são preditivos por completo do comportamento real, e eles são geralmente muito abstratos para serem aplicados em quaisquer circunstâncias. A falta de congruência entre o cenário abstrato e a situação concreta é resolvida pela «criação de *scripts* interpessoais». Adicionalmente, a reorganização simbólica da realidade, de forma a se perceber inteiramente os desejos partilhados e multifacetados do ator, é criada pelo «*script* intrapsíquico», a fantasia no mais rico sentido da palavra (Simon e Gagnon, 1999, p. 29-30).

Acrescentando às definições de *scripts* e cenários culturais desses autores, introduzimos as noções de *cena sexual* e a descrição, a partir dos cenários culturais e redes relacionais, de *cenários sexuais* (Paiva 1996, 1999 e 2000; Antunes 2005, Heilborn, 1999) Diferente de *scripts*, a dinâmica de uma *cena é única*, e nunca será igual, mesmo considerando que no curso da vida de uma mesma pessoa, ou se comparada às cenas de outra pessoa num mesmo *cenário sexual*, muitas cenas podem ser parecidas. Pensamos o *cenário sexual* como *a esfera da sexualidade do cenário cultural*, uma esfera específica que pode delinear guias para a experiência desse domínio da vida, a sexualidade. Alguns chamariam esses guias de «subcultura sexual».<sup>8</sup> Entendemos, por exemplo, que as redes sociais e a sociabilidade distinta entre vários grupos de jovens ou de homossexuais compõem diferentes cenários sexuais que integram um mesmo, e contraditório, cenário cultural (da cultura) – ver, por exemplo Antunes (2005). O cenário sexual é, portanto, mais que construções do espaço físico que emoldura a cena, que podemos chamar simplesmente de *palco* ou *arena*.

Uma mesma boléia de caminhão, por exemplo, pode ser palco de diferentes cenas do cenário sexual e dos *scripts* sexuais compartilhados por caminhoneiros brasileiros. Se um caminhoneiro faz sexo com a esposa em sua boléia, ou com a amante, ou com uma prostituta, ele provavelmente irá praticar sexo anal apenas com a amante, e usará preservativo muito mais freqüentemente com a prostituta, que por sua vez nunca será beijada. O mesmo ator (e *sujeito sexual nesse cenário*), um caminhoneiro, encenará *scripts* sexuais diferentes no mesmo palco, a boléia, dependendo da parceira. Segundo estudo feito com caminhoneiros de rota curta, esses diferentes *scripts* sexuais variam de modo semelhante segundo cada um desses «tipos» de parceria, são bastante prevalentes entre os motoristas e compõem o cenário sexual do caminhoneiro, trabalhando em rotas curtas de um dia ou em rotas que exigem muitos dias fora de casa (Villarinho e outros, 2002).

Através de cenas singulares densamente descritas, buscamos co-analisar *experiências sexuais* com os participantes de estudos e programas, e não apenas suas crenças, opiniões e atitudes acerca da sexualidade, ou ainda relatos sobre o uso de preservativo ou freqüência de sexo anal desprotegido (dados também levantados no estudo citado com os caminhoneiros ou com homens que fazem sexo com homens). Na vida cotidiana, a sexualidade é raramente descrita como consistindo apenas de atitudes e práticas. Vários autores têm valorizado a narrativa de lembranças de episódios da vida, de

---

<sup>8</sup> Subcultura muitas vezes provoca mal-estar em leitores de língua latina, que se incomodam com a discriminação das opções sexuais minoritárias.

eventos imaginados ou o fato de comunicarmos eventos e episódios mais completos como uma «experiência» (Geertz, 1983 e 2000; Turner e Bruner, 1986).

Comunicamos, freqüentemente, sobre nossas experiências da vida cotidiana, inclusive sobre encontros sexuais, por exemplo, como uma cena completa, por vezes com o título de uma cena que pode se repetir na vida dos outros. Por exemplo: «eu dei o que ele queria», «foi uma noite perigosa», «percebi que ela é única» ou «eu não podia resistir...». A cena é única, nunca se repetirá da mesma forma e nunca será a mesma depois da descrição; decodificá-la aumentará a probabilidade de modificá-la. O simples evocar desses «títulos de cena» nos faz virar as páginas de nossa experiência ou entrar no teatro de nossa vida vivida. Em outras palavras, acessamos ou organizamos a memória do evento através de uma *cena*, que pode ser resumida em um título, uma «chamada».

A narrativa da cena onde a experiência acontece é construída pela pessoa que fez parte dela, ou a imaginou, ou a observou. Pode ser levantada num estudo por meio de um entrevistador treinado, em composições escritas numa aula de linguagem ou numa resposta a um questionário, ou a entrevistas em profundidade, individuais ou em grupo. Pode ser encenada numa oficina ou grupo de discussão; compartilhada num encontro clínico com um nutricionista, ginecologista, infectologista ou num centro de atenção à saúde; pode ser filmada, gravada ou relatada num diário de campo depois de observação etnográfica (Paiva, 1996, 1999, 2000, 2002, 2005; Santos, 2004; Tunala, 2005).

A narrativa da cena é iniciada e co-construída pelo pesquisador ou coordenador indicado, acolhido pelo grupo ou participantes do encontro. Ele/ela estimula a descrição do espaço da cena, o tempo e o ritmo da ação, a descrição de todos os participantes – o que cada *personagem/ator* presente na cena faz, fala ou sente, e que sentido dá à ação, e ainda como cada personagem significa os outros participantes da cena. Também descreve com riqueza de detalhes as práticas e interações, intersubjetivas, *em cena*.

Após a primeira descrição espontânea, o coordenador pode explorar e ampliar detalhes, ao convidar o(s) participante(s) a pensar e falar sobre outras dimensões, tais como desejos, experiências prévias, recursos pessoais e comunitários. Isso facilita/dificulta no espaço e tempo vivido, sejam personagens onipresentes (pais, ex-companheiros, desejados companheiros, médico), sejam crenças, valores, acesso a insumos (preservativos, contraceptivos), a serviços de educação/orientação e saúde, ou quaisquer outros fatores relevantes naquele cenário, palco e interação intersubjetiva.

A reflexão crítica sobre uma cena é a entrada para o diálogo nos programas de promoção de saúde e inclui a auto-observação, observação de grupo e a reflexão crítica acerca de experiências imaginadas ou vividas. Através das cenas, o participante do encontro oferece um testemunho da sua experiência (sexual, por exemplo) *nos seus próprios termos*, sem os quais a proposta de pesquisa social e abordagem emancipatória não se realiza. Num programa de educação para a sexualidade, por exemplo, estimula-se o grupo a identificar a interação dinâmica de dimensões pessoais, coletivas e socioculturais, em cada situação concreta da esfera da sexualidade; apóia-se a compreensão do que promove ou impede alguém de agir segundo suas decisões e opções (usar camisinha, ter ou não ter filhos); apóia-se a compreensão dos diferentes níveis de vulnerabilidade individual e grupal, vulnerabilidade social e programática (às IST, abuso sexual ou violação de direitos). O recurso da cena permite, ainda, compreender por que falta a conscientização para a ação em defesa de direitos naquela comunidade.

O trabalho com cenas nessa perspectiva pressupõe que existe uma esfera de ação para o *sujeito sexual*, um domínio do *sujeito-cidadão*, agente de suas escolhas e também portador de direitos, necessariamente imerso em seu cenário sexual e contexto intersubjetivo. A característica fundamental de tal abordagem é fomentar a ampliação da consciência dos sujeitos e a compreensão de como as interações e suas ações e experiências cotidianas são produzidas – permitir, portanto, que cada pessoa (e sujeito-sexual) possa identificar instrumentos para as transformações desejadas. O diálogo estabelecido a partir de cenas e experiências concretas (ou sobre cenas verossímeis, imaginadas pelos participantes) facilitará a ampliação da consciência também para a compreensão e transformação dos cenários sexuais e dos contextos socioeconômicos que são parte de uma experiência sexual.

## II

### **Exemplos de sessões interativas em programas de prevenção do HIV/AIDS**

Apresentamos a seguir o esboço de uma sessão interativa que tem incluído pessoas que trabalham na prevenção do HIV em instituições públicas ou organizações não-governamentais, em vários lugares do Brasil, desde 2003. Os participantes integram grupos com perfis diversificados: no mesmo grupo podem estar participantes com diferentes níveis de escolaridade e até os que nunca freqüentaram a escola; alguns atuando como ativistas ou educadores comunitários, outros como profissionais da educação e da saúde.

Temos trabalhado com jovens e adultos, juntos, ou com grupos mais homogêneos em termos de escolaridade e idade.

Começamos por dizer que cada participante é um «especialista em você, em sua vida, seu cenário social e sua experiência sexual». Iniciamos o exercício apresentando dados agregados, por exemplo, como a figura 1, que apresenta resultados de uma pesquisa nacional com 1.298 brasileiros que declararam vida sexual ativa, representando a população urbana brasileira, conduzida pelo MS/IBOPE (Paiva e outros, 2003). Informamos que os elementos centrais do Programa Brasileiro de DST/Aids são as campanhas para o uso de preservativo, a testagem anti-HIV voluntária acompanhada de aconselhamento, complementada pelo acesso ao tratamento anti-retroviral gratuito aos que têm sorologia positiva para o HIV. Lembramos que muitos programas têm promovido as idéias de redução de parceiros sexuais, abstinência sexual e monogamia, além da promoção da camisinha; que os esforços de prevenção têm sido conduzidos através de ações governamentais e não-governamentais, de campanhas na mídia, sessões de aconselhamento face a face, individuais ou em grupo, desenvolvidas em programas estruturados nas escolas, locais de moradia e trabalho e organizações de base comunitária. Propomos a seguinte questão: «o que esta figura indica sobre o resultado desse esforço?».

**Figura 1. Percentual de brasileiros que relataram o uso de preservativo na primeira relação sexual e uso consistente de preservativo nos últimos seis meses, por sexo, idade, escolaridade, parceiros sexuais casuais ou fixo. Brasil, janeiro de 2003**

	Usou camisinha na primeira relação?	Usou a camisinha em todas as relações nos últimos 6 meses...?		
		% de SIM	% de SIM, por tipo de parceiros sexuais	
		Parceiro fixo Apenas	Parceiro fixo e casual	Casual apenas
<b>Homens</b> (n=688)	29,3	7,8	1,5	8,6
<b>Mulheres</b> (n=610)	23,2	10,5	0,2	1,0
<b>Idade</b>				
14-25 anos	54,2	15,2	1,8	11,6
26-40	20,6	8,5	1,0	3,5
40-55	12,8	6,5	3,5	2,9
56 anos ou mais	11,9	2,7	-	-

\* Fonte: Paiva e outros (2003).

Os participantes conseguem identificar as diferenças entre as respostas de homens e mulheres e entre gerações. Em seguida perguntamos: «como vocês explicam essas diferenças?».

Os participantes interagem sem a interferência do/a coordenador/a. O grupo costuma trazer sua experiência, teorias do senso comum, e debater como e por que os homens têm mais sexo casual que as mulheres, por que as mulheres são menos propensas a pedir preservativo, ou como explicaria o fato de homens e mulheres usarem preservativos mais consistentemente nas relações casuais. Os participantes conseguem refletir sobre a iniquidade no acesso à educação, à informação e aos preservativos; reconhecem que os esforços das campanhas de uso de preservativo têm tido impacto através das gerações e chegam a apontar os desafios que os programas de Aids devem ainda enfrentar.

Depois do debate espontâneo, os participantes incorporam a contribuição ativa do/a coordenador/a que, conforme a discussão se desenvolve, introduz questões adicionais, tais como: «Quais direitos estão sendo violados ou não estão sendo protegidos?», «Os adolescentes têm direitos com relação à sexualidade?», ou «Homens que fazem sexo com homens têm direitos em relação à sexualidade?» ou «Quem não está colocando em prática as propostas de prevenção dos programas de Aids?».

Para ampliar a discussão, apresentamos um segundo conjunto de dados (figura 2 ou 3, por exemplo). Dependendo do perfil dos participantes, os dados apresentados podem descrever a violência contra as mulheres, a mortalidade materna, desejos por filhos entre pessoas vivendo com HIV ou sobre a prevenção entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

A figura 2, por exemplo, descreve o uso de preservativo por sexo e escolaridade na primeira relação sexual, entre os que tinham menos de 20 anos de idade no momento da entrevista de um inquérito populacional realizado em 2003. Entre as moças, 63% declararam ter usado o preservativo na primeira relação, e entre os rapazes 69%, com diferenças muito importantes por nível de escolaridade.

**Figura 2: Jovens de 15-19 anos que declararam ter usado preservativo na primeira relação sexual por nível de escolaridade, Brasil, 2003**

Escolaridade	Moças (n=36)	Rapazes (n=49)
Menos de 4 anos de estudo	15%	43%
4 a 8 anos de estudo	50%	56%
Chegou ao colegial e superior	70%	88%

\* Fonte: Paiva e outros (2003).



A figura 3 descreve o uso de preservativo por homens entrevistados em espaços de sociabilidade homossexual, em dois bairros de São Paulo – numa região de sociabilidade homossexual mais antiga e freqüentada por homens mais pobres e mais velhos (Centro), e uma região de renda e escolaridade mais altas, estabelecida mais recentemente e freqüentada por homens mais jovens (Jardins).

**Figura 3. Uso consistente de preservativo nos últimos seis meses, de homens que freqüentavam bares e boates gays de duas regiões da cidade de São Paulo, 2002**

Tipo de parceiro / SEMPRE usou preservativo	Jardins (n=224)	Centro (n=209)	Total (n=433)
No sexo penetrativo, parceiros fixos	46%	49%	48%
No sexo penetrativo, parceiros casuais	64%	50%	57%
No sexo penetrativo, parceiros fixos e casuais	55%	46%	50%

Fonte: Antunes (2005).

Os participantes geralmente se impressionam com o alto índice de jovens que fazem sexo protegido, considerando que a sexualidade dos jovens pode ser menos problemática do que geralmente se acredita. Reconhecem que «os hormônios e desejos» de jovens e homens se acomodam ao uso de preservativo afinal de contas, ou que sexo não é uma incontrolável força da natureza, mas depende do que nós pensamos a respeito – portanto, pode ser desconstruído e reconstruído. Podem explicar como a escolaridade é um fator de proteção e que o número de anos que um jovem fica na escola pode ser um indicador de suas condições de vida, do *status* socioeconômico da família ou de seus valores.

Diante da figura 3, são informados pela descrição etnográfica dos espaços de sociabilidade homossexual nas duas regiões da cidade e sobre as diferenças no nível de escolaridade, idade, renda e cor nas duas regiões onde os homens também responderam a um questionário sobre práticas sexuais. Geralmente se surpreendem, por exemplo, com a alta proporção de homens que relatam uso de preservativo; notam que não são diferentes de outros grupos de brasileiros, como os que responderam à pesquisa categorizada na figura 1, já que em suas cenas sexuais com parceiros fixos também relatam mais dificuldade para usar o preservativo. Também reconhecem que fatores como escolaridade, estigma, racismo e o cenário sexual homossexual afetam a adoção do uso de preservativo.

Depois disso, estimulamos o debate por um caminho diferente, também possível a partir de dados agregados e freqüências, para trazer essas observações para a vivência dos participantes do encontro. Pedimos aos

participantes para imaginar um exemplo de uma cena «realista, verossímil, tal como numa de novela de TV, e imaginar uma cena sexual de uma das pessoas entrevistadas para o estudo e classificada na figura 2». Normalmente esperamos um pouco mais que cinco minutos para o grupo fornecer algumas cenas imaginadas para a discussão.

As cenas mais comuns e imaginadas em resposta aos dados da tabela 2 escolhem como personagem os que menos usaram o preservativo, em geral uma garota, com 16 anos, freqüentemente descrita como alguém que vive numa favela (ou num contexto de pobreza) e não usou o preservativo na primeira relação sexual. A pessoa que «encarna» a estatística é com mais freqüência um/a jovem negro/a que abandonou a escola.

*«Teve sua primeira relação sexual num beco, tarde da noite. Ela mora num único cômodo dividido com outras pessoas, não tem expectativas para o futuro, nem acesso à informação sobre como usar pílulas ou preservativos, e está grávida» (trecho de cena coletada num encontro em Brasília, com cerca de 300 participantes de todas as idades e escolaridades, em 2003).*

Alguns participantes, em geral homens, disseram que ela «decidiu ficar grávida», enquanto outros disseram que ela foi ingênua. Alguns completaram que a família não tomou conta dela, enquanto outros sugeriram que os pais dela trabalhavam muito, não tinham dinheiro, viviam cansados e não podiam dar muita atenção à garota.

Depois da discussão, o próximo exercício costuma sugerir que participantes pensem numa cena sexual pessoal. Os participantes são solicitados a fechar os olhos durante o exercício, ou olhar para baixo, para manter a privacidade diante das outras pessoas na sala. Pedimos que imaginem **(e sugerimos a você, leitor deste artigo, o mesmo exercício)** «uma cena da sua vida e que poderia estar incluída na tabela 1», seguindo o roteiro do quadro 2.

Compartilhar publicamente uma cena pessoal não é o objetivo nesse exercício, como poderia ser numa oficina com um pequeno grupo, num espaço terapêutico ou de ativismo. Buscamos encorajar reflexões sobre as experiências sexuais pessoais para aprofundar a compreensão do que podem ser uma cena e um cenário densamente descritos, facilitando a compreensão de cenas vividas ou imaginadas por outras pessoas. Esse exercício pode ser mais longo ou bem curto, pode explorar apenas as primeiras «mudanças de corpo e de personagem» (c, d). O formato do exercício depende do público, dos seus valores partilhados (ou conflitantes), do espaço e do *setting* intersubjetivo; certamente depende do tipo de confiança estabelecido com o facilitador.

---

## Quadro 2: Decodificando um encontro sexual (esboço)

(depois de aquecimento que estimule o conforto e a espontaneidade)

Este é um exercício «mental e interno», nós não estaremos compartilhando entre nós. Você pode lembrar uma cena sexual recente... pode ser ou a primeira na sua vida, sua última, ou uma potencial e desejada... (...)

- A** Onde você está? Com quem? Fazendo o quê? (...) (Dar tempo entre as questões).  
(EXPLORAR...) Como você definiria seu parceiro? Alguém simplesmente, um amante, um namorado, um marido/esposa, o amor da sua vida, alguém para o momento? (...) Qual é o significado do que vocês estão fazendo? Para quê? (...) Existem palavras? (...) Quais? Você gosta disso? (...)
- B** Agora «deixe seu corpo» e vá para o teto, para o céu, para o alto da árvore (...) para onde quer que você possa ver a cena. Qual é o ritmo, as cores, o tempo, que horas são?  
(EXPLORAR...) Existe qualquer outra personagem, virtual ou real (...), pessoas que você não conhece (o personagem da TV), vizinhos, as crianças na porta ao lado, o pastor, o médico, a professora, sua mãe, seu «ex», seu futuro parceiro? (...)
- C** Vá para o corpo do seu parceiro, seja seu parceiro por um momento... Agora, na pele do seu parceiro, qual é o significado deste encontro agora, quais são sentimentos agora? (...) Volte para o teto... e para seu corpo e para você mesmo. Você gostaria que seu parceiro fosse outra pessoa? Quem? Ou diferente?(...)
- D** Agora mude a idade do seu parceiro, para mais velho ou mais jovem (...) Como você se sentiria, a cena seria a mesma?
- E** Agora, imagine que você é muito mais pobre do que você é. Ou bem mais rico. Que você nunca foi à escola (...) Seria no mesmo lugar, do mesmo jeito?
- F** Agora, mude a cor do seu parceiro (etnia, raça). Seria possível para vocês estarem na mesma cena, você estaria no mesmo cenário, você seria o mesmo? (...)
- G** Agora mude o sexo do seu parceiro, faça dele uma mulher ou dela um homem (...)
- H** ACRESCENTE OUTRAS PERGUNTAS SE QUISER OU FOR POSSIVEL, POR EXEMPLO:
  - a** Tinha camisinha na cena? Precisava?
  - b** Imagine que seu parceiro/parceira te conta que foi diagnosticado com Aids.

**(Finalizar o exercício pedindo aos participantes para sentar, de outra maneira, ficar em silêncio por um instante, para guardar algumas de suas observações mentais para pensar depois, acolhendo o que aprendeu com o exercício).**

---

Este esboço não inclui ou focaliza especialmente a exploração do uso (ou não) de preservativos ou contraceptivos na cena, já que o objetivo é fomentar a reflexão, estimular e compartilhar o efeito da decodificação e a ampliação da consciência. Ao mesmo tempo, diversas cenas definidas como sexuais não são cenas sobre uma relação com penetração; pode ser a cena de um encontro numa festa, ou sobre um olhar, um beijo. Os profissionais envolvidos com a promoção da saúde sexual tendem a emoldurar a falta de preservativo como o centro da cena, ou os suspeitos principais na «cena do crime» – a variável dependente relacionada à falta de conhecimento, de habilidades de negociação, ausência de intenção ou de poder para solicitá-la; mais raramente pensam na falta de recursos disponíveis (pessoais e materiais) ou simplesmente de dinheiro. Os participantes ou o leitor deste artigo podem identificar o «problema» em suas cenas cotidianas de diversas outras formas. O «problema» poderá ser percebido no plano do desejo («preferia uma outra»), relativo a um conflito de valores, de sentimentos. Um aroma pode ser um indicador vago do problema, do lugar, do ritmo, do sentido do encontro, ou o problema pode ser a conhecida violência, o fato de ele ou ela não gostarem muito disso ou daquilo, a forma física do corpo, a idade... O participante pode nem ver «problema» no fato de o sexo não ser protegido, e estar certo. As cenas sexuais não são problemáticas por definição nos termos de quem as vive.

No trabalho com jovens, por exemplo, depois desse exercício um garoto pensou que afinal, refletindo bem, a parceira pode ter gostado do encontro, e o problema era sua insegurança. Uma garota ficou mais feliz porque o rapaz nem notou que não tinha depilado a perna... Um garoto de 16 anos compartilhou espontaneamente suas dificuldades para lidar diante da moça, em seus próprios termos, a pressão de grupo para provar sua virilidade; outro pensou que estava bêbado apenas para ficar menos tímido e mais de acordo com o *script* masculino. Esses eram os problemas. Garotos e garotas podem se identificar com outros participantes numa oficina que também não sabem como usar um preservativo ou não têm dinheiro para ir ao posto de saúde onde são distribuídos (Paiva, 1996, 1999 e 2000).

---

**Quadro 3: «O dia que ele voltou pra casa»**

«Foi um dia importante pra mim... Eu me vi quando estava com ele deitada no chão, para que as frestas pelos panos que separam a cama do resto do nosso cômodo não tirasse nossa intimidade. Não tinha ninguém, as crianças estavam na (casa da amiga), mas ainda sentia no bico do seio a presença da minha filha que amamentava até pouco tempo... ou era tesão? Ele me pegava duro e meio rápido... Olhando de cima vi que preferia mais delicadeza, ele era meu homem e eu «sua» mulher, não uma mulher qualquer... no lugar dele, entendi a pressa, tantos meses fora de casa, sentindo o desejo, não sei o que fazia lá na cadeia com isso... mas me incomodou, parecia que eu era «uma» mulher, não a mulher... ele gosta de mim, mas não sei se me enxerga, EU, sabe? Olhando de cima, que estranho, mas via claramente! Como se os caras da cadeia estivessem ali com a gente, um barulho de homens, constante, ao fundo, que se misturava com as crianças brincando lá fora. Na cena mesmo não vi nada disso... eu tava ali sentindo o abraço, mas, também como se eu quisesse que ele fosse um homem do tipo que passa creme nas mãos, na verdade meio mulher, como faço depois que lavo louça, e quando tenho mais dinheiro... (...) Quando pedistes pra gente ficar mais rico ou mais pobre, foi como se a cena que via explodisse a imagem na tela... e outra aparecesse imediatamente... Foi surpreendente, mas gostei de ver como seria, rica assim, e ter um quarto separado só pra nós, e aquela cama imensa de lençóis de seda, talvez uma meia luz assim, chique, e uma empregada passeando com as crianças num parque enquanto fazíamos amor... Daria até pra ele ser mais delicado... Mudar de cor e ser branco foi difícil imaginar, só senti uma raiva imensa de pensar que ele então provavelmente não teria ficado na cadeia, como outros colegas, pretos (...) Estar com uma mulher, acho difícil, mas consegui imaginar, deitada ali, hã. Não sei se ia gostar. Era possível sim, mas não ali, né, na minha casa! (...) Ao pensar nele de novo me contendo que podia ser portador do HIV... que idéia essa depois eu pensei! Mas que você falou, só gritei! Por dentro, mas gritei, gelei e empurrei-o, sem querer! Acabou qualquer tesão e clima! Claro, como não pensei nisso? Fui falando: idiota, como você faz isso comigo? Por que, por quê? Onde você andou, não pensou em mim e nas suas filhas? ... Na cadeia, ora! Ele diria isso... Fiquei muito espantada com minha reação, eu que sou uma ativista e tanto, e não tenho preconceito, nem de mulher que transa mulher, né? Mas foi o que senti... E vou querer fazer o teste! Onde faz? «Eu vi a campanha da TV, mas não me lembro mais.»

**(Cena compartilhada por escrito em um grupo de mulheres multiplicadoras em um programa de saúde).**

---

A reflexão crítica sobre uma cena pode identificar a violação de direitos, ou a ausência de iniciativa da sociedade civil e dos poderes públicos para a proteção dos direitos, incluindo falta de programas de prevenção ou centros de apoio, nenhum acesso a testes, tratamento ou educação que respeite a diversidade de credos e valores coexistindo numa mesma comunidade ou grupo. Pode identificar como se constrói a vulnerabilidade social e programática ao adoecimento, ou ao abuso, compartilhada por um mesmo grupo de pessoas (ver quadro 3).

Por meio desses exercícios os participantes podem compreender melhor como a vulnerabilidade pessoal ao HIV e à violência, por exemplo, é produzida ou subjetivamente construída na socialização para a masculinidade ou feminilidade. Eles se sentirão menos acusados por não terem como realizar suas intenções, ou de não terem acesso ao preservativo porque não sobra dinheiro ou do impacto da raça e condição social na sua vida. Mas também podem decidir que têm direito a ter acesso aos recursos para se protegerem. Em outras palavras, podem reinventar a vida e lidar com todas essas dimensões pessoais da experiência sexual, incluindo o desejo, conscientes das barreiras estruturais.

Na nossa experiência acumulada, quanto mais amplamente explorada a descrição da cena, mais sofisticada pode ser sua decodificação. Através de exercícios de imaginação ativa e criação dramática como esses, a observação do contexto social onde a sexualidade acontece, assim como de atitudes, habilidades e comportamentos «em cena», delineados a partir de um contexto intersubjetivo singular, tem sido bastante produtiva para renovar repertórios para vida cotidiana. Usar uma cena única - na qual todos os personagens, presenças ou onipresenças, podem ser observados de forma mais encarnada (mesmo que em vozes), ou onde o cenário sexual aparece concretizado e mais bem definido em três dimensões - é bem diferente de debates que partem de descrições genéricas de valores, opiniões sobre outros-generalizados, sobre cenários culturais ou práticas individuais, desencarnadas. Ajuda as pessoas a refletirem sobre seus *scripts sexuais* em ação no cotidiano, bem como sobre seus desejos e direitos; facilita pensar em inovações viáveis, invenções pessoais e de grupo, planejar a mobilização por novos direitos.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Todos esses exercícios foram feitos com pequenos grupos ou com grupos que incluíam até 350 pessoas numa sala de conferência, por pouco mais de duas horas, nos anos de 2003-2005. Foram precedidos por um acordo coletivo sobre os termos e sentido do encontro.

## **A avaliação como um momento especial do processo: cenas que mudam (ou não)**

As oficinas e programas nessa perspectiva são conduzidos em colaboração com a comunidade (e não apenas na comunidade) e num encontro com os participantes. Portanto, assim será também sua avaliação. A avaliação compartilhada é parte produtiva do processo de mudança dos cenários e cenas sexuais (Paiva; 2000; 2005; Santos, 2004). O pesquisador ou profissional dedicado à prevenção, por exemplo, não deve ser externo ao processo e não seria bom que interpretasse os dados distante do grupo e da interação coletiva. Não existe propriamente um momento final na pesquisa e ação no plano cultural e estrutural, ou em estudos nessa perspectiva de emancipação psicossocial. Um dos «resultados» almejados e centrais é justamente o desenvolvimento e maior conforto com a auto-observação e reflexão cotidiana, de cenas singulares e do cenário sexual, feita pelos que participam dos programas.

Podemos avaliar conjuntamente os programas de promoção da saúde, analisando criticamente seu processo, e levantar cenas a partir de narrativas individuais compartilhadas nas sessões devolutivas e de avaliação em grupo, por exemplo (Paiva, 1999, 2000, 2005; Santos, 2004; Tunala, 2005). Se um programa começa pela descrição de cenas pessoais (reais ou imaginadas) e trabalha colaborativamente com os participantes para decodificá-las, cenas poderão ser novamente coletadas em intervalos de meses, observando-se então as mudanças (ou falta delas) em diversos aspectos e na sua dinâmica. Algumas das questões podem ser: o que é novo? O quê da cena se decidiu mudar ou afirmar? Quais aspectos foram mais difíceis de mudar ou confirmar? Sua atitude está mais consciente das normas para os gêneros masculino e feminino, sente-se menos culpa pelo desejo que se decidiu seguir, por exemplo? As práticas dos personagens mudaram, decidiram dizer não, conseguiu usar contraceptivo ou a medicação? As diferentes visões passaram a ser compreendidas e valorizadas nesses contextos intersubjetivos, ou na comunidade? Mudou a forma de lidar com os valores de seus pais, ou com o preconceito no grupo? E o lugar/palco onde o sexo (ou tomada da medicação) ocorre, seus sentimentos e desejos, foram ressignificados, organizaram-se de forma diferente? É difícil lidar com a discriminação e a falta de recursos? Quais aspectos da cena e do cenário sexual exigem mais atuação e ação social ou grupal? E individual?

Passar a informação sobre que mudanças na promoção de saúde precisam de investimentos permanentes e de processos de longo prazo é também uma informação acumulada pela investigação social relevante, e é compreendida mais fortemente nos momentos de avaliação compartilhada.

Podemos coletar narrativas escritas em resposta a questões semi-abertas que podem ser parte de um questionário (pré e pós-programa), um instrumento que também pode incluir os indicadores de praxe – medição de práticas, tais como a frequência de uso de preservativo, uso de contraceptivos, experiências de atitudes discriminadoras ou violentas, conhecimento acerca de estratégias de redução de danos ou de onde ter acesso a serviços, como teste para HIV e distribuição de preservativos. Podemos coletar cenas por meio de entrevistas e discussões em grupo, ou por meio de cenas representadas e dramatizadas em oficinas de avaliação, por meio de redações em resposta ao título «uma típica experiência sexual» (Paiva, 1999 e 2000, 2005; Santos, 2004, Tunala, 2005).

Decodificaremos e observaremos com os participantes *a direção das mudanças*. O foco da análise não serão a consistência e frequência dos «comportamentos desejáveis». Serão as interações intersubjetivas nas várias experiências sexuais e a dinâmica das cenas pessoais, assim como as realizações da mobilização em direção a mudanças do cenário sexual (inovação ou resistência da comunidade, acesso a novos serviços) sobre as três dimensões de vulnerabilidade ao HIV, a saber: individual, programática e social.

O critério de sucesso será definido pelos participantes, a partir das prioridades e rumo escolhidos, com a contribuição do saber acumulado pelo especialista. A interpretação de resultados no plano das práticas individuais é organizada num conjunto diferente dos geralmente aplicados à pesquisa comportamental. Os comportamentos são posicionados teórica e empiricamente como fenômenos intersubjetivos, impregnados pela forma como a sexualidade e o cuidado à saúde sexual são organizados em contextos sociais e culturais locais.

A mudança é vista e esperada não apenas através das transformações individuais, mas também, especialmente em comunidades empobrecidas ou estigmatizadas. Deveria considerar e desafiar cenários sexuais locais (por exemplo, compartilhado por jovens num bairro, por uma rede de homens caminhoneiros ou que fazem sexo com homens). Embora seja muito prolongado o processo de mudança cultural ou de instituições, essa abordagem desafiará o fatalismo e a passividade, podendo aumentar a força da aspiração das pessoas em direção a prosperidade e satisfação humana no plano local, criando espaços sociais distintos e inovadores. Podem-se modificar cenários culturais pela invenção ou inovação de outros pequenos cenários – novos cenários sexuais, por exemplo.

Um indicador de sucesso esperado é o fato de os especialistas convidados ou escolhidos para conduzir oficinas e encontros se tornarem



progressivamente personagens virtuais nas cenas sexuais de um grupo, como observado no quadro 4.

---

#### **Quadro 4: Mudanças nas narrativas de cenas alguns meses depois de participar de uma oficina de prevenção ao HIV**

- «... e então eu pensei sobre você (o especialista) discutindo sobre o uso de camisinha com a gente», um garoto expôs na sessão de avaliação.
  - Uma garota incluiu na sua cena o retrato de material educacional: «Eu lembro daquele cartaz que fala sobre colocar a camisinha com técnicas eróticas especiais... e coloquei minha boca n'aquilo!»
  - Maria lembrou de sua amiga na oficina: «Eu lembrei de S. dizendo que quando o namorado dela fica bêbado, ela levanta, apaga a luz e fica pronta para inventar uma maneira de ele dormir antes de forçar ela a fazer sexo. Mas eu não consigo entender ainda como eu não consigo ficar bêbada junto para fazer a mesma coisa...».
  - João disse: «Eu prestei atenção nos meus sentimentos como a gente discutiu no grupo, não nos outros na minha cabeça, a «galera», e pensei que preferia esperar um pouco mais antes da gente transar».
  - Quatro meses depois, numa outra sessão devolutiva, Maria nos contou: «E então eu comecei a conversa assim: Você sabe, eu ouvi dizer (ela menciona o programa de prevenção) que tem uma mulher que pegou HIV do marido dela! Isso é horrível! Esses homens saem e transam na rua com outras pessoas, não usam camisinha e vêm pra casa bêbados e infectam suas esposas e a mãe dos seus filhos... Vocês não deveriam fazer isso com suas namoradas, viu! (...) Ou então todo mundo deveria fazer teste antes de começar um novo namoro. Vocês sabem que eles acabaram de inaugurar um posto pra isso? E eles dão camisinha lá também! (...) Bem, todos os quatro (irmãos e o pai) ficaram vermelhos que nem pimenta, e não conseguiam me olhar na cara... Mas eu pensei que eu fiz a minha parte! Também espero que meu irmão vá conversar com meu namorado... como eles jogam no mesmo time de futebol».
- 

João entendeu que ser sexualmente ativo aos 16 anos não é «natural» e poderia ser uma escolha. Maria compreendeu que violência não é necessariamente parte do *script*. O grupo debateu acerca de seus diferentes valores e se existia um grupo de apoio para violência ou abuso de álcool na igreja da comunidade, no sistema de saúde, ou outro lugar. É possível acompanhar mudança no ritmo da cena, na nova articulação do desejo,

distintos em diferentes cenas, o impacto de intervenções programáticas ou mesmo estruturais nas cenas de algumas pessoas, e não nas cenas de outras. Por exemplo, o impacto de uma campanha na TV para fazer o teste anti-HIV, a instalação de uma ONG que distribui camisinhas numa favela, a articulação do centro de atenção básica de saúde com a escola da região. Pode-se ter pretendido ampliar o acesso aos preservativos na ONG localizada na comunidade, mas as cenas dos moradores nos indicam que o lugar fica muito pouco tempo aberto, e que eles ainda não acreditam que o preservativo pode protegê-los da Aids e nunca usaram um!

Alguns meses depois, podem-se coletar cenas das quais os coordenadores do trabalho desaparecem, mas os participantes incorporam o papel do especialista, falando para outras meninas/mulheres na sua vizinhança sobre o uso de preservativo, ou indicando onde denunciar a violência. Como Maria, planejar uma conversa na mesa de jantar, dramatizando publicamente o papel de sujeito de sua sexualidade, que encontrou um meio de ser ativa, agente de suas novas atitudes e intenções, sujeito de direitos e na sua comunidade. Comparativamente, abordagens que buscam estimular comportamentos predefinidos como adequados num exercício de «treino de habilidades», apenas supondo e «pregando» que a pessoa *deve* estar/ser mais assertiva com o/a namorado/a, nos permitiriam conhecer a experiência viva de Maria, ou sua experiência e criatividade não teriam chance de inspirar seu grupo e nosso próprio saber de especialista.

A mudança de cenários sexuais pode ser o foco da sessão de avaliação, como já relatamos a partir de diversos projetos com jovens (Paiva, 1999 e 2000). Projeto recentemente desenvolvido com jovens monitores ambientais, em regiões de turismo ecológico no sudeste do Brasil, identificou que as cenas sexuais dos jovens mudavam rapidamente sob o impacto da reorganização da economia da cidade em torno do turismo. A «tentação» para a troca de sexo por favores, ou do negócio da prostituição e da droga ilegal, começava a povoar as cenas dos jovens monitores; o sexo com o turista aparecia com o sentido de garantir uma relação estável que tirasse as garotas da cidade pequena para a capital e uma nova vida julgada como melhor. Cenas de sexo com abuso de álcool e drogas, ou de iniciação sexual com visitantes da cidade na saída dos bailes, entre outras mudanças visíveis no cenário sexual das cidades, foram coletadas; algumas foram escolhidas para serem encenadas em reuniões com participantes do programas e autoridades de saúde e educação. Avaliadas como informação relevante para os programas de saúde, esses encontros, chamados de devolutiva ou avaliação, resultaram em novas iniciativas no campo da prevenção.

## Quem é o especialista?

O resultado de um inquérito que encontra, seis meses depois de oficinas de sexo seguro, por exemplo, um aumento de 10-20% no uso de preservativos, pode ser analisado como um resultado razoável do ponto de vista de quem conduz «intervenções comportamentais». Não será suficiente para o grupo ou comunidade envolvida num processo conduzido dentro dessa proposta pensada como emancipatória. Numa sessão devolutiva, a maioria dos participantes começará imediatamente a analisar *por que* alguns encontros sexuais não incluem o uso de preservativo. Em outras palavras, nessa perspectiva os resultados do programa não são problemas dos especialistas que vêm de fora e algum dia voltarão, depois da *análise*, com a solução. As pessoas são especialistas em suas próprias vidas e nos contextos sociais locais, e ao compartilhar e valorizar suas experiências, elas compreendem *como* podem fazer parte da solução, inovando a vida cotidiana com a contribuição do especialista que compartilha o que sabe de outras experiências e do debate acadêmico.

A proposta pressupõe que as definições de qualidade de vida e saúde sexual, possíveis em determinada época na história, não são definições técnicas, mas resultado do debate político e do consenso possível (Minayo e outros, 2000; Paiva, Ayres e França, 2004). Experiências de promoção da saúde dependem do apoio aos diversos caminhos possíveis para atingir o que cada um define como uma vida feliz, do respeito à diversidade de caminhos e ao direito de escolha, em cada comunidade. As pessoas não param de viver, de educar seus filhos, ou de mudar suas vidas porque ainda estamos longe de um consenso sobre qual é o caminho mais suave e certo para ser feliz, ou sobre quais são os valores mais adequados para viver a sexualidade.

Ou ainda, não desistem por estarmos ainda longe do consenso na comunidade científica de como os mecanismos para mudança social, cultural e comportamental funcionam, de tal forma que todos podem aprender com especialistas. As pessoas inventam como alcançar sua realização pessoal sonhada. Elas também reinventam modelos originais de prevenção e novas tecnologias para reagir às ameaças à saúde, como a epidemia da Aids. O uso de preservativos (um dispositivo contraceptivo) entre homens-que-fazem-sexo-com-homens foi inventado pela comunidade *gay* e seu ativismo, assim como o modelo de redução de danos foi desenvolvido por e para usuários de drogas.

Como Altman (1993) escreveu há mais de uma década, vimos também que as pessoas podem incorporar dados de pesquisa, inclusive da epidemiologia, enriquecendo interpretações que não estão diretamente disponíveis para a «ciência». *Expertise* e ciência não são sempre sinônimas.

A validação do conhecimento, nesta área e abordagem, dependerá do partilhar e refletir criticamente sobre os resultados *com* os participantes dos programas, e de colocá-los *nos seus próprios termos*. O *direcionamento* de um programa, especialmente de saúde sexual, não é apenas uma questão de perícia técnica, mas resultado de debates públicos sobre prioridades, valores e direitos sexuais, discussão sobre «hierarquias sexuais» e normatividade locais (Rubin, 1999), bem como da imaginação coletiva diante de seus cenários sexuais. Os significados da sexualidade, das definições coletivas de qualidade de vida e os caminhos para ser feliz, como as pessoas e comunidades as definem, deveriam ser os critérios últimos de sucesso. Tudo isto pode ser, por vezes e depois de qualificado, categorizado e quantificado... (Buchalla e Paiva, 2002).

Finalmente, as iniciativas e o desenho dos encontros face a face descritos neste artigo, entre outros, têm sido possíveis no Brasil, em função da cultura sexual e da história brasileira, que permitem o apoio social, por exemplo, para programas de educação para sexualidade bastante abertos e francos, como parte do currículo escolar. Mesmo num país onde 74% dos brasileiros se consideram católicos e onde o número de cristãos fundamentalistas (15%) dobrou em muitas regiões do Brasil na última década (Revista do Censo, 2002).

Como Paulo Freire nos ensinou, experimentos não podem ser transplantados, mas devem ser reinventados. Acreditamos que essa proposta pode inspirar outras experiências ao redor do mundo, e que podemos criar condições para o discurso técnico colaborar e alimentar o domínio subjetivo, especial e singular, do sujeito da sexualidade, estimulando-os como agentes da sua cidadania sexual.

## Agradecimentos

*Agradeço a José Ricardo Ayres e Ivan França Jr., pelo debate e constante parceria em cotidianas aventuras onírico-conceituais. Também a Leonardo Lopes, pela dedicação voluntária na tradução para o português do original da primeira versão, em inglês, e a Eliana Zucchi, pela revisão. Um agradecimento especial a Robert Sember, pelas sugestões para melhorar o paper originalmente apresentado nos encontros Efetividade na Educação Sexual, em Pretória/África do Sul em 2004, e Salud, sexualidad y diversidad en América Latina, em Lima/Peru, em 2005. Peter Aggleton e Mary Crew, participantes desses encontros, contribuíram com instigantes sugestões editoriais ao artigo original, que está publicado numa versão mais reduzida e anterior, pela revista Sex Education (v. 5, n. 4, p 345-359, novembro 2005).*

## Referências Bibliográficas

- Alpizar e Bernal (2004). Youth sexuality and human rights: some reflections from experience in Mexico. *Health and Human rights: an international journal*, 7 (2), 217-230.
- Altman, D. (1993). Expertise, legitimacy and the centrality of community. Em: P. Aggleton, P. Davis e G. Hart. *Aids: facing the second decade* (pp.1-13). London: Falmer Press.
- Antunes, M. C. (2005). *Territórios de vulnerabilidade ao HIV: homossexualidades masculinas em São Paulo*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G. J. e Saletti Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. Em: R. Parker e R. Barbosa. *Sexualidades pelo avesso* (pp. 49-72). São Paulo, Ed. 34.
- Ayres, J. R. C. M.. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G. J. e Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Em: D. Czeresnia e C. M. Freitas (org.). *Promoção de saúde* (pp. 116-138). Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- Ayres, J. R. C. M. (1997). Sobre o risco. *Para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M. (2005). *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. 1a. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Barbosa, R. M., Aquino, E. M. L., Heilborn, M. L. e Berquó, E. (Org.). (2002). *Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Unicamp.
- Berquó, E. (2003). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp.
- Buchalla, C. e Paiva, V. (2002). Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4 supl.), 117-119.
- Cáceres, C. (1998). *Um programa comunitário en salud sexual con y para jóvenes*. Lima, Peru: UPCH.
- Cáceres, C., Frasca, T., Pecehny, M. e Terto Jr., V. (Ed.). (2004). *Ciudadania sexual em América Latina: abriendo el debate*. Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Castels, M. (1999.) *O poder da identidade. A era da informação: economia, sociedade e cultura* (Vol 2). São Paulo: Paz e Terra.
- Daniel, H. e Parker, R. (1991). A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. Em: H. Daniel e R. Parker (Org.). *Aids: a terceira epidemia. Ensaio e tentativas*. Rio de Janeiro: Iglu Editora.

- Dowsett, G. e Aggleton, P. (1999). Young people and risk-taking in sexual relations. Em: M. Caraël (Ed.). *UNAIDS, sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS* (pp. 10-55). Geneva, Switzerland: UNAids.
- Easton, D., Sullivan, L. e Parker, R. (2002). Sexualities and sexual health: lessons from History. Emergence of Sexuality as a sexual health and political issue. Em: D. Miller e J. Green (Ed.). *Psychology of sexual health* (pp. 53-67). Oxford and Malden, MA: Blackwell Science.
- Freire, P. (1978). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (1967). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fried, S. Sexuality and Human Rights. Em: *Health and human rights. An international journal*, 7 (2), pp. 273-304.
- Gagnon, J. & Parker, R. (eds) (1995) *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World* (New York: Routledge).
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology*. New York: HarperCollins.
- Geertz, C. (2000). *Available light. Anthropological reflections on philosophical topics*. New Jersey: Princeton University Press.
- Guezmes, A. (2004). Estado laico, sociedade laica. Um debate pendente. Em: Cáceres, C., Frasca, T., Pecehny, M. e Terto Jr., V. (Ed.). *Ciudadania sexual em América Latina: Abriendo el debate* (pp. 187-199). Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- HEILBORN, M. L. (1999). Construção de si, gênero e sexualidade. Em: M. L. Heilborn (Org.). *Sexualidade: o olhar da ciências sociais* (pp. 40-59). Rio de Janeiro: Zahar.
- Kegler, Crosby e DiClemente (2002). Reflections on emerging theories in health promotion practice. Em: Di Clementi, Crosby e Kegler. *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 386-397). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lalande, A. (1996). *Vocabulário técnico e crítico de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lyra, J. (1998). Paternidade adolescente: Da investigação a intervenção. Em: M. Arilha, S. Ridenti e B. Medrado (Ed.). *Homens e masculinidades: outras palavras* (pp.185-214) São Paulo, Brazil: Editora 34.
- Mann, J.; Tarantola, D. J. e Netter, T. W. (Org.). (1992). *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mann, J.; Tarantola, D. J. (Org.). (1996). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Miller, A. M. e Vance, C. (2004). Sexuality, human rights and health. Em: *Health and human rights. An international journal*, 7 (2), 5-15.
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M. e Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (1), pp. 7-18.

- Monteiro, S. (2003). *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Paiva, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. Em: R. Parker e R. Barbosa. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: RELUME/ DUMARApp. 213-235
- Paiva, V. (1999). *Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual*. Em: R. Parker e R. Barbosa (Org.). *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo: Ed. 34.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus.
- Paiva, V. (2002) Sem mágicas soluções: A prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface*. Botucatu: v.6, n.11, p.25 - 38.
- Paiva, V. (2003). Beyond magic solutions: Prevention of HIV and Aids as a process of psychosocial emancipation. *Divulgação em Saúde para Debate*, 27, 192-203.
- Paiva, V., Ayres, J. R., França Jr, I. (2004). Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. *Sexuality research & social policy*. *Journal of NCRC*, 1 (1). Retirado em 10 de agosto, 2006, na World Wide Web: [www.http://nsrc.sfsu.edu](http://nsrc.sfsu.edu)
- Paiva, V., Venturi, G., França-Jr, I. e Lopes, F. (2003). Uso de preservativos pesquisa nacional MS/IBOPE, Brazil 2003. Retirado em dezembro 2003, do Programa Nacional de DST e Aids / Dados e pesquisas em DST e Aid, na: World Wide Web: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope\\_2003/artigo\\_preservativo.rtf](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/artigo_preservativo.rtf)
- Paiva, V. (2005). Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex education*, Londres, v. 5, n. 4, p. 345-359, 2005
- Parker, R e Barbosa, R.(Org.) *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo, Ed. 34.
- Parker, R. e Aggleton, P. (1999). *Culture, society and sexuality: a reader*. London: Taylor & Francis.
- Parker, R. e Terto Jr., V. (1998). *Entre homens. Homossexualidades e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R., Easton, D. e Klein, C. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention. A review of international research. *Aids*, 14 (Suppl.1), S22-S32.
- Pérez, F., Quintana, A., Hidalgo, C. e Dourojeanni, D. (2003). *Sexualidad y mujeres jóvenes: negociación, protección y placer*. Lima, Peru: Instituto de Educación y Salud (IES).
- Rance, S. (2001). ¿Por qué ciudadanía sexual?. *Conciencia Latinoamericana (Revista de Católicas por el Derecho a Decidir)*, 13(3), 13-17. Retirado em outubro 2005, na World Wide Web: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b2/articulos.htm#4>
- Revista do Censo (2002). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo/revista.shtm>

- Rios, R. R. (2004). Apuntes para um derecho democrático de la sexualidad. Em: Cáceres, C., Frasca, T., Pecehny, M. e Terto Jr., V. (Ed.). *Ciudadania sexual en América Latina: abriendo el debate* (pp. 167-185). Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rubin, G. Thinking sex: notes for a radical theory of politics of sexuality. Em: R. Parker e P. Aggleton (Org.). (1999). *Culture, society and sexuality- a reader*. London: Taylor & Francis (Original publicado em 1985).
- Santos, A. *Turismo e saúde comunitária: intervenção e pesquisa no Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil* (2004). Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- Santos, B. S. (2003). *Reconhecer para libertar. Os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Shepard, B. (2004). Pecado e derechos humanos: la falta de cidadania sexual de la juventud. Em: Cáceres, C., Frasca, T., Pecehny, M. e Terto Jr., V. (Ed.). (2004). *Ciudadania sexual en América Latina: Abriendo el debate* (pp. 141-152). Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Silva, L. J., Buchalla, C. M. e Paiva, V. (2002). Prevenção do HIV em contexto de vulnerabilidade social. *Rev Saúde Pública*, 36 (4 Supl. Esp.), 1-119.
- Tunala, L. (2005). *Promoção de saúde e reeducação alimentar num hospital*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Social, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Turner, V.W , Bruner, E.M. (1986) *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.
- UNAids (1999). *Sexual behaviour change for HIV: where have theories taken us?* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAids).
- Uziel, A. P., Rios, L. F. e Parker, R. (Org). (2004). *Gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids*. Rio de Janeiro: Pallas.
- Vance, C. (1995). «A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico». *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, vol 5, no 1.
- Villarinho, L., Bezerra, I., Lacerda, R. e Paiva, V. (2002). Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV. *Rev. de Saúde Pública*, 36 (4), 61-67.
- Zeidenstein, S., Moore, K. (Ed.). (1999). *Aprendiendo sobre sexualidad*. New York: IWHC/Population Council.



