

AIDS: OS SENTIDOS DO RISCO

Maria Angelo Paulilo

RESUMO: Este texto apresenta parte de um estudo sobre o risco do HIV/Aids e tem, como ponto de partida para a análise, as representações sociais associadas ao risco, elaboradas por soropositivos e doentes. Subsidiou este trabalho o estudo do risco, suas aproximações teóricas, sua expressão na sociedade contemporânea e seu processo de construção social. Subsidiou-o ainda o estudo das representações sociais utilizadas como instrumental privilegiado por sua forma peculiar de colocar-se na intersecção entre o individual e o social e de situar-se na interface entre o conhecimento e a prática. O objetivo principal deste estudo consistiu em compreender a disjunção, aparentemente paradoxal, entre conhecimento e comportamento no que diz respeito ao risco do HIV/Aids. Privilegiou-se a abordagem qualitativa de forma a analisar os comportamentos sociais no entrecruzamento dos contextos cultural, social e interacional. Utilizou-se a história de vida tópica como meio de coleta de dados, uma vez que ela incorpora experiências subjetivas mescladas a contextos sociais. As histórias de vida, em número de seis, foram colhidas por meio de entrevistas semi-estruturadas e incluíram a diversidade do universo pesquisado, no que concerne a diferentes formas de exposição ao risco. O risco para o HIV/Aids constituiu, assim, o fio condutor a

alinhar a trama das diferentes narrativas que este estudo colheu. A síntese final apontou a diversidade de sentidos atribuídos ao risco do HIV/Aids.

RISCOS, FALAS E SENTIDOS

Compuseram o universo deste estudo: Enaldo, bissexual solteiro, contaminado por meio de relações sexuais; Aranha, heterossexual solteiro contaminado por meio de relações sexuais; Valdemar, homossexual casado com homem, contaminado por meio de relações sexuais; Ana, heterossexual, viúva contaminada por meio de relações sexuais com o marido; Minibi, profissional do sexo, contaminado por relações sexuais; e Gilberto, contaminado por meio de uso de drogas injetáveis. O conjunto das falas por eles elaboradas mostra que sua análise deve contemplar o que foi por todas as narrativas contemplado, a saber, o cruzamento de contextos e tempos.

O contexto cultural nos traz o tempo longo constituído pelo imaginário, ou seja, pelo

conjunto cumulativo das produções culturais criadas e re-interpretadas ao longo da história por diferentes domínios do conhecimento, contexto no qual se enraízam os conteúdos mais estáveis das representações sociais.

O contexto social atravessa nosso tempo vivido, abrange os processos de socialização, o período de aprendizado e os eventos ocorridos em determinada sociedade em época histórica datada. Neste tempo, as produções culturais são reinterpretadas a partir das cristalizações que circulam em uma determinada sociedade sob formas variadas: textos científicos, textos literários, músicas eruditas e populares, canções, poemas, filmes, registros documentais, mitos, provérbios, enfim, signos que, em seu conjunto, conformam o imaginário social.

O contexto interacional pauta-se no tempo curto, no aqui-agora da interação. Nele, estão contidos o variável, o peculiar, o subjetivo, o contraditório, a

originalidade; ele é o domínio das diversidades e dos conteúdos mais instáveis e inovadores das representações sociais.

Estes três contextos e tempos podem ser captados em todas as narrativas, através das representações sociais que por elas flutuam.

Todos os discursos fizeram ecoar ressonâncias do tempo longo, repercutiram o tempo vivido e emitiram vibrações do tempo curto. O novo e o aqui-agora questionaram, contestaram, reviveram, recriaram e transformaram representações há muito enraizadas, solidamente sedimentadas. Todas as falas, sem exceção, mesclaram o cotidiano e o longínquo, fundiram o arcaico e o instante, entrelaçaram o universal e o singular. Desta forma, as narrativas apontaram significados, recorreram a símbolos, evocaram metáforas, chamaram memórias, sinalizaram mudanças, re-interpretaram conhecimentos, re-

construíram realidades e revelaram um processo contínuo de produção de sentidos.

Assim fazendo, os entrevistados abordaram elementos que constituíram o tema central desta pesquisa, a saber, o risco do HIV e da aids e as representações a eles associadas. Para me aproximar dele, retomo um elemento comum a todas histórias, o surgimento da aids.

Lembremos que, para AUGÉ (1991), a doença é a realidade individual e social mais próxima dos dois outros eventos compreendidos por ele, como elementares, a saber, o nascimento e a morte. A aids tornou-se o evento elementar a cruzar o tempo vivido de todos os narradores, afetando-os profundamente.

O que revela este evento que provoca rupturas, engendra incertezas, semeia medos, instaura instabilidades, aponta fragilidades e ameaça com a morte? Qual o contexto que o circunda?

Para BALANDIER (1998), este evento revela uma das figuras da desordem, a saber, a doença que, ao lado do evento súbito, da violência e do enfraquecimento político, caracterizam a sociedade contemporânea. Lembremos que, para o autor, não há antinomia entre ordem e desordem, a relação entre elas é dialética, o movimento que desordena também ordena, um é parte do outro. A desordem encontra-se na base dos períodos de transição, durante os quais rupturas e avanços se efetuam. Na sociedade contemporânea, materializada sob a forma de um mal insidioso, letal e epidêmico, a aids ilustra a desordem, o caos, o “*bouleversement*” que confere, aos tempos atuais, um caráter especial; são tempos, como nos disse VOVELLE (1985), em que a sensibilidade coletiva se crispa diante da morte.

Além da desordem, diversos componentes, diferentes traços, novas circunstâncias

marcariam a sociedade atual. Resgato alguns deles que delineam um perfil do mundo no qual hoje vivemos. O transitório, o efêmero, o descontínuo predominam sobre o duradouro, o estável, o permanente. A crença em uma sociedade mais igualitária e mais justa ruiu, esmagada pela lógica econômica do mercado que consolidou a desigualdade entre povos e classes. A onipresença da mídia e a sofisticação da comunicação produzem um excesso de imagens, apresentam uma multiplicidade de referências, embaralham as distinções entre o real e o simulado. O homem se depara com inúmeras escolhas, valores ambivalentes, caminhos tortuosos e complexos tão bem representados por BALANDIER (1994) na figura do labirinto. A ciência se defronta com fronteiras movediças, admite a perplexidade e se desconcerta em face do imprevisível. A erosão de sua autoridade é acompanhada pela descrença nas instituições

públicas, nos partidos políticos, nos sindicatos cujos discursos são tomados com suspeição e ou franco descrédito.

O homem transita, distante das influências da tradição, por entre informações e práticas constantemente examinadas e reformuladas à luz de conhecimentos renovados sobre estas próprias práticas. O consenso sobre valores básicos ou normas de comportamento é uma frente polêmica, a concordância se pulveriza em divergências infinitas. Cabe ao indivíduo se referenciar, procurar por si mesmo e com seus próprios recursos aquilo que antes era encontrado no interior das culturas e nas trocas com outros indivíduos.

Categorias polares, contraditórias permeiam a vida cotidiana como a confiança e o risco, a crença e a dúvida, o esperado e o imprevisível. A dimensão das conquistas tecnológicas é imensa, mas se iguala à dimensão dos riscos que elas comportam.

Segurança e perigo se apóiam em suportes de equilíbrio instável e o risco tornou-se uma das referências de vida, refletido em comportamentos de afastamento, de aproximação, e ainda paradoxalmente revelado em atitudes simultâneas e ambivalentes de evitação e busca.

Esta procura deliberada do risco analisada, em profundidade, por LE BRETON (1991) tem como pressuposto básico a figura da morte como significante último, uma vez que os valores e os sentidos da existência se apresentam confusos, obscuros e embaciados. Resta ao homem questionar o significante mestre, a morte, para sentir se o ato de viver possui ainda um significado. Assim sendo, o risco torna-se o imaginário de uma relação com a morte, a tomada de risco visa desafiá-la de um modo metafórico; o risco, assim propositadamente procurado, adquire o significado de uma troca simbólica com a morte. O homem a toca mas

consegue driblá-la, regressando à vida e, assim fazendo, julga a morte, simbolicamente ultrapassada. O jogo com a morte, através do risco, contém ainda uma dimensão complexa e difícil de referenciar representada pelas figuras ordálicas do confronto, da vertigem, da ausência e da sobrevivência. Traços destas figuras têm aparecido com frequência cada vez maior e se apresentam embaralhados em uma mesma ação, manifestadamente na proliferação dos esportes radicais, do uso de drogas e de aventuras perigosas que incluem um corpo-a-corpo com elementos da natureza.

Ambivalência e ambigüidade permeiam, portanto, não apenas os riscos individual ou coletivamente tomados, mas perpassam o próprio universo no qual estes riscos ocorrem.

Em sendo um mundo paradoxal, ao lado dos riscos, das incertezas e das perplexidades, convivem a esperança, a fé, a confiança, a expectativa de um

reencantamento da vida, manifestos na busca do sagrado, nas ciências esotéricas, na multiplicidade de religiões, na leitura dos signos astrológicos, no conteúdo simbólico de fatos e eventos. Correm, lado a lado, o individualismo e a consciência coletiva, a indiferença e o engajamento, o casuísmo e a ética, a solidão e a solidariedade.

Estes seriam alguns dos traços mais marcantes do contexto social dos narradores, por todos compartilhados no decorrer de seu tempo vivido.

A vivência da doença, em suas múltiplas dimensões, igualmente atravessa o tempo curto de todos eles. SINGER (1994) reflete sobre as dimensões sociais da aids que se fazem visíveis através de sua construção social, de sua transmissão social e de sua localização social. Um dos componentes mais significativos no processo social de construção da doença foi sua associação com populações marginais. Suas formas de transmissão se

concretizam através de comportamentos sociais, particularmente comportamentos íntimos como contato sexual ou uso de drogas injetáveis. As tendências de sua localização se estendem cada vez mais em direção aos despossuídos, aos marginalizados, aos condenados e aos pobres. Às dimensões sociais da doença se fazem acompanhar de outras dimensões que igualmente a conformam, quais sejam, a científica, a política, a econômica, a jurídica, a moral, todas elas atravessadas pela dimensão simbólica que a fez carregar pesados significados por ser, em última instância, a dimensão a lhe fornecer sentido.

Outro dado comum foi compartilhado por todos os entrevistados em seu tempo curto. Em menor ou maior grau, todos eles se ressentiram dos efeitos causados pelo que se convencionou chamar de a terceira epidemia, a epidemia das reações sociais, constituída por representações, as mais arraigadas, associadas às doenças infecciosas e

epidêmicas fincadas no imaginário cultural e social. Ressonâncias do tempo longo repercutiram nas mais variadas esferas: do trabalho, da família, do grupo social, da escola, da vizinhança e mesmo das instituições de saúde. Os entrevistados viram de perto ou sentiram na própria pele o ostracismo social reservado aos doentes ou potencialmente doentes, a discriminação, o preconceito, os ataques aos direitos civis. Em algum momento de seu tempo curto, todos, sem exceção, passaram pela situação paradoxal de se verem sós, com uma doença que se inscreve no âmbito de uma epidemia.

Em contrapartida, tiveram, igualmente em maior ou menor grau, oportunidade de observar ou viver momentos de apoio e solidariedade; de ter seus males minimizados através de tratamento; de ver nascer um espaço socialmente valorizado para se falar de sexualidade e de uso de drogas; de fortalecer a livre expressão e uma maior

aceitação da homossexualidade; de construir o “novo doente” engajado em seu processo de tratamento; de contribuir para a organização coletiva de portadores e doentes em ONGs/Aids; de provocar uma ruptura cultural na concepção de doença e de doente; de aumentar a visibilidade das desigualdades sociais entre segmentos sociais e países; e, para alguns, de encontrar sentido para suas vidas.

O processo de construção da doença exerceu, sem sombra de dúvida, influência na construção do risco para esta doença. Dos sentidos atribuídos à doença desprenderam-se os sentidos atribuídos ao risco.

Retomo, brevemente, a noção de sentido. SPINK (1996) parte do pressuposto de que conhecer é dar sentido ao mundo, pois é o sentido que possibilita a ação.

“a produção de sentido é uma prática social, essencialmente dialógica que freqüentemente implica o uso de conceitos

expressos em linguagem verbal, icônica ou gestual” (SPINK, 1996:3).

Retomo ainda brevemente as três principais funções das representações, funções que se interpenetram e se complementam mutuamente: a função cognitiva, a função social e a função afetiva.

A função cognitiva permite a familiarização com a novidade, possibilita transformar o estranho em familiar, o distante em próximo, o ameaçador em algo controlável. Ela é constituída pelos processos de objetivação (figura) e de ancoragem (significado e classificação).

A função social contribui para indicar comportamentos, para nortear a comunicação, para orientar atitudes, para transmitir pensamento, sentimentos, emoções, em suma, para possibilitar as relações dos homens entre si.

A função afetiva concorre para proteger identidades sociais, que, por motivos diversos, se vêem ameaçadas. É esta função que está na base da

elaboração de estratégias coletivas ou individuais que atuam de forma projetiva e defensiva para manter e legitimar identidades de determinados grupos sociais.

A esta função de proteção de identidades individuais e coletivas BAUER (1994) denomina função pragmática das representações. A função pragmática teria, portanto, na resistência ao novo, ao desconhecido, uma contribuição especial; seria ela o fator criativo, o elemento peculiar que introduz e mantém a heterogeneidade no mundo simbólico.

O que deve ficar claramente estabelecido no conceito acima é sua contestação à lógica racional que atribui à resistência a noção de despreparo. No processo de comunicação, a resistência é, desta forma, vista como ruídos a distorcer e impedir que a mensagem seja adequadamente comunicada. Muito ao contrário do que conclui a lógica racional, estes ruídos são dotados de

significação, a resistência é um fator de criatividade, é ela que introduz a diferença ou o “filtro” entre a intenção do comunicador e a reação do receptor em processos comunicativos. Exatamente por isso a resistência, identificada nas representações sociais, não indica uma falta de preparo do receptor ou manejo deficiente do comunicador. Deve ficar, assim, compreendido que ela não consiste em defeito de comunicação a ser superado, mas configura-se no elemento culturalmente significativo que fornece sentido ao conteúdo da comunicação; é ela o fator de criatividade e diversidade gerado por experiências subjetivas. É exatamente o ruído e o filtro que devem ser contemplados e considerados no processo de comunicação quando se trata de atribuição de sentido.

Assim sendo, a resistência constituiu um elemento comum a todos os entrevistados. Eles não se infectaram porque “não estavam preparados”

para entender o risco do HIV. Algo que as narrativas ilustraram muito bem diz respeito ao processo de negação do risco, que vem a ser, paradoxalmente, um processo de compreensão do risco. O risco do HIV foi, portanto, por eles compreendido dentro do universo cultural, social e individual próprio de cada um deles, a partir de suas experiências subjetivas e intersubjetivas.

Isto posto, passaremos para os diferentes sentidos associados ao risco do HIV, extraídos das narrativas dos entrevistados. As narrativas claramente evidenciaram que a produção de sentido se faz ao longo de uma vida, ao longo de uma história construída por processos subjetivos, interacionais e intersubjetivos, que ocorrem em diferentes temporalidades e contextos.

O primeiro sentido a influenciar as representações sociais de risco do HIV emerge, em quatro das seis narrativas, e relaciona-se a projeção do risco para o mundo externo, para além das fronteiras

do “eu”, para um território distante constituído pela figura do “outro”, do alienígena, do diferente. Enaldo nos fala do agonizante. Ele desconhecia a figura do portador devido à desconsideração da ciência médica e da mídia para com a existência do soropositivo, nos primeiros tempos da epidemia; o portador não aparecia realmente no discurso sobre a aids. Mas Enaldo fala também de um vírus que era artista e falava inglês, ou seja, não teria nada a ver com ele. Aranha vê o “outro” na promiscuidade, na drogadicção, fazendo parte da escória social. Waldemar o coloca fora de seu relacionamento com o parceiro fixo, fora, portanto, dos limites de sua casa. Ana o identifica nas prostitutas, nos travestis e nos usuários de droga, e não em seu marido, um ex-usuário de droga. O que existe na base deste processo de construção do outro? Por que ele ocorre com tanta frequência?

CRAWFORD (1994) discute este processo de relação entre o “eu” e o “outro” em termos do “sadio” e do “não sadio”, compreendidos em seus significados biológicos e metafóricos. A autora parte do pressuposto de que a saúde é uma das imagens mais poderosas associadas, por contraposição, à imagem de doença e de doentes. Primeiro, o conceito de saúde seria absolutamente central à identidade moderna, em termos físicos e simbólicos, com conotações de competência, respeitabilidade e responsabilidade. Segundo, desde os anos 70, a saúde teria emergido como valor. Terceiro, o “eu” sadio seria simbolicamente sustentado através da construção do “outro doente”. Estes argumentos trazem para a discussão que a estigmatização da imagem do outro se encontra fundada na lógica de que o “outro” é necessário ao “eu”. A autora admite que pode ser verdadeiro que a negação da degeneração física e mental e a projeção da

vulnerabilidade em um outro é um processo humano universal. Acredita, no entanto, que o conceito de saúde, da forma como foi desenvolvido na sociedade ocidental moderna, veio reforçar esta defesa psicológica.

“A saúde tornou-se a expressão de um sonho tecnológico e a enfermidade grave tem se tornado crescentemente o lado sombrio deste sonho” (CRAWFORD, 1994:1356).

A idéia da resistência seria, portanto, essencial à noção do “eu sadio”. Devido aos medos e preocupações trazidos por doenças graves, a angústia é simbolicamente mobilizada e utilizada para sustentar o “eu sadio” como uma identidade metaforicamente articulada à classe social, raça, gênero e identidades sexuais. A vulnerabilidade, o “eu doente” se ancora, assim, na imagem do “outro”. Desta forma, conclui a autora, quando, em uma doença como a aids, pessoas, que já carregam estigmas de marginalização, tornam-se atingidas e, portanto, contagiosas, as duas formas

de alteridade são perigosamente combinadas. O marginalizado “outro”, agora duplamente discriminado, é visto como um perigo físico para o indivíduo e um perigo simbólico para a sociedade em geral.

Em síntese, tudo o que o “eu” quer evitar, tudo o que o “eu” receia para si, tudo o que o “eu” não reconhece em si é simbolicamente deslocado para o “outro”. Em outras palavras, o “outro” é construído para permitir a ancoragem do inverso, do oposto, do avesso do “eu”.

A narrativa de Aranha é a que melhor expressa esta posição ambígua do “eu” que, em função das múltiplas versões através das quais este “eu” se apresenta, depara-se, de súbito, com um “eu” que representa, simbolicamente, o “outro” nele incorporado. A linha argumentativa do discurso de Aranha de negação do risco traz como subtexto a negação do “outro” dentro de si. O reconhecimento deste “eu” estranho, escondido e

negado, gera efeitos impactantes, produz tormento e aflição. No caso de Aranha, a descoberta do seu “eu” sombrio provocou-lhe uma ruptura em sua trajetória individual, uma “ruptura-desinserção”, que desestruturou sua rede social de apoio e o tornou ainda mais fragilizado. Somente a aceitação do múltiplo, do plural, do diferente, abriria espaço para a aceitação do estrangeiro fora e dentro de cada um de nós.

Um segundo componente da produção de sentido para o risco do HIV, evidenciado pelas narrativas, refere-se ao processo de hierarquização do risco. Ele é transparente nas falas de Minibi e de Gilberto. Na escala estabelecida por eles, o risco de assassinato obtinha de Minibi prioridade máxima, assim como a overdose para Gilberto. Não se trata, absolutamente, de riscos imaginados, Minibi foi atingido por seis tiros e Gilberto presenciou

inúmeros amigos sofrendo overdoses e relata ter, igualmente, passado por uma overdose. Nos dois casos, a relação com o risco apresenta-se muito próxima da relação com a morte. Para Minibi, os riscos faziam parte de sua profissão, não eram riscos deliberadamente buscados e evitá-los, como, por exemplo, a violência, fazia parte de seus cuidados. Eram riscos conscientes e, na sua profissão, quase que inevitáveis. Há que ser lembrado que a busca do prazer oferecido pelo sexo também estava presente. Para Gilberto, o risco associava-se à busca do prazer proporcionado pela droga; era, desta forma, um risco talvez inconscientemente acionado. O ponto de identidade em ambos os riscos corridos era a probabilidade e a iminência da morte. Como compará-la, portanto, com a morte a ser causada por uma doença convertida em apenas uma possibilidade que, se e quando consumada, apresentava desdobramentos tão vagarosos que

se perdiam por entre as incertezas de um futuro já marcado por contornos imprecisos e inseguros? Os mundos de Minibi e Gilberto mostravam-se plenos de riscos, pesados, violentos, brutais. Não, a aids realmente não fazia parte da realidade hostil constituída por adversidades outras e dela se precaver era secundário diante das inúmeras cautelas que seus mundos arriscados os obrigavam a tomar. Não havia espaço, em suas cogitações, para o risco da aids; ele era de menor importância, se comparado aos outros riscos a que suas atividades os expunham. A aids, para eles, tinha, assim como para Enaldo, a conotação de doença terminal e seu risco entrou em suas vidas de forma gradativa, quando começaram a perder amigos infectados.

Da narrativa de Minibi depreende-se um elemento adicional, a falta de expectativa de uma vida longa. Sua profissão tornava seu futuro por

demais incerto para assegurar uma velhice tranqüila. Entre a velhice, associada à solidão e ao desamparo, e a morte, seria esta última a escolha de Minibi.

A hierarquia de riscos aparece ainda nas relações de gênero. No momento, cabe apenas lembrar que é em função do marido e dos filhos que muitas mulheres constroem seu mundo e, através deles, elas constroem ainda sua identidade. O casamento torna-se assim, para muitas mulheres, valor de extrema importância em suas vidas. A dissolução do vínculo traria, para estas mulheres, dano e sofrimento muito intensos. Elas então mantêm o casamento, embora o conflito entre risco e proteção permeie a relação. Esta parece ser uma resposta possível a tantas situações nas quais mulheres, financeiramente independentes, conservam um relacionamento, mesmo tendo ciência da infidelidade do marido.

O terceiro elemento relacionado à elaboração das representações de risco do HIV contempla a falta de credibilidade na ciência e aparece explícito na narrativa de Valdemar, um profissional de saúde, bem informado, que não segura crianças no colo por receio de contaminá-las. Como já foi visto, a ciência médica gerou de fato muitas dúvidas, mascarou suas incertezas, contribuiu para responsabilizar determinados grupos através do constructo “grupos de risco”, constructo que está na base da elaboração de representações defensivas e homogeneizou os homossexuais com um suposto estilo de vida promíscuo e os drogadictos com uma suposta tendência à auto-destruição. No entanto, a falta de legitimidade da ciência não decorre somente das incertezas da área médica, nem se refere apenas à questão da aids. A desmistificação da ciência se inscreve no universo social mais amplo, e ilustra um dos traços da pós-modernidade.

Ainda no campo da ciência, outra fonte de inquietação se alastra e relaciona-se ao paradoxo central resultante do avanço da tecnologia, que consiste, por um lado, na dependência da sociedade atual com relação aos progressos tecnológicos alcançados e, por outro, no medo de suas conseqüências em razão de seu poderoso potencial destrutivo. A relação entre as pessoas e a ciência tornou-se uma expressão de confiança ambígua que inclui crença e ceticismo, ao mesmo tempo, e pode-se afirmar que esta desconfiança generalizada da ciência é uma manifestação visível do aumento da consciência de risco na sociedade de hoje, particularmente de riscos de alta intensidade.

A narrativa de Valdemar traz ainda um desdobramento da questão da falta de credibilidade da ciência. Sua fala revela a persistência de uma representação arcaica, permanência enraizada no imaginário e ancorada

na imagem remota e pré-construída do contágio através do contato direto, Valdemar nos remete assim ao tempo longo, a uma cristalização associada ao corpo, mais especificamente, à pele e às mucosas, vistas como vias de penetração de agentes tóxicos. FABRE (1993) identificou o medo do contágio através do toque, como uma constante histórica no imaginário ocidental, um campo estruturado cuja força simbólica sustentou sua prevalência nos tempos das pestes e da lepra, manteve-a no imaginário popular e reavivou-a nos tempos da aids.

A narrativa de Valdemar traz-nos ainda o quarto elemento a ser considerado nas elaborações das representações do risco do HIV, a saber, a questão do gênero, igualmente enunciada no discurso de Ana. Esta questão encerra múltiplas implicações: a confiança no parceiro, o amor ou a paixão, e a posição de subalternidade da mulher nas relações entre gêneros.

A confiança no parceiro é apontada por Valdemar como o fator situado na base de sua infecção, aliada ao fato de que ele se relacionava exclusivamente com este parceiro. A condição de Valdemar revela uma circunstância realmente paradoxal: a reação das pessoas diante de uma epidemia é fortalecer com muralhas simbólicas as fronteiras de seus territórios contra o mundo externo; a esfera pública passa a ser considerada como um lugar ameaçador, nela habitam o perigo, a doença e o risco de infecção. E é precisamente na intimidade da esfera privada que a contaminação efetivamente ocorre; a proteção que esta esfera aparentemente oferece transforma-a, paradoxalmente, no mais arriscado dos lugares. A confiança no parceiro desempenha um papel essencial na tensão existente entre representações de intimidade e afeto associadas ao ato sexual e aquelas associadas ao risco da aids a imiscuir-se nestas mesmas práticas sexuais. As

**representações da doença e da morte
contrapõem-se às representações do amor e da
sexualidade, configurando-se em dois pólos
opostos. O tensionamento entre estes dois pólos
apresenta um enorme potencial de ruptura. Nas
reações conflitivas que esta tensão estabelece, a
confiança no parceiro tem tendência a prevalecer.
A narrativa de Valdemar parece atribuir uma
significação especial ao risco, quando trazido pelo
parceiro. O risco por ele corrido insere-se no
amplo universo dos riscos aceitáveis e perdoáveis
decorrentes do ato de amar.**

**O amor e a paixão apresentam ainda um outro
componente que mantém afastado o risco. Este
componente emerge a partir da construção de um
sentimento de invulnerabilidade, típico de
pessoas apaixonadas. Elas se sentem de tal
maneira plenas, poderosas, que lhes vem a
certeza da invulnerabilidade; nenhum mal pode
advir de alguém que é sujeito, objeto, verbo e**

predicado, de minha paixão, pensa o ser apaixonado. A sensação de plenitude e encantamento na qual submergem os apaixonados funciona como uma redoma de vidro espesso a protegê-los de todas as desditas do mundo. Não lhes ocorre que o vírus, qual caroneiro indesejado, possa ter com eles entrada e lá se instalado, encerrado como eles, na mesma redoma de vidro. Similarmente à esfera privada, a redoma torna-se o mais desprotegido dos espaços.

A terceira implicação da questão do gênero diz respeito à subalternidade da mulher nas relações entre os gêneros, decorrentes das construções simbólicas da masculinidade e da feminilidade. Como já discutida nas páginas anteriores, enquanto as representações de masculinidade têm como âncoras o gosto pelo sexo e a liberdade sexual aberta ou velada, as representações associadas à feminilidade encontram-se

ancoradas na maternidade, na passividade e na fidelidade.

Foi interessante notar que, na bibliografia por mim lida sobre aids e gênero, a grande maioria dos textos reconhece esta posição de subalternidade da mulher. No entanto, estes mesmos textos, quando abordam a questão da prevenção, colocam justamente nas mãos da mulher, a dimensão mais aprisionada e mais frágil das relações de gênero, a responsabilidade pelas estratégias de evitar o HIV. Apenas duas vozes discordantes se manifestam no material por mim consultado, PATTON (1990) e CAMPBELL (1995).

PATTON (1990) discute a diferença de comportamento entre homens gays e homens heterossexuais, nos Estados Unidos, no início da década de 80. O primeiro conselho sobre sexo mais seguro foi colocado em circulação pelos gays, seguido por discussões e divulgações de uma

pletora de possibilidades sexuais de práticas não penetrativas. Este comportamento significava não apenas uma prática de ativistas para evitar o HIV, mas uma estratégia de construção de senso de comunidade e de resistência política para fazer frente ao “*blame*” generalizado que os responsabilizava pela disseminação do HIV. Neste sentido, o fato de terem sido homens homossexuais os primeiros a apresentar manifestações da doença; de situarem-se socialmente em uma posição de “enclave” que favorecia um sentimento de identidade e pertencimento; e a reação defensiva em face de uma ameaça externa constituíram-se em fatores facilitadores de sua organização e politização. Em contraste, os heterossexuais se encontravam atomizados, tinham de si próprios uma representação de imunidade à infecção e mantiveram, portanto, seus mesmos códigos de conduta sexual que implicava sexo vaginal como

a prática prevalente na qual cada mulher negociava o sexo mais seguro, a partir de sua posição de maior ou menor poder. Deve ser lembrado que a autora se refere a grupos norte-americanos. Segundo ela, *“dada esta diferença na ética sexual, não é surpreendente que os heterossexuais - o amorfo público geral - fossem aqueles a ter profunda dificuldade em aceitar sexo seguro”*. (p.46). O fato de a sexualidade gay ser, ao contrário da sexualidade heterossexual, menos atada à rigidez dos papéis masculino e feminino, culturalmente definidos nas relações de gênero, tornou-os mais aptos e receptivos à adoção de práticas sexuais mais seguras.

CAMPBELL (1995) aponta algumas razões que levam a ênfase do trabalho preventivo na saúde a recair, prioritariamente, sobre mulheres.

Primeiro, as mulheres têm sido tradicionalmente responsáveis por sua própria saúde e pela saúde de filhos e parceiros, o que as leva a ter contatos

freqüentes com serviços e postos de saúde.

Segundo, as mulheres são mais facilmente encontradas fora dos espaços de trabalho: nas creches, nas escolas, pois são elas a levar e buscar suas crianças, e também nas comunidades uma vez que muitas delas realizam tarefas domésticas ou desenvolvem atividades que tem a casa como local de trabalho. Finalmente, é também possível que as mulheres sejam mais receptivas que os homens às informações sobre saúde.

A autora faz uma crítica ao trabalho preventivo por considerar que ele, ao focar as mulheres, demonstra uma dúbia posição sexista. A prevenção parte do princípio, antecipadamente assumido, de que as mesmas mensagens dirigidas às mulheres não alcançarão os homens, de que os homens realmente não se preocupam em praticar sexo mais seguro e de que os homens não estão motivados a modificar seu comportamento. Desta forma, os homens são tratados, por antecipação,

como desinteressados e não receptivos a respeito de questões ligadas à saúde.

Ao invés de ter como público alvo homens como indivíduos responsáveis e dirigir-se diretamente a eles, continua a autora, o trabalho preventivo fornece instruções às mulheres sobre como negociar sexo mais seguro com seus parceiros, instruções que funcionam somente nos relacionamentos nos quais as mulheres têm algum poder de decisão nas questões sexuais. Além disso, estas estratégias vêm reforçar a idéia de que sexo mais seguro é preocupação e responsabilidade femininas.

Como pode ser visto, construções simbólicas relacionadas às relações de gênero extrapolam a esfera do casal e são absorvidas, replicadas e reforçadas inclusive por discursos e práticas preventivas. Configura-se realmente um paradoxo no âmbito da prevenção.

O quinto componente a influenciar as representações de risco do HIV relaciona-se à busca do prazer, proporcionados seja pelo sexo seja pela droga.

Como já nos disse MURARO (1983), o sexo é o elemento mais importante na esfera da interioridade, é através dele que libido, pulsões, desejos, prazeres interagem. Encontra-se o sexo no lugar privilegiado da articulação dos dois eixos da vida humana, o individual e o coletivo. Através das práticas sexuais, quando livremente desejadas, as pessoas se ligam entre si, constroem vínculos, trocam afeto, amor ou prazer. O sexo contém um elevado investimento afetivo e apresenta um conteúdo simbólico muito forte de ligação com o ato de viver e de se sentir vivo.

As construções de atividade sexual que emergem das narrativas apresentam algumas diferenças. Para Enaldo, o sexo é um comportamento natural e espontâneo, não importa se com homens, com

mulheres ou com homens e mulheres ao mesmo tempo. Aranha parece representá-lo baseado em concepções morais, no que concerne à preferência sexual. Valdemar tem para com o sexo uma relação ambivalente, ora o coloca como um desejo primitivo, quase incontrollável, ora o representa como algo muito feio e vergonhoso, particularmente se relacionado a práticas homossexuais. Ana vê o sexo como um ato de amor e sua narrativa revela uma construção emblemática de atividade sexual envolvendo intimidade, amor, troca e prazer. Minibi o representa como fonte de sobrevivência e também prazer e Gilberto pouco fala sobre sexualidade.

Sexo é, de fato, um motivo poderoso, exerce uma atração que fascina, sua prática traz gratificação imediata, é reforçado por fantasias e mantido por experiências passadas prazerosas e desejo de momentos futuros igualmente prazerosos. É

previsível, portanto, que atividades sexuais sejam particularmente difíceis de serem mudadas, em função de construções culturais já sedimentadas aliadas à sensação inebriante de vertigem que sua prática provoca. A dificuldade da aceitação do uso do preservativo vem apenas confirmar a relutância a mudanças na esfera sexual.

A droga, assim como o sexo, encontra-se profundamente ancorada na visão que a toma como fonte de prazer e ela, sem dúvida, inclui uma dimensão de prazer, sem a qual seria inexplicável a atração por ela exercida sobre jovens e adultos. Sabe-se que o consumo de drogas não é um fato novo na história da humanidade, a droga apresenta uma função lúdica e ritualística em muitas comunidades, facilita a inserção grupal e intensifica sentimentos de pertencimento e comunhão com as demais pessoas, mundo ou universo cósmico. Seus efeitos favorecem o combate às sensações de angústia,

abandono, solidão; proporcionam, enfim, um momento de esquecimento ou suspensão das ansiedades e incertezas de um mundo indiferente ou ameaçador. Como analisa SÁ (1994), o ser humano sonha, imagina, fantasia, devaneia, delira e transcende. Lembra o autor que:

“a história registra muitas formas de agir sobre o psiquismo, além da utilização de substâncias psicotrópicas. As danças, os rituais, as seitas, o êxtase ascético, o poder, o jejum, o jogo, a música, a arte e a poesia constituem parte do arsenal psicoativo que nossa história revela, nele incluídas as drogas” (SÁ, 1994:157).

Vê-se assim que a droga é ambígua, nela o indivíduo pode buscar tanto o delírio, a dissolução como a criatividade e a lucidez.

Na narrativa de Gilberto, a droga aparece associada à liberdade, ao ato de andar sem rumo; há nela um traço da vertigem analisada por LE BRETON (1991), a sensação de abandono à embriaguez dos sentidos, a atração da errância por mundos imaginários e simbólicos.

A droga, assim como o sexo, oferece o que o mundo tem de mais escasso, a sensação de felicidade e prazer. Isto faz com que sua abstenção seja um processo difícil. Se levada em conta a drogadicção, sua privação conforma um quadro de sofrimento e desespero. Cabe lembrar que, no que diz respeito ao risco do HIV, somente a droga injetável oferece perigo. Há aqueles que passam a inalá-la quando se sabem soropositivos. Embora não tenham evitado o risco para si, interrompem a cadeia de transmissão por via sangüínea.

Gilberto, por exemplo, faz parte deste grupo. Há que ser lembrado que o risco de transmissão não reside somente no compartilhamento de seringas por usuários, mas ainda na sua conduta sexual. O trabalho preventivo junto aos UDIs, engloba, portanto, duas estratégias conjuntas, o uso da droga e o comportamento sexual.

O sexto componente da produção de sentido nas representações de risco do HIV se insere nos

denominados fatores de vulnerabilidade social. Estes fatores perpassam todas as narrativas, com exceção da de Valdemar que apresenta uma situação financeira e social mais estável que os demais. Enaldo e a rua, Aranha e o subemprego, Ana e suas estratégias de sobrevivência, Minibi e a prostituição, Gilberto e o pequeno tráfico de drogas, refletem todos uma situação de instabilidade econômica e social que os fez, pelo menos em um período de suas vidas, vulneráveis. Deve ser acrescentada às condições de vulnerabilidade coletiva, já debatidas, a questão da situação atual da saúde no país no que se refere às políticas e organização de serviços (COHN & ELIAS, 1996)¹. Nesta questão pode se concluir que os fatores de vulnerabilidade a que está exposta grande parcela da população

¹ Para o aprofundamento das condições de vulnerabilidade social do Brasil remeto os leitores aos estudos realizados por BEHRING, 1998; PEREIRA, 1996; SPOSATI, 1988; RICO, 1998; e YAZBEK, 1996.

brasileira fazem do risco do HIV um risco a mais entre muitos outros.

O sétimo componente a influenciar as representações de risco do HIV liga-se à falta de hábito da população brasileira em exercer controle sobre os rumos do país. Há que ser lembrado o período militar que condenou, pela força, milhões de brasileiros à impotência política. O fracasso da campanha por eleições diretas; a necessidade de *impeachment*, por corrupção do primeiro presidente democraticamente eleito depois do período ditatorial; a inflação descontrolada do governo Sarney e as taxas de desemprego do governo do plano real levaram a sociedade civil a ver com crescente ceticismo a possibilidade de influenciar o processo político de forma significativa. A população simplesmente não acredita que possa controlar uma doença letal e epidêmica quando demandas cotidianas e imediatas como a

alimentação constante, a moradia, o emprego, a internação hospitalar para um parto assistido e o custo dos medicamentos, se afiguram tão distantes de ser alcançadas e tão além de suas possibilidades de controle. Isso limita, evidentemente, a influência que a sociedade civil poderia exercer na formulação e implementação das políticas sociais, de maneira geral, nelas incluída a política de saúde.

Este componente transparece nas narrativas através da ausência, do não dito, do esquecido. Os narradores, com exceção dos engajados em ONG/aids, sequer mencionaram a possibilidade de diretamente influenciar uma política governamental de prevenção e controle da aids. O dado se faz presente, pela falta de referência a ele nas entrevistas realizadas; é sua ausência que as narrativas expressam. A não referência evoca representações sociais associadas à impotência, ao impossível, ao inexistente.

Um último componente das representações sociais ligadas ao risco do HIV emerge em todas as narrativas. Trata-se da complexidade interna dos sujeitos humanos. As narrativas mostram a ambivalência nos movimentos de aproximação e afastamento do risco, dizem da ambigüidade dos sentimentos em relação a si, a outros e à vida, indicam contradições nas múltiplas versões do “eu”, trazem as inconsistências do discurso, revelam as tensões diversas em meio às quais o sujeito faz suas escolhas, enfim, indivíduos plurais, situações plurais e narrativas plurais.

A análise das narrativas demonstrou claramente a fragilidade da lógica racional que acredita que representações e comportamentos constituem um sistema relativamente estável, concatenado, coerente e homogêneo. Das narrativas, emergiram constâncias e estabilidades, mas elas trouxeram à luz, sobretudo, variâncias, diversidades, singularidades, especificidades,

pluralidades na forma como o risco é representado e vivido. As narrativas refletiram ainda a polissemia a elas intrínseca, ou seja, apontaram para a existência potencial de múltiplas significações concomitantes e construíram versões plausíveis de um eu intersubjetivamente constituído.

O mesmo acontece com a enfermidade. Enaldo, Ana e Minibi, embora não desejassem a aids, apresentam-na com uma enorme conotação de positividade; Aranha e Valdemar atribuem-lhe, de forma ambivalente, um sentido associado à destruição; Gilberto divisa, através dela, um prenúncio de sua condição de cidadão.

O conjunto das narrativas nos mostra que a invariância na determinação dos riscos simplesmente não existe. Não existe nem mesmo a dicotomia determinação/ evitamento de risco. Esta visão dicotômica leva a uma redução da pluralidade existente nos comportamentos. Entre

estes dois pólos flutuam miríades de variâncias, sutilezas, significados, polissemias e sentidos.

Trabalhar com riscos exige, portanto, abrir mão da busca da invariância, da lógica racional e dos discursos autoritários. Exige ainda estratégias de ação que aceitem a ambivalência das práticas sociais e descartem a expectativa de soluções definitivas.

Empresto palavras de BARDIN (1997) quando se refere à impossibilidade de generalização da significação de indicadores em uma análise de conteúdo, e faço uma analogia com a impossibilidade de generalização dos comportamentos de risco do HIV.

“Isto é, todavia, tão utópico como estabelecer uma chave dos sonhos com uma correspondência unívoca e universal entre significantes e significados” (BARDIN, 1997:179).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUGÉ, M. (1991) “Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l’'événement””. In: AUGÉ, M et HERZLICH, C. (Dir.) *Le Sens du mal – anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. 3.ed. Paris: Editions des Archives Contemporaines.
- BALANDIER, G. (1994) *Não-Lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas-SP: Papyrus.
- BARDIN, L. (1997) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BAUER, M. (1994) “A popularização da ciência como ‘imunização cultural’: a função de resistência das representações sociais”. In: JOVCHELOVITCH, S. e GUARESCHI, P. *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- BEHRING, E. R. (1998) *Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez.
- CAMPBELL, C. A. (1995) “Male Gender and Sexuality: implications for women’s AIDS risk and prevention”. *Social Science Medicine*. v.41, n.2, p.197-210.
- COHN, A. & ELIAS, P. E. (1996) *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez.

- CRAWFORD, R. (1994) “The Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: reflections on health, culture and AIDS”. *Social Science Medicine*. v.38, n.10, p.1347-1365.
- FABRE, G. (1993) “La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales e categorias médicas”. Paris: *Sciences Sociales et Santé*, v. XI, n.1, mars.
- LE BRETON, D. (1991) *Passions du Risque*. Paris: Metailié.
- MURARO, R. M. (1983) *Sexualidade da Mulher Brasileira – corpo e classe social no Brasil*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- PATTON, C. (1990) *Inventing AIDS*. London: Routledge.
- PEREIRA, P. A. (1996) *A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos: críticas aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus.
- RICO, E. M. (1998) (org.) *Avaliação das Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC-SP.
- SÁ, D. B. S. (1994) “Projeto para uma nova política de drogas no país”. In: ZALUAR, A. (org.) *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense.
- SINGER, M. (1994) “AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: the perspective of critical medical anthropology”. *Social Science Medicine*. v. 39, n.7, p.931-948.
- SPINK, M. J. P. (1996) *O discurso como produção de sentido*. Texto apresentado no VI Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP. Teresópolis, Rio de Janeiro.
- SPOSATI, A. (1988) *Vida Urbana e Gestão da Pobreza*. São Paulo: Cortez.
- VOVELLE, M. (1985) *Ideologias e Mentalidades*. São Paulo: Brasiliense.
- YAZBEK, M. C. (1996) *Classes Subalternas e Assistência Social*. São Paulo: Cortez.