

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ELABORAÇÃO, GESTÃO E AVALIAÇÃO DE
PROJETOS SOCIAIS EM ÁREAS URBANAS

PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DA JUVENTUDE FRENTE A AIDS

SAYONARA ACCIOLY SILVA CASTELLUCCI

BELO HORIZONTE

2008

SAYONARA ACCIOLY SILVA CASTELLUCCI

PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DA JUVENTUDE FRENTE A AIDS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação em Projetos Sociais em Áreas Urbanas do Departamento de Sociologia e Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Fahel

Belo Horizonte

2008

AGRADECIMENTOS

Escrever esta monografia foi uma tarefa dividida entre momentos difíceis da minha vida e as minhas inquietações relativas ao tema.

Foram muitos os momentos de incertezas, dúvidas, cansaço e uma sensação do inacabado. Foi uma caminhada solitária, cuja dureza só foi minimizada com o convívio do meu companheiro Gilberto e meus três filhos, Cayque, Caio e Rafaela que sempre respeitaram as minhas escolhas apoiando-as de forma paciente e compreensiva.

Quero alargar minha gratidão àqueles que mesmo distantes geograficamente, vibraram positivamente por mim. Em especial aos meus pais.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador, professor Murilo Fahel. Sua compreensão em relação as minhas limitações e dificuldades por que passei na fase de escrita, foram fundamentais para que chegasse até o fim.

Aproveito também o momento para registrar meus agradecimentos a Bemfam, instituição em que trabalho, pelo amparo financeiro, que contribuiu em parte pela realização do curso.

Sou grata também a Sra. Tutuca, líder comunitária que facilitou a organização do grupo focal no local.

E a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou não para a execução e finalização de mais esta etapa em que se perseguiu um pouco mais de saber, meu muito obrigado.

Há um tempo em que é preciso abandonar as
roupas usadas Que já têm a forma do nosso corpo E
esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos
mesmos lugares É o tempo da travessia E senão ousarmos
fazê-la Teremos ficado para sempre À margem de nos
mesmos...

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

1. Introdução	06
2. Breve Histórico da AIDS no Brasil.....	09
3. Sexualidade e AIDS	12
4. Práticas e Representações da AIDS.....	13
5. Metodologia.....	21
5.1. Local da Pesquisa.....	22
5.2. Sujeitos da Pesquisa.....	23
5.3. Resultados.....	23
6. Considerações Finais.....	27
7. Referências Bibliográficas.....	28
ANEXO.....	30

1. Introdução.

As linhas que se seguem versam algumas inquietações a respeito de uma epidemia que devido a transformações na sua trajetória, exige a compreensão dos comportamentos de vulnerabilidades para a contaminação com o HIV/Aids com diversos grupos populacionais, que por motivos sociais e culturais, passam a estar mais expostos. Essa vulnerabilidade, no entanto, precisa ser entendida à luz dos valores culturais e sociais de cada comunidade ou cada grupo.

Para Parker(1994), devemos não apenas ter uma visão biomédica desta doença, e sim, entendê-la com todos os aspectos da saúde e da doença como fundamentalmente coletiva – um “constructo” social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém integrados e sobrepostos.

Apesar de uma existência de mais de duas décadas, a Aids ainda permanece um sério problema de saúde pública.

A epidemia, ao longo dos anos, vem apresentando importantes mudanças no perfil. Inicialmente, até meados da década de 80, a maioria dos casos notificados tinha as relações homossexuais como categoria de exposição, e, em menor grau, as transfusões de sangue / hemoderivados (sendo os hemofílicos especialmente focados nesta última categoria). No final da década de 80, foram progressivamente aumentando os casos de Aids decorrentes de outras categorias de exposição, em especial a dos usuários de drogas injetáveis.

Hoje, a discussão sobre Aids e mulheres abrange novas concepções, tal como o conceito de “Vulnerabilidade” descrito por VILLELA, (1996).

Tomamos como pressuposto o conceito de vulnerabilidade – que considera contextos sociais, culturais e políticos como determinantes fundamentais do grau de autonomia de cada pessoa para se proteger do HIV – em contraposição ao conceito de risco, baseado em comportamentos (VILLELA, 1996).

A dificuldade de negociação do preservativo é um fator que contribui para o aumento de casos de Aids em mulheres. O condom sendo método masculino, escapa ao controle da mulher. Sua negociação leva a conclusões ambíguas, culturalmente justificadas, sobre a “disponibilidade sexual da mulher” e a “desvalorização do parceiro”.

Entre 1983 a março de 2002, foram diagnosticados 237.588 casos de Aids, sendo 63.59 destes em mulheres (27%). As preocupações concentram-se sobre a transmissão heterossexual. Passamos a observar o crescente número de casos entre as classes menos favorecidas socialmente, mulheres heterossexuais e jovens.

Segundo o Ministério da Saúde, 2006, a Aids afeta mais as mulheres jovens entre 13 e 19 anos; para cada 6 meninos com Aids, há 10 meninas.

Considerando todas as faixas etárias, para cada 15 homens com Aids, há 10 mulheres.

A atual epidemia com que nos defrontamos é bastante complexa, resultante da existência das subepidemias regionais ou definidas conforme a natureza das diferentes interações sociais. Cabe, portanto, avaliá-la sob perspectivas diversas e complementares, renovando e refinando permanentemente seus instrumentos de análise e arcabouço conceitual.

A presença cada vez mais marcante de jovens no quadro da epidemia de Aids traz a necessidade de explorar a temática, pois se trata de um seguimento com especificidades distintas e que apresenta desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção. Assim, a constatação, pelos levantamentos epidemiológicos, da maior incidência

de jovens no aumento do número de casos de Aids, vem acompanhada de uma tentativa de compreender as condições que tornam esse grupo mais ou menos vulnerável face à infecção pelo HIV.

O que podemos perceber é uma lacuna entre a informação que esses jovens têm sobre Aids e a percepção que eles elaboram sobre o risco de contrair o HIV. Por esse motivo, a pesquisa desloca o eixo da abordagem individual – epidemiológico e comportamental – para uma análise da vulnerabilidade estrutural.

Apesar das constantes campanhas veiculadas pelos vários meios de comunicação hoje disponíveis, o número de casos de AIDS sobe de ano para ano como têm demonstrado as estatísticas.

2. Breve histórico da Aids no Brasil

O primeiro caso de Aids em jovens brasileiros foi notificado em 1982. Desde então, foram identificados 54.965 casos, sendo 10.337 entre jovens de 13 e 19 anos e 44.528 entre os de 20 e 24 anos.

Entre os jovens de 13 a 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006 e o possível atraso de notificações, o número de casos vem crescendo desde o início da epidemia enquanto o número de óbitos se mantém estável desde 2000. Na faixa etária de 20 a 24 anos, percebe-se tendência de crescimento no número de casos, e de leve decréscimo no número de óbitos a partir de 1999. Ressalta-se que nos anos de 1993, 1998 e 2004 houve importante alteração dos critérios de definição de casos de Aids, o que pode ter influenciado a tendência observada ao longo da série histórica.

A partir de 1998 houve inversão da razão de sexo dos casos de Aids em jovens de 13 a 19 anos, tendo por referência a totalidade dos casos do Brasil em que o sexo masculino predomina. Em 2005, esse indicador atingiu o valor de 0,6: 1(H:M), ou seja, 6 homens para 10 mulheres, representando uma taxa de incidência de 1,7 / 100.000 hab e 2,8 / 100.000 hab respectivamente.

Em jovens de 20 a 24 anos a inversão da razão de sexo não foi observada. A taxa de incidência, nessa faixa etária de 15,7 / 100.000 hab. entre homens e 15,3 hab./100.000 hab em mulheres no ano de 2005.

Em jovens do sexo masculino de 13 a 24 anos, no período de 1982 a 2006, percebe-se aumento proporcional de casos com categoria de exposição transmissão sexual. Nos anos de 2005 e 2006, nas subcategorias homo/bissexuais, verifica-se discreto aumento na proporção de casos, o que merece ser destacado tendo em vista que por se tratarem dos últimos anos da série histórica, deverão receber incremento de casos notificados tardiamente.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2000, informaram que foram notificados 191 casos de Aids em moças de 13 a 19 anos contra 151 casos em rapazes. Em 2001, foram notificados 152 casos de Aids em adolescentes do sexo feminino, contra 91 em adolescentes do sexo masculino. Entre jovens de até 24 anos, esta relação homem-mulher já é igual, com uma tendência para as mulheres superarem os homens também.

Dessa forma, os novos casos de Aids delineiam um novo perfil, “feminização, heterossexualidade e juvenilização” da epidemia ano a ano, apontando o sexo feminino como a população onde a epidemia da aids mais cresce no país.

A tabela 1, anexa, reforça a preocupação com essa população diante a trajetória da epidemia no cenário brasileiro.

TABELA 1

Tabela IV.A - Casos de mds notificados no SIMAN, segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico, Brasil, 1980-2007(m)

Faixa etária (anos)	1980-1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
<5 anos	1384	393	439	453	383	395	339	329	319	281	219	208	219	208	219	219	208	122	71	4867
05 a 12	359	66	102	87	105	117	121	121	143	144	138	106	144	106	144	140	168	140	27	1579
13 a 19	2405	285	273	296	255	242	200	242	242	250	222	168	222	168	222	112	1009	735	167	6995
20 a 24	9966	1381	1499	1509	1326	1266	1265	1302	1302	1331	1112	1009	1302	1009	1302	112	1009	735	167	23859
25 a 29	19118	3412	3834	3887	3092	2961	2732	2659	2659	2641	2465	2087	2659	2087	2659	241	2087	1683	324	50375
30 a 34	19624	4203	4421	4254	4079	3972	3731	3687	3687	3655	3353	2988	3687	2988	3687	341	2107	1683	485	60992
35 a 39	14280	3126	3008	3075	3410	3408	3244	3277	3277	3203	3083	2698	3277	2698	3277	241	2107	1683	584	54022
40 a 49	13945	3160	3366	3900	3600	3772	3749	4061	4061	4240	4049	3753	4061	3753	4061	412	405	385	793	53853
50 a 59	4217	924	972	1183	1155	1225	1186	1291	1291	1489	1485	1392	1489	1392	1489	162	162	162	283	19944
60 a mais	1519	327	337	425	394	401	398	446	446	478	489	412	478	412	478	405	405	405	92	6114
Totais	259	28	18	28	9	3	4	3	7	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	358
Total	93026	17255	18619	19897	17276	17852	17099	17800	17800	17814	16899	14656	17814	14656	17814	16899	14656	11236	2719	276078
Ferraria																				
<5 anos	1346	419	469	452	400	390	392	382	355	300	213	201	213	201	213	213	201	113	12	5982
05 a 12	190	72	78	66	116	129	141	141	147	172	147	126	147	126	147	126	126	80	20	1504
13 a 19	913	283	258	251	279	300	301	301	301	301	301	289	301	289	301	301	289	289	26	4336
20 a 24	3519	955	1107	1282	1209	1340	1348	1348	1384	1312	1174	858	1312	858	1312	1174	858	566	138	14192
25 a 29	5984	1568	1816	2097	1851	2085	2073	2103	2103	2047	1885	1463	2103	1463	2103	1126	1126	239	25047	
30 a 34	4540	823	877	785	990	2089	2076	2147	2147	2071	1806	1334	2071	1334	2071	1126	1126	280	25202	
35 a 39	2921	1058	1294	1549	1547	1547	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	1548	287	19866
40 a 49	2688	1039	1327	1616	1581	1744	1883	2090	2090	2197	2189	2057	2197	2057	2197	2189	2057	1689	373	23284
50 a 59	1012	383	481	522	528	423	487	706	706	788	856	834	788	856	834	492	492	492	66	2869
60 a mais	372	114	166	192	198	219	247	247	247	248	25	25	248	25	248	25	25	25	66	2869
Totais	61	6	9	7	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	88
Total	22826	7980	8982	10249	9800	10566	10787	11326	11326	11326	10520	9172	11326	9172	11326	10520	9172	7143	1566	131127

Fonte: SIMAN, SIMAN/ANVS/ANVS.
 Base de dados: SIMAN/ANVS.
 C77 em 1996 em 1980 e 1995, com base no SIMAN/ANVS/ANVS.
 C77 em 1996 em 1980 e 1995, com base no SIMAN/ANVS/ANVS.

Fonte: Boletim Epidemiológico

3. Sexualidade e Aids

A desvinculação de sexualidade e reprodução biológica da espécie, a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos, nos anos 60, e o advento da epidemia de HIV/Aids, na década de 80, lançou um novo olhar às investigações sobre os sistemas de práticas e representações sociais ligados à sexualidade, estabelecendo-a como um campo de investigação em si.

Analisando a trajetória dos estudos sobre sexualidade, não podemos deixar de lembrar que seu momento expressivo foi a partir dos estudos sobre gênero. Na realidade, gênero e sexualidade mantêm uma relação íntima.

Na antropologia, o olhar toma de maneira pouco radical, a afirmativa de que os temas a serem investigados fazem sentido somente a partir da teia de significados e relações sociais que os sustentam em um determinado contexto. Dessa forma, o que é sexo para um grupo pode não ser par ao outro.

Portanto, os significados sexuais e, sobretudo, o comportamento sexual não seriam passíveis de generalização, dado que ancorados em teias de significados articulados a outras modalidades de classificação, como o sistema de parentesco e de gênero, as classificações etárias, a estrutura de privilégios sociais, etc.

Com o advento da Aids, os estudos biomédicos e epidemiológicos sobre a sexualidade intensificaram-se. As ciências sociais buscam relativizar, problematizar uma série de crenças arraigadas no senso comum.

4. Práticas e Representações da Aids

Considerando a história social da Aids, Guimarães (1994) mostra que os principais veículos de transmissão da doença envolvem comportamentos e atitudes implicados na perpetuação da espécie e do prazer. O que significa dizer que a Aids é fator comum a homens, mulheres, negros, brancos, jovens, idosos.

O tratamento diferenciado quanto ao exercício da sexualidade masculina e feminina confere ainda níveis de poder distintos no interior das relações, de tal forma que quanto menor a capacidade de negociação da mulher na relação com os parceiros, maior a dificuldade para evitar riscos. Demandar de seu parceiro o uso do preservativo poderá significar colocar em risco a relação, o que pode ser particularmente significativo para as mulheres dependentes emocional e financeiramente do companheiro. Além disso, a convivência com o risco associado ao exercício da sexualidade é algo tão incorporado ao cotidiano e à própria identidade feminina, que se os custos sociais, econômicos e culturais forem muito altos, a mulher optará naturalmente por correr o risco (Barbosa, 1989).

No Brasil, o preservativo não goza de grande popularidade. É visto por alguns como obstáculo a um prazer pleno, por outros como símbolo de infidelidade ou desconfiança.

Segundo pesquisa coordenada pelo médico psiquiatra Jairo Bouer em 2007, concluiu-se que as informações sobre prevenção, camisinha e sexo seguro estão chegando aos jovens. Apesar disso, o elevado uso de camisinha, que ocorre na primeira vez, diminui com a prática, com a idade e com a estabilização dos namoros.

Infelizmente, a pesquisa constata que apesar dos jovens assimilarem as informações, isto não os mantém longe de comportamentos inseguros.

Estes dados, no meu entender, explicam que para se compreender as dificuldades da prevenção da Aids é necessário considerar que independente de qual for a ação preventiva,

esta deverá ser considerada como qualquer outro fato social, como estando cercado de códigos, relações e interpretações sociais e culturais.

Nesse contexto, o conhecimento técnico-científico da doença, baseado, portanto, na racionalidade, por si não é suficiente para convencer as pessoas a uma mudança de comportamento. Os significados são individuais, sendo manipulados e modificados através de um processo de re-interpretação de cada indivíduo. As pesquisas realizadas com os jovens ilustram o quanto o comportamento cotidiano está distante de um cálculo racional dos riscos a que eles se expõem. Digo isto em função de um depoimento de uma jovem que disse: “Eu tinha todas as informações sobre a prevenção, só que estas não foram processadas”.

O paradigma é: onde está este não processar?

Considerando práticas e representações um conceito central neste trabalho, como também a metodologia de pesquisa qualitativa, entendemos a necessidade pelo menos, uma abordagem conceitual dessa teoria.

As representações sociais vistas como fenômeno, são formas de saber geradas a partir do senso comum, são conhecimentos produzidos e compartilhados na prática cotidiana. A mesma expressão é utilizada para designar a teoria científica, Teoria das Representações Sociais, que visa explicar a construção desse conhecimento.

As teorias das representações sociais são uma forma possível de estudar o conhecimento do senso comum, considerando o sujeito como parte de um conjunto indissociável com objeto e sociedade. A partir dessa perspectiva, busca-se compreender processos que ocorrem em contextos históricos e sócio-culturais precisos, na construção do senso comum (Santos, 1998).

Entre estudiosos que deram “pano de fundo” ao processo de desenvolvimento das Teorias das Representações Sociais destaca-se Durkeim e segundo ele:

O termo se refere a categoria de pensamento através das quais sociedade elabora e expressa sua realidade (...) essas categorias não são dadas a priori e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais, transformando-se elas próprias em fatos sociais passíveis de observação e interpretação. (...) as representações sociais são um grupo de fenômenos reais dotados de propriedades específicas e que se comportam também de forma específica (...) é a sociedade que pensa, portanto as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. Assim, de um lado, elas conservam sempre a marca da realidade social onde nasceu, mas, também, possuem vida independente e reproduzem-se tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura sócia (Durkeim, apud Minayo, 2000).

Inserir práticas e representações no contexto da Aids significa construir formas de pensar e explicar a Aids como objeto social, uma vez que o estudo permite apreender como os grupos sociais entendem determinados fenômenos. “Historicamente, doenças epidêmicas e incuráveis têm sido tratadas como problemas e responsabilidade do “outro” e associadas a práticas construídas como “estrangeiras” (Joffe, 1994).

E avançando mais para as práticas, do ponto de vista de Bourdieu é impossível captar esse todo humano que escapa ao próprio sujeito, histórico, determinado socialmente, imerso em um universo social fora de nossos controles. Mesmo perdendo parte da riqueza da vastidão humana, o que podemos realizar é a objetivação do *habitus*, justamente resultado estável, mas não imutável desse processo de interiorização do social e de incorporação, na pele, de nossa persona social. Reforçando; o *habitus* se constitui como um conjunto de disposições construídas “objetivamente”, posto que se trata da interiorização das estruturas objetivas em que o indivíduo e até mesmo sua classe estão enredados, ou seja, o *habitus* é o fio condutor que possibilita o encadeamento das ações numa interpretação objetivista que as entende como estratégias, apesar de essas ações não serem produzidas com uma intenção estratégica de fato.

A primeira delas liga-se à temporalidade. O *habitus* é o resultado histórico de uma integração do social, de uma interiorização realizada em algum ponto da primeira educação e

que correspondia às homologias estruturais entre o espaço social e o grupo social no qual estava inserido o indivíduo. Portanto, esse *habitus* primário corresponde a um momento fotográfico da trajetória individual, cujas marcas profundas jamais serão apagadas, senão parcialmente, sob a influência de outras socializações posteriores. Dessa maneira, a atuação via *habitus* ocorre no presente, sob as luzes de um passado incorporado e que corresponde a um determinado momento histórico, tanto individual como coletivo.

Quando a exposição heterossexual ganha grandes proporções, principalmente quando se trata da explicação heterossexual feminina, as estratégias para enfrentamento da epidemia de Aids elegem o tema da negociação sexual como uma questão importante, ampliando-a. Várias questões restringem a exigência do uso da camisinha pelo parceiro, uma vez que usar ou não preservativo não é apenas uma escolha individual, mas que depende diretamente da aceitação ou não do parceiro e implica custos e benefícios (Villela, 1999; Campos, 1998).

A sexualidade é construída ao longo da vida de uma pessoa e envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções. Não é algo que possuímos naturalmente. Sua vivência é definida através da cultura. Por esse motivo, o exercício dessa sexualidade revela como os atores sociais conferem significações às suas práticas que são parte integrante de seus comportamentos (Bozon e Leridon, 1993). E, nesse campo, o poder é estabelecido de forma desigual entre os sexos, ficando as mulheres numa posição subalterna na organização da vida social (Saffioti, 1992). Na hora de decidir sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, essas desigualdades de gênero manifestam-se.

A Aids leva-nos a explorar caminhos da desconstrução de todas as “verdades”, de algumas “certezas” tidas como “naturais” e revela a possibilidade de tolerância à diferença. Exige, também, um olhar reflexivo sobre a rigidez presente no processo de construção de identidades e papéis de gênero e o como este processo está imbricado com a sexualidade.

É importante manter a perspectiva que a sexualidade e atividade sexual não são sinônimos. O termo sexualidade refere-se à construção histórica de uma dimensão interna aos sujeitos (Vance, 1995), profundamente imbricada num modelo particular de pessoa, que pressupõe uma interiorização e também uma individualização como traços modeladores da subjetividade.

Segundo Bourdieu (1999), o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. Esse programa social de percepção incorporada aplica-se a todas as coisas do mundo e, antes de tudo, ao próprio corpo em sua realidade biológica: é ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos. Bourdieu acrescenta ainda, sobre o corpo e seus movimentos, como ele está submetido a um trabalho de construção social e do simbolismo que lhe é atribuído.

Na nossa sociedade, o corpo é o suporte de uma construção identitária realizada pela estrutura social sobre a pessoa, construção da qual o próprio indivíduo não é inteiramente sujeito e a sentença a ser escrita sobre nossa pele não nos é dada a conhecer.

Aliados a esse suporte biológico, o nome e nosso sobrenome, veículos por excelência de identificação do indivíduo, vêm se juntar e compor a objetivação da relação entre um corpo e um símbolo que o identifica. Todo aparato social de formação de uma identidade, ou de uma persona, aqui entendida como máscara social, virá a se sedimentar sobre essa relação de tornar concreto um todo biográfico que na realidade não existe: podemos acompanhar as mudanças sucessivas pelas quais um agente social passa durante seu movimento na sociedade e que acabam por sedimentar um habitus relacionado à história do indivíduo. Esse inscrito, indelével e matriz geradora de práticas, pode ser definido como habitus, sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo.

No caminho dos significados, podemos usar uma analogia entre vida e morte, adoção e não adoção do uso do preservativo. No universo simbólico, o sêmen está associado a virilidade, ao poder, à vida. Enquanto a menstruação esta associada à morte. Tal fato justifica a simbolização dessa força, que ele denota ao penetrar o corpo feminino, ele é a possibilidade de “gerar vida”, significando a própria virilidade, fora do corpo e dentro do preservativo, ele representa a morte. Os recursos simbólicos são capazes de neutralizar e naturalizar esses fatos sociais. A morte, como fenômeno social, consiste em toda uma desestruturação e reorganização das categorias mentais e dos padrões de relacionamento social.

O risco age na sociedade e cria ameaças à ordem social, mas também à ordem do corpo – se a sociedade está em perigo, também está o corpo. Com base nesse princípio, Dougals (1966/1991) discute os modos simbólicos e rituais em que se classifica o mundo. O corpo humano é conceptualizado como possuído por fronteiras para fora e para dentro, as aberturas do corpo; também a sociedade tem uma forma, com fronteiras externas, margens e estrutura interna. “Sujo” e “poluído” são coisas fora do sítio, que transcendem as fronteiras e as classificações aceites socialmente no corpo e no mundo. A teoria sobre pureza, poluição e perigo acaba, assim, por apoiar o peso do resíduo na sociedade ocidental contemporânea, particularmente o uso do risco como conceito de culpa e marginalização do “outro”.

Manter a estabilidade significa controlar a desordem, a contaminação e a poluição. O controle corporal é, em Douglas, o equivalente ao controle social. Como corolário do argumento, se relaxam os controles sociais sobre as margens, também se distendem os controles sobre as aberturas do corpo individual. As noções contemporâneas de impureza e limpeza não são o efeito do interesse sobre os microorganismos, mas, de interesses simbólicos. Para Douglas,

Tal como a conhecemos, a impureza é essencialmente desordem. A impureza absoluta só existe aos olhos do observador. (...) As idéias que temos da doença também não dão conta da variedade das nossas reações de purificação ou de evitar a impureza. A impureza é uma ofensa contra a ordem. (Douglas, 1966:14).

Na idéia de que o indivíduo assume o risco, Mary Douglas trabalha a teoria do contágio face à Aids. Na sociedade contemporânea, o risco substituiu as antigas ideias sobre a desgraça, caso do pecado. A diferença entre perigo no contexto do tabu e risco como tema central do perigo contemporâneo é que o tabu reside na retórica da retribuição e acusação contra um indivíduo específico e o risco é invocado para proteger os indivíduos contra os outros. Reforçam-se as ideias de corpo e infecção face à invasão da Aids. Se, na Aids, o vírus invade o corpo, descreve-se a doença como invasora da sociedade inteira. Continua o assalto viral, com contaminação e vulnerabilidade, a Aids torna o corpo do indivíduo ou a sociedade incapazes de reagir.

Nessa linha de raciocínio podemos ilustrar, lembrando uma campanha de prevenção do Ministério da Saúde, na década de 80, com a protagonista Irene Ravache, dirigindo-se ao telespectador, sentada diante de uma mesa em um cenário que lembra um gabinete, a atriz, bastante formal, gesticulando didaticamente e dizendo o seguinte texto:

A aids é uma doença sexualmente transmissível, ela passa de homem para homem, de homem para mulher e de mulher para homem. O vírus no esperma contaminado pode invadir a corrente sanguínea mais facilmente pela mucosa do reto do que pela vagina. Porém, a secreção vaginal contaminada em contato com qualquer ferimento no órgão genital do homem também possibilita a infecção. E, se houver algum ferimento na boca, o esperma contaminado pode transmitir o vírus. Por isso, a forma mais segura que se conhece para evitar o contágio é o uso do preservativo de borracha, a camisinha. Com ela o vírus não entra em contato com o órgão genital do parceiro e, claro, o risco de transmissão é menor quanto mais você reduzir o número de parceiros. Converse com o seu parceiro. É um ato de respeito mútuo. A camisinha afasta o vírus da aids. Mas não afasta você de quem você gosta.

Esse filme é um registro simbólico importantíssimo da trajetória da aids no Brasil.

A atriz Irene Ravache praticamente interpreta uma médica, ou uma autoridade formalmente legitimada sobre o assunto, enunciando uma fala truncada e hermética sobre os corpos e os desejos humanos.

Para Bourdieu, as relações sociais podem ser vistas como interações simbólicas, mas as trocas linguísticas, especialmente, “são também relações de poder simbólico onde se atualizam as relações de força entre os locutores e seus respectivos grupos” (Bourdieu, 1996).

Quanto mais oficial for a situação em que o locutor estiver envolvido, tanto maior será a chance de funcionamento de sua competência linguística quanto for seu domínio do universo simbólico dominante e seus códigos, traduzidos nas normas da língua oficial.

A Aids aponta para um novo paradigma e exige uma nova forma de pensar a prevenção, principalmente, entre jovens. A transmissão da Aids vincula-se a dimensões da vida muito íntimas e subjetivas, que são investidas de medo, culpa e estigmas.

Este estudo pretende, contribuir, suscitando alguns questionamentos sobre o conhecimento dos jovens a respeito das barreiras culturais e simbólicas ao uso de medidas preventivas no âmbito da sexualidade, na medida que considera as dimensões de prevenção das DST/Aids.

5. Metodologia

Para a realização deste estudo foi adotada a metodologia qualitativa de pesquisa, devido a sua característica de trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Conforme propõe Minayo(1996), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitude. Isso corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

O grupo focal foi a técnica escolhida para coleta de dados, pois caracteriza uma metodologia exploratória, no intento de prover a compreensão das percepções, dos sentimentos, das atitudes e motivações. Sob essa ótica, o grupo focal apresenta caráter exploratório e avaliativo, voltado à compreensão de dimensões subjetivas do coletivo, acerca do tema de estudo.

A técnica de entrevista em grupo focal, ou simplesmente grupo focal (focus group), como tem sido referenciada na literatura, surgiu há cerca de cinquenta anos e tem sido bastante utilizada nos últimos trinta, principalmente em pesquisas mercadológicas, sociológicas, na área de saúde e, mais recentemente, nas áreas de engenharia e ciência da informação. Trata-se do mecanismo de coleta de dados a partir de debates em grupo direcionados acerca de um tópico específico. O direcionamento, garantido por um moderador, deve ocorrer de modo não-estruturado e natural (Parasuraman, 1986, p.245).

Conforme afirma Morgan (1997), o grupo focal difere da entrevista em grupo na medida em que não se trata apenas de uma sequência de perguntas e respostas, pois prevê a interação entre os participantes que, no decorrer da discussão, podem rever suas opiniões e refazer suas afirmações enquanto reelaboram seus pontos de vista.

Os participantes do grupo focal podem variar entre seis a quinze pessoas de uma população alvo, que sob a direção de um moderador discute tópicos importantes para um estudo especial de pesquisa.

O local das sessões deve ser neutro, de forma a evitar constrangimento aos participantes, assegurar sua privacidade e facilitar o debate, sendo de fácil acesso, confortável isentos de barulhos externos. É fundamental para o sucesso da técnica que o ambiente seja acolhedor. Por isso, pela nossa metodologia, os grupos focais aconteceram em locais de familiaridade dos participantes (suas casas, sede de associação de moradores, centro comunitário, centro de umbanda ou sala de aula, no caso de estudantes). O mediador tem o papel de suscitar o debate e encorajar os participantes a expressarem livremente suas opiniões e sentimentos sobre os temas. Ao mesmo tempo, deve cuidar para que nenhum participante monopolize a discussão, e que todos possam encontrar ocasião de se expressar.

Ao utilizar dados qualitativos não há pretensão de fazer generalizações, mas sim investigar os determinantes comportamentais que tratam dos indicadores de comportamentos de risco e proteção.

Todavia, a representatividade de dois grupos não me parece de significação fidedigna a futuras formulações globais.

2.1. Local de Pesquisa.

A localidade escolhida como campo da pesquisa foi a Vila São Paulo, na Cidade Industrial, Contagem. A vila fica atrás da fábrica da Vilma Alimentos S/A e concentra aproximadamente 4.230 habitantes.

O bairro tem 52 anos de fundação e apresenta uma razoável infraestrutura de serviços.

2.2. Sujeitos da Pesquisa.

Os sujeitos deste estudo foram meninos e meninas, divididos em dois grupos separadamente, na faixa etária de 14 a 18 anos.

Na utilização da técnica de grupo focal trabalhei com dois grupos focais. Um grupo formado por meninas e outro por meninos. Por se tratar de uma pesquisa com temas pessoais e sigilosos, é importante registrar que foi elaborado o termo de consentimento informando, explicando os objetivos da pesquisa e garantindo sua confidencialidade (ver anexo).

2.3. Resultados

Esse estudo exigiu uma abordagem qualitativa, tendo em vista a subjetividade do objeto. O grupo focal com utilização de entrevista semi-estruturada mostrou ser um método eficaz. Proporcionou riqueza de dados pela troca de experiências, pela reflexão e pelo insight promovidos pela dinâmica e sinergia dos grupos.

Os dados mostraram que a frequência do uso do preservativo foi baixa entre os jovens que mantiveram relação sexual e que há diferenças significativas entre os gêneros com relação à sexualidade e aspectos envolvidos na prevenção do HIV.

Na maioria dos depoimentos, as meninas declararam que é mais fácil e confortável o diálogo com as mães, consideradas mais acessíveis, assim como mencionam que não se sentem à vontade na aproximação com os pais para o esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade.

Em vários depoimentos das jovens, observou-se que são os meninos que assumem a iniciativa e responsabilidade pelo uso da camisinha, já que eles é quem devem guardar no bolso.

Em alguns depoimentos dos meninos, podemos perceber o uso da camisinha em função do significado da relação afetivo-sexual. Depende do tipo de relações que se tem, conforme relato de um garoto: “Isso daí só para quem não tem relacionamento fixo, agora quem já tem...”. Se a relação não for considerada estável, conforme um outro garoto: “Se eu ficar, eu uso a camisinha com medo da menina engravidar...”.

A menção de que a camisinha tira o prazer é recorrente em muitas falas, e há casos em que as jovens mesmo querendo que o parceiro use, estendendo a prevenção aos dois, predomina a vontade do rapaz.

Outros motivos apareceram para justificar o não uso do preservativo:

- “na hora H, não temos a camisinha à mão...”

- “acho que não corro risco em pegar Aids...”

Assim, tem-se que, para as jovens mulheres, os principais motivos para a não prevenção, em particular no que diz respeito a pedir ao parceiro que use um preservativo, diz respeito à confiança, à fidelidade dele. Já para os rapazes, orientam mais sua decisão pelo não uso do preservativo por considerações ligadas ao prazer sexual.

O argumento de que o sexo com o uso do preservativo é o mesmo que “...chupar bala com papel...”, entre os rapazes, também, se induz a negligenciar a prevenção, uma construção simbólica de masculinidade, pela qual se acham onipotentes.

De acordo com Guimarães:

Culturalmente, o preservativo masculino não corresponde aos valores e às atitudes pautadas no mundo conjugal monogâmico, sustentados pelos pilares de fidelidade e de confiança mútua, estando muito mais associado à idéia de comportamentos sexuais promíscuos, irregulares ou desviantes do padrão monogâmico. (Guimarães: 1992, p.153).

Seguindo a linha de raciocínio da Mary Douglas, o puro, o poluído e o perigoso são classificações simbólicas atribuídas a práticas sociais e situações que fazem sentido para o sistema social estabelecido e legitimam a ordem hierárquica, o poder de arbítrio de instituições e dos sujeitos que as representam de fato e de direito, e que por isso são hegemônicos.

Pensar o lado social da Aids nos remete a uma crítica ao heterocentrismo do macho e a desnaturalização de certezas sobre o que é puro e impuro, de certezas que orientam e matam as relações de subordinação da mulher ao homem.

Ampliando as perspectivas dessas análises no caso do Brasil, refletimos com Barbosa quando nos revela:

A maioria dos estudos sobre o uso do preservativo realizada no Brasil se restringem a determinar sua prevalência e a identificação de alguns fatores preditivos de seu uso. Esses estudos, realizados sobretudo nas grandes cidades das regiões sul e do sudeste, tem demonstrado que, em geral, a informação básica sobre a Aids já está difundida, sem eu isso implique em sua utilização. (Barbosa, 1999).

Embasada nessa reflexão, podemos afirmar é que o meio mais eficaz para a prevenção das DST/Aids é pouco usado e quando a utilização do preservativo se faz presente sua função é preponderantemente contraceptiva.

Têm-se as informações, mas elas não se articulam. Há expoentes do simbólico e do imaginário atuando no jogo das relações dos atores sociais envolvidos.

Na medida em que a Aids nos exige quebrar paradigmas para se trilhar novos caminhos, certamente, contribuirá para a formulação de novas hipóteses para velhos problemas.

Parece ser indiscutível a importância de estudos nessa área que nos levem além de um modelo centrado no biomédico e, mais que nunca, o comportamento individual em face de saúde dentro do contexto das sociedades modernas é a tônica da resolução das doenças da modernidade, sobretudo com a mudança do perfil epidemiológico das sociedades modernas e o advento da Aids.

Nessa linha de pensamento, a teoria instigante de Bourdieu, em muitos aspectos, ajudou a ter um outro olhar. O esforço foi de contribuir para uma política de prevenção mais eficaz e eficiente, onde esse jovem possa construir um sentimento de pertencimento nesse processo de possibilidades de redefinição das relações sociais.

6. Considerações Finais

Nesse trabalho, a preocupação foi manter uma relação mais estreita com as ordens do simbólico e do imaginário para compreender um fenômeno essencialmente subjetivo e que necessita trabalhar com o universo dos significados.

Julgo ser de suma importância estudos na área do HIV/Aids que nos levem além de um modelo centrado somente no biológico, e mais que nunca, o comportamento individual em face de saúde dentro do contexto da sociedade moderna; sobretudo, com a mudança do perfil epidemiológico dessa doença. Nessa linha de pensamento, a teoria instigante de Bourdieu em muitos aspectos contribui nesse movimento, através das linhas de análise teórica da sociologia do corpo, as representações sociais e os estilos de vida.

As pesquisas mostram que o simples acesso às informações não garante a adoção de estratégias de autoproteção. Resultado também constatado no grupo focal, inúmeros fatores concorrem para a estruturação das relações afetivas e / ou sexuais e é no processar que se reorganiza o simbólico e se dá o imaginário.

A dificuldade encontrada foi à escassez de publicações que tratem desse tema estudado.

7. Referências Bibliográficas

- BARBOSA, R. *Mulher e contracepção: entre o técnico e o político*. 1989. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989.
- BERQUÓ, M. SOUZA, M. Homens Adultos: Conhecimento do uso do Condôm. In: LOYOLA, M. A. (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio: Relume – Dumará. 1994.
- BOURDIEU, P. Campo do poder, campo intelectual e habitus de classe. In: MICELI, Sérgio (Org.). *A economia das trocas simbólicas*. (5ª ed.). São Paulo: Perspectiva; 1998.
- _____. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio: Difel/Bertrand Brasil, 1989.
- _____. *A dominação masculina*. Tradução Maria Helena Kuhner. Rio: Bertrand Brasil, 1999.
- BOZON, M. L'entrée dans la sexualité adult: le premier rapport et ses suites. Du Calendier aux attitudes. In: *Population*, n.5, 1993.
- _____. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França Contemporânea. In *Estudos Feministas*, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. Tradução: Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Zakia Pinto, São Paulo: Perspectiva, 1966.
- GUIMARÃES, C.D.O. Comunicante e a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: PAIVA, V. (Org.) . *Em tempos de aids*. São Paulo: Summus, 1992.
- LOYOLA, M.A. Percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M.A. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio: Relume- Dumara/UERJ, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Ano IV, n. 01, Brasília, Ministério da Saúde, 2007.
- PAIVA, Vera (Org.). *Em tempos de Aids: Viva a vida, sexo seguro, Prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores*. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

PAIVA, M.S. *Vivenciando a gravidez e experimentando a soropositividade para o HIV*. São Paulo. 2000. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo

PARKER, Richard. Sexo entre homens: consciência da Aids e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: PARKER, C. et al (Org.). *A Aids no Brasil*. Rio: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1994.

_____. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio: ABIA/São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, R.; GALVÃO, Jane (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio: Relume-Dumara /ABIA/IMS, UERJ, 199. (História Social da Aids, no. 7).

RODRIGUES, José Albertino (Org.). *E. Durkheim*. São Paulo: Ática; 1984.

SAFFIOTI, H.B. *Rearticulando gênero e classe social*. Rio: Rosa dos Tempos, 1992.

_____. *O Poder do Macho*. São Paulo. Moderna, 1997. (Coleção Polêmica).

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico, In: *Physis*, 1995.

VILLELA, W. Oficinas de sexo seguro para mulheres. In: *Abordagens Metodológicas de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS, 1996.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para participar da Pesquisa Qualitativa

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, de um encontro em grupo para conversarmos sobre vários assuntos relacionados à saúde. Leia ou ouça com atenção as informações a seguir, antes de dar seu consentimento.

Este encontro será para uma pesquisa que tem como objetivo conhecer o que os jovens sabem sobre as doenças transmitidas sexualmente e Aids, sobre os riscos e formas de transmissão e sobre como podem se prevenir dessas doenças.

Sua participação é muito importante para este estudo.

Caso você aceite participar de nosso estudo, não haverá nenhum problema legal ou qualquer tipo de risco, uma vez que sua identificação e tudo o que for falado no grupo ou individualmente, serão informações confidenciais. As informações obtidas serão gravadas para facilitar o estudo e estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa.

Você terá o direito de apresentar seu ponto de vista no grupo sobre os assuntos abordados. Também terá toda a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, inclusive de ouvir gravações e pedir que seja apagado o que foi dito por você.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do grupo, assim como a qualquer momento durante a reunião.

Sua autorização neste consentimento livre e informado será feita unicamente por sua rubrica, não sendo necessário seu nome ou assinatura.

Eu, _____ (rubrica) concordo em participar desta pesquisa.

Declaro que entendi todas as informações sobre este estudo e que minhas perguntas foram corretamente respondidas pela responsável da pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/2008.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____