

DESAFIOS DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO CONTEXTO TRANSCULTURAL^(*)

Ivo Brito^(**)

1 – Contextualização do Problema

Quando nos referimos aos contextos sociais diferenciados culturalmente, estamos nos referindo às relações entre atores e às estruturas sociais de que fazem parte. Trata-se, portanto, de pensar estas relações como fios de uma complexa teia de relações, cujo significados são parte de um processo de construção de identidades sociais. Nem sempre estas relações ocorrem em conformidade com sistemas de interações estáveis, o que certamente leva a uma ruptura com o ambiente de confiança, tornando os indivíduos e, eventualmente, o grupo social ao qual pertencem mais vulneráveis, expostos as mais variadas formas e situações de riscos. A pandemia do HIV/AIDS é um exemplo típico, onde a prática do *sexo seguro* transforma radicalmente a intimidade das pessoas e coloca-se como desafio frente a diversidade cultural da sociedade moderna¹.

Em primeiro lugar, como a maioria das ações no campo da prevenção em DST/AIDS têm se baseado na mudança do comportamento de pessoas ou grupos sociais, proporcionando-lhes a oportunidade de adotarem práticas sexuais mais seguras, ou reduzindo o dano de um determinado comportamento de risco, como é o caso do compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis, a questão central do ponto de vista teórico é saber se o conhecimento acumulado responde adequadamente as questões práticas colocadas pela realidade.

O que está em jogo nesse campo é saber se os contextos culturais dos grupos sociais são fatores importantes para a adoção de medidas de prevenção baseadas na informação, educação e no conhecimento sobre os meios de transmissão, e se são de fato eficazes para a diminuição do impacto da epidemia sobre a população em geral.

Em segundo lugar, qual a relação do atual perfil epidemiológico da epidemia – pauperização, feminilização, etc. - com os contextos culturais dos grupos sociais em situação de risco e vulnerabilidade?

De fato, essa questão é de fundamental importância para a definição das estratégias de prevenção. A epidemia avança entre as camadas sociais mais pobres das grandes regiões metropolitanas. Há fortes indícios de que o aumento dos casos entre mulheres estejam relacionados à adoção pelos seus companheiros de práticas sexuais com múltiplos parceiros ou porque são usuários de drogas injetáveis.

Estudos epidemiológicos apontam para uma tendência à interiorização da epidemia com o surgimento de casos de AIDS em municípios situados em

regiões de fronteira ou em cidades consideradas corredores para o tráfico de drogas². Em geral, estas cidades surgiram como novos pólos de acumulação econômica, em parte devido ao processo de avanço da fronteira agrícola voltada para exportação, em parte também em decorrência da transferência das plantas industriais das regiões metropolitanas para o interior dos estados, como resposta à nova política industrial adotada no país na década dos 80. Acrescente-se a esta realidade os núcleos urbanos, que passam a operar como centros auxiliares para o escoamento de mercadorias, como são os municípios portuários de Santos, São Vicente, em São Paulo; Itajaí, em Santa Catarina; Paranaguá, no Paraná e a região metropolitana de Vitória, no estado do Espírito Santo.

No que se refere ao comportamento da epidemia, este processo não é de forma alguma homogêneo, apresenta diferenças de uma região a outra, inclusive diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão, como podemos constatar as altas incidências de Aids em cidades balneárias, como por exemplo, Camboriú e Poços de Caldas³.

Esses diferenciais de risco e sua tendência a se interiorizar tendem a se acentuar, haja visto que desconhecemos a dinâmica atual da epidemia frente ao desenvolvimento econômico, social e cultural, principalmente se considerarmos o cenário da expansão da fronteira agropecuária, as migrações sazonais, como resultado da procura por novas oportunidades de trabalho, a intensa mobilidade espacial de segmentos ocupacionais vinculados ao setor terciário, como trabalhadores de empresas que prestam serviços de manutenção em diferentes áreas, a expansão do setor de serviços vinculados ao turismo e de transportes de carga rodoviário, por exemplo.

Se considerarmos que a epidemia dá indícios de estabilidade e de crescimento negativo entre os homossexuais, podemos dizer que esforços conjugados permitiram compreender o comportamento e os fatores culturais associados à epidemia, nesse grupo específico. Por outro lado, estamos ainda muito longe de podermos entender a diversidade da situação da epidemia em outros segmentos sociais. Acredito que em parte a dificuldade está na profunda diversidade cultural dos grupos sociais, alvo de propostas de intervenção no campo da prevenção, e na situação e posição que estes grupos ocupam na estrutura econômica e social, que tem se caracterizado, também, por diferenciais de inserção social, entre as quais as desigualdades de classe.

Essas considerações iniciais nos remetem a uma outra questão, qual seja, que fatores no campo cultural estariam influenciando as pessoas a adotarem práticas sexuais seguras, ou que fatores estariam, ao contrário, contribuindo para o recrudescimento de atitudes e práticas sexuais não seguras, em diferentes grupos sociais.

Nesse caso, o conceito de risco que a epidemiologia utiliza é permeável às diferentes representações que os atores (individual ou coletivamente) fazem de

si mesmos frente às formas de transmissão do HIV/AIDS. Ou, por outro lado, esse conceito é insuficiente para compreender no tempo e no espaço a diversidade de fatores, sociais, culturais, biológicos e epidemiológicos, que contribuem cada qual com dinâmica própria para a propagação da epidemia.

A resposta a estas questões não são fáceis, mas existem alguns achados importantes em pesquisas epidemiológicas e etnográficas, que permitem uma aproximação ao problema levantado.

2 - Os modelos de prevenção baseados na mudança do comportamento e seus limites.

Como dissemos anteriormente, as principais estratégias de prevenção se baseiam fundamentalmente na mudança do comportamento dos indivíduos e/ou grupo social ao qual pertencem, que se encontram em situações ou adotam comportamento de risco. Em suma, esses modelos compreendem três concepções que estão intimamente relacionadas.

1º – **Modelo das crenças em saúde**⁴ (Health Belief Model – HBM): este modelo se baseia nas atitudes e crenças dos indivíduos sobre sua condição de saúde e tem como variáveis principais:

- **percepção da ameaça:** percepção da suscetibilidade e severidade da condição de saúde, que implica na capacidade subjetiva de perceber o risco de contrair uma doença e na avaliação dos recursos disponíveis médicos e sociais, bem como suas conseqüências;
- **percepção dos benefícios:** avaliações pessoais sobre os recursos disponíveis para lidar com a ameaça;
- **percepção das barreiras:** avaliação pessoal dos obstáculos existentes quanto às ações de saúde e quanto aos serviços de saúde;
- as principais recomendações para o desenvolvimento de ações preventivas prevê o uso da *media*, a influência pessoal e a lembrança, onde o comportamento, nesse caso, reduz a ameaça baseada nas expectativas dos indivíduos.

Esses fatores são influenciados por um outro conjunto de variáveis, quais sejam, a educação, sexo, idade, raça e religião, orientação sexual, por exemplo.

A principal limitação desse modelo é seu atomismo que baseia toda sua ação sobre o indivíduo, desconhecendo, completamente, outros fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos em relação a sua saúde, tais como os fatores sócioeconômicos, as normas sociais do grupo ao qual pertencem e as representações sociais sobre as formas do adoecer e morrer. Esse modelo não permite perceber a doença como uma condição vivenciada⁵ e partilhada pelo

grupo social, portanto não consegue situá-la no contexto da cultura da qual fazem parte um conjunto de vivências, muitas das quais representam dramas sociais que causam grande impacto na estrutura familiar, nas relações afetivas das pessoas e nos mecanismos de interação social.

2º – Teoria da aprendizagem social (Social cognitive theory).

Esse modelo adota uma posição similar a anterior e está direcionada para o indivíduo, mas prioriza os estágios de aprendizagem na adoção de práticas sexuais seguras, segundo Castiel⁶, constituem variáveis importantes: a) o momento de início da mudança do comportamento; b) dimensionamento dos esforços despendidos e c) duração dos esforços frente aos obstáculos.

Esse mesmo autor diz que um dos pontos mais frágeis dessa teoria é o fato de induzir a culpabilização e vitimização dos indivíduos e grupos "culturais" que adotam práticas sexuais de risco. Essa característica dos modelos, até agora analisados, traz uma forte carga de preconceito, pois trata o comportamento sexual de risco como desviante, como interdito e "perversão".

Castiel, por exemplo, diz que *"modelos explicativos desta ordem têm pouco a acrescentar ao entendimento da sexualidade humana se a construção da homossexualidade masculina for marcada por categorias de análise baseadas em "perversão", enfermidade, debilidade de caráter, aberração, etc. E, portanto, terão poucas possibilidades de sucesso em intervenções com vistas à prevenção do HIV/AIDS"*⁷.

Assim, o indivíduo e os grupos que adotam práticas de risco são mensurados segundo estágios em uma escala evolutiva, onde cada momento da mudança do comportamento pode ser avaliado. Mas os estágios da mudança nem sempre operam numa seqüência lógica, podendo a aprendizagem queimar etapas desse processo evolutivo ou mesmo retardar o processo, fazendo com que as pessoas ou grupos sociais tenham um *"relapse"* ou *"lapse"* depois de adotarem práticas seguras. As teorias em questão são incapazes de identificar os fatores que estão diretamente relacionados com essa recaída "diante das tentações"⁸.

O seguimento do processo de aprendizagem das pessoas está diretamente relacionado a uma possível capacidade cognitiva do indivíduo de julgar o que é certo do que é errado e, portanto, decidir sobre o comportamento mais adequado diante de situações de risco. Esse modelo descarta a *vulnerabilidade* de pessoas ou grupo, como elemento importante da estrutura social a qual pertencem os atores sociais.

3º – A teoria da ação racional – (Teory of reasoned action – TRA)

Esse modelo teórico parte do princípio de que o comportamento é definido por quatro componentes: ação, objetivo, contexto e tempo. A teoria da ação racional tem sua origem na teoria do conhecimento de Kant, e foi aprofundada no área social e econômica por Max Weber. A teoria é mais abrangente e complexa do que as que foram apresentadas anteriormente, pois a mudança de um

comportamento de risco é resultado da ação individual e coletiva. A ação não é produto de condutas particulares entre pessoas, mas uma conduta humana que depende da ação de outros orientados a fins e valores, e é historicamente determinada. O alcance desta definição leva-nos a diferenciar e entender a ação social em seu fazer externo e interno, seja no nível da subjetividade dos atores - espaço da microfísica da interação e das representações sociais - seja, ainda, no campo de sua objetividade, que implica de certa forma entender a manifestação concreta da doença no corpo, com seus sinais e sintomas característicos.

A grande limitação dessa teoria é que ela pressupõe que todo comportamento e atitude frente a uma situação que envolve risco possui uma intencionalidade, é racionalmente assimilada e está marcada pelos valores do grupo ao qual a pessoa pertence. De fato uma ação humana compreende esses componentes, mas a resposta no plano subjetivo pode ser muito diferente e estar permeada por ações pragmáticas sem a interferência de condutas racionalmente dadas. Um aspecto dessa teoria deve ser ressaltado, pois permite avançar na relação entre a epidemiologia e a dimensão sócio-cultural para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS. Como a ação é normativa, ela pode ser percebida pelo indivíduo ou grupo, o que faz com que o indivíduo ou grupo reconheçam que outras pessoas do grupo estão mudando e que aqueles com quem interage mais proximamente podem dar apoio à mudança de comportamento. A força normativa do grupo age sobre as pessoas gerando sentimentos de autoconfiança e autoestima. O problema reside, fundamentalmente, em não reconhecer que as estruturas normativas também agem contra os indivíduos, e isto pode ser constatado nas inúmeras denúncias de violação dos direitos das pessoas que vivem com AIDS, na difusão do preconceito.

Outro aspecto importante é que nas situações em que prevalece uma ordem social carente de normas e valores, essa situação leva os indivíduos a um processo cada vez mais intenso de desintegração social e que a adaptação às regras estabelecidas pela ordem social exigem a interferência de ações coletivas com acentuada disposição à construção de novas identidades sociais. Esse aspecto também é negligenciado pela teoria da ação racional e pelo dois outros modelos.

Os modelos que apresentamos são aqueles que mais estão em evidência na prática cotidiana dos profissionais que atuam no campo da prevenção às DST/HIV/AIDS. São, portanto, teorias que buscam respostas no campo prático e adotam diferentes estratégias para atingir seus objetivos, como, por exemplo, a educação por pares, a capacitação e formação de multiplicadores que atuam nas redes sociais, a formação de agentes de saúde, etc. No entanto, observa-se ainda uma carência de estudos que avaliem de fato o impacto dessas estratégias na mudança de comportamento dos atores sociais envolvidos. Essa carência existe também no campo metodológico, pois são poucos os estudos que estabelecem o cruzamento entre informações epidemiológicas e os contextos culturais.

3 – Vulnerabilidade e risco: uma proposta alternativa

Os estudos epidemiológicos apontam para mudanças significativas no comportamento da epidemia de HIV/AIDS no país e deu avanços importantes na definição do conceito de comportamento sexual de risco para ações no campo da prevenção. No entanto ainda nos encontramos sem respostas satisfatórias para muitas questões: a) o paradoxo conhecimento sobre AIDS e comportamento sexual seguro não está de todo equacionado e demanda estudos específicos com recorte transdisciplinar; b) as estratégias adotada no campo da prevenção carecem ainda de uma avaliação sistemática; c) existe evidências de que a falta de controle sobre o risco de adquirir o HIV está determinando novas infecções, como por exemplo, a negociação do preservativo entre parceiros sexuais e as resistências institucionais aos programas de troca de seringas para UDI; d) a discriminação e o preconceito continuam existindo e limita a efetividade das ações de prevenção; e) intervenções voltadas para a prevenção ao HIV/AIDS são executadas por diferentes instituições governamentais e não-governamentais passíveis de conflitos; e) dinâmica espacial da epidemia associada as mudanças demográficas ou a episódios de crescimento populacional ocasionais ainda desconhecidos.

Considerando que estas questões devam constituir objeto de pesquisa, chamo à atenção para a necessidade de se aprofundar as variáveis que melhor caracterizam o modelo explicativo para essa situação. O conceito de vulnerabilidade e risco aplicado a segmentos populacionais específicos possibilita uma maior aproximação do campo de conhecimento da epidemiologia com as ciências sociais. Mas é importante ressaltar a necessidade de apropriação do conceito de risco⁹ pelas ciências sociais para potencializar a análise no campo da epidemiológico, incorporando questões relacionadas com a dinâmica cultural dos grupos sociais.

O conceito de vulnerabilidade e risco se dimensionado a partir de uma visão transdisciplinar nos permitirá entender as questões que, hoje, apresentam-se como de difícil solução para as ações no campo da prevenção. Assim, as estratégias de prevenção que estão sendo construídas a partir da experiência prática, poderão ter como referência um modelo teórico consistente, permitindo que se construa os melhores indicadores para avaliação dos projetos dirigidos a diferentes segmentos sociais da população. Esses indicadores não se resumem unicamente a coleção de informações quantitativas que, sem dúvidas, são importantes quando se quer generalizar os resultados para o conjunto da população. As informações qualitativas, ao contrário, perdem na generalização para toda a população, mas ganham em profundidade quando se buscam respostas para questões de natureza mais subjetiva, como são as questões relacionadas com a mudança do comportamento e em relação a sexualidade.

(*) Este artigo é uma versão modificada da palestra apresentada no XXXIV Congresso de Medicina Tropical, sob a Presidência do Dr. Euclides Ayres de Castilho. Agradecemos a Comissão Científica, em particular ao Presidente Dr. Wilson Alecrim, por ter aceito nossa proposta de incluir na agenda de discussão do Congresso questões relacionadas ao desafio da prevenção ao

HIV/AIDS em contextos sociais diferenciados culturalmente.

(* *) Assessor da Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS/MS. As idéias contidas nesse texto são de inteira responsabilidade do autor e não expressam a posição da instituição em que trabalha.

¹ Para uma discussão mais aprofundada sobre o conceito de risco no campo sociológico, ver os capítulos I, III e IV do livro de Anthony Giddens, "As Conseqüências da Modernidade". Ed. Unesp, SP, 1991.

² Szwarcwald C.L., Bastos, F.I., Castlho, E. A . "Aids: o mapa ecológico do Brasil, 1982-1994". In A Epidemia de Aids no Brasil: situação e tendências." (no prelo).

³ Brasil – Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, Ano No. 3, Junho a Agosto de 1997.

⁴ AIDSCAP "Behavior Change – a summary of four major theories: Health Belief Model; AIDS Risk Reduction Model; Stages of Change and Theory of Reasoned Action". AIDSCAP, August, 1996.

⁵ Para uma discussão sobre o assunto, ver o trabalho de Marcos Pellegrini, "Falar e comer: um estudo contextual da fala dos YANOMAMÊ do Alto Parima sobre o seu sistema de atenção à saúde". Tese de mestrado, inédita, 1998.

⁶ Castiel, Luís David "Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. In Revista de Saúde Pública, 30 (1): 91-100, 1996.

⁷ Op. cit., pg 94.

⁸ Castiel, D.L. Op. cit., pg 93.

⁹ Duas abordagens distintas, no campo da sociologia, foram elaboradas por Giddens (Op.cit) e por Luhmann e Barrett, "Risk: a sociological theory".