

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NA PREVENÇÃO DA AIDS.**



1150055112



FE

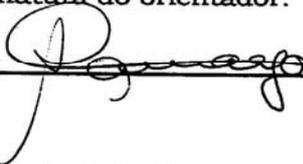
T/UNICAMP P649e 1

Aluna: Sônia de Almeida Pimenta
Orientadora: Ana Maria Faccioli de Camargo

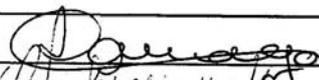
Este exemplar corresponde à redação final da tese "Educação em saúde: um estudo de caso na prevenção da aids", defendida por Sônia de Almeida Pimenta e aprovada pela Comissão Julgadora.

DATA: 25 / 07 / 03

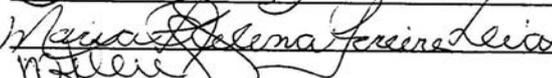
Assinatura do orientador:



Comissão Julgadora:









2003

i UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

© by Sonia de Almeida Pimenta, 2003.

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Gildenir Carolino Santos - CRB-8ª/5447

P649e Pimenta, Sonia de Almeida.
Educação em saúde : um estudo de caso na prevenção da AIDS /
Sonia de Almeida Pimenta. -- Campinas, SP: [s.n.], 2003.

Orientador : Ana Maria Faccioli de Camargo.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação.

1. Foucault, Michel, 1926-1984. 2. Doenças sexualmente
transmissíveis - Prevenção. 2. AIDS (Doença). 4. Saúde. 5. Organizações
não - governamentais. I. Camargo, Ana Maria Faccioli. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

03-091-BFE

UNIDADE	FE
Nº CHAMADA	UNICAMP
	P649e
V	EX
TOMBO BCI	55112
PROC.	16-24103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	07/08/03
Nº CPC	

701911.207488

CM00187255-7

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que, mesmo sem ter lido Charles Chaplin, me ensinou desde pequenininha: “mais do que inteligência, a humanidade precisa de afeição e doçura.”;

À minha família que me desafia a entender esta lição;

Ao Zuza, que me faz vivenciar cotidianamente esta lição;

Aos portadores de HIV/aids, por me lembrar a importância desta lição;

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Ana Maria, aos meus professores da Faculdade de Educação – Unicamp e aos membros do Grupo de Estudos Interdisciplinar de Sexualidade Humana (GEISH), que contribuíram para minha formação;

À prof^ª Dr^ª Clara Germana, que como membro da banca desde a qualificação, ressignificou nossa amizade no esforço do trabalho acadêmico;

À prof^ª Dr^ª Maria Helena Bagnatto, também membro da banca desde a qualificação, que contribuiu com sugestões para finalizar este trabalho;

À Nadir (funcionária da Pós-Graduação), que sempre nos tratou com dignidade, respeito e carinho;

Aos os meus ex-alunos, por me mostrarem o quanto preciso aprender;

À Dr^ª Sílvia Bellucci, que confiou a mim a tarefa de escrutinar as atividades do Centro Corsini;

À Equipe do Centro Corsini, sem nenhuma exceção - especialmente Eliana Hebling, Aranaí, Rafaela e Gisele - que tornaram possível a pesquisa de campo;

Aos amigos de “Unicamp” e de “UFRJ”, que espero continuem amigos para sempre: Adriana, Alfredo, Aninha, Daria, Diógenes, Eurenice, Edmundo, Iranilson, José Roberto, Lúcia, Luciana, Maeve, Paulo H, Renato, Ricardo, Rita, Sandra, Valéria, Walter... e outros que já não lembro o nome mas que moram no meu coração;

A todos devo dizer que mais do contribuir para esta tese, vocês me ajudam a ser... e por mais que eu tente finalizar esses agradecimentos, não encontro palavras para refletir o quanto tem sido importante tê-los ao meu lado...

RESUMO

Esta tese de doutorado corresponde à pesquisa intitulada “Educação em saúde: um estudo de caso na prevenção da aids”, cujo objetivo é o de discutir, a luz dos Estudos Culturais, a educação em saúde para a prevenção da aids.

Partindo de uma leitura do fenômeno social da doença, buscamos relacionar as formas de entendimento e de enfrentamento do mesmo, sobretudo no que diz respeito aos discursos elaborados para a prevenção.

Verificamos que o discurso da prevenção, para ser efetivo e assim promover o cuidado de si, deve ser elaborado contemplando as formas como a população a que ele se dirige apreende e representa o fenômeno da aids.

Dedicamo-nos, então à análise dos discursos da prevenção, tendo como referencial parte da obra de Michel Foucault, e à contribuição que a educação, face ao fenômeno de incorporação de diversas culturas, pode trazer para a prevenção.

Neste processo, destacamos a importância que as Organizações Não Governamentais trazem para o enfrentamento da epidemia, na medida em que elas se tornaram executoras dos programas de prevenção.

Para a compreensão das formas como a população apreende os discursos de prevenção, optamos por avaliar um programa de prevenção elaborado pelo Centro Corsini, uma ONG/Aids situada em Campinas, voltado para mulheres de baixa renda e baixa escolaridade.

Como resultado, apontamos a importância dos processos de representação sobre a epidemia por estas mulheres na construção de discursos que sejam efetivos para a prevenção.

ABSTRACT

This Doctorate Thesis corresponds to a research entitled “Education for Health: a case study in the prevention AIDS”, whose objective is discussing, in light of cultural studies, the education in health for the prevention of AIDS.

Starting from a reading of the disease’s social phenomenon, we seek to relate the forms of understanding and facing the phenomenon itself, especially regarding the elaborate discourse for the prevention, to be effective and thus to promote the self care, must be elaborated including the ways how the population to which it is addressed apprehends and represents the AIDS phenomenon.

We have dedicated ourselves then, to the analysis of the prevention discourses, having as reference part of Michel Foucault’s work, and the contribution that education, regarding the phenomenon of incorporation of the various cultures, can bring to the prevention.

In this process, we give special importance to that the Non Governmental Organizations bring to the face of epidemics, as they have carried out the prevention programs to understand the ways how the populations apprehends the discourses of prevention, we have opted to evaluate a prevention program elaborated by the Centro Corsini, a NGO/AIDS located in Campinas/SP dedicated to low-income women whit low-schooling as a result, we point out the importance of the processes of the representation about the epidemics by these women in the construction of discourses which are effective for the prevention.

“Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível. Gostaria de perceber que no momento de falar uma voz sem nome me precedia há muito tempo: bastaria, então, que eu encadeasse, prosseguisse a frase, me alojasse, sem ser percebido, em seus interstícios, como se ela me houvesse dado um sinal, mantendo-se, por um instante, suspensa. Não haveria, portanto, começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível.”

(Michel Foucault, In: A ordem do discurso, 1996)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: O FENÔMENO SOCIAL DA AIDS	11
1.1 – A AIDS E OS ESTUDOS CULTURAIS	11
1.2 – OS DISCURSOS DA PREVENÇÃO DA AIDS.....	20
1.3 – A EDUCAÇÃO COM VISTAS À PREVENÇÃO DA AIDS.....	53
CAPÍTULO 2: O FENÔMENO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS DE AIDS.....	71
2.1 – AS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS.....	71
2.1 – O CONTEXTO DISCURSIVO DE ATUAÇÃO DAS ONGs/AIDS.....	81
CAPÍTULO 3: ESTUDO DE CASO. O CENTRO CORSINI E A PREVENÇÃO DA AIDS.....	95
3.1 – O CENTRO CORSINI.....	95
3.2 – PROJETO COLMEIA: CONTEXTO E ESTRATÉGIAS.....	98
3.3 – A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	112
3.4 – QUEM SÃO ESTAS MULHERES?.....	117
3.5 – O ESTUDO DE CASO: A AVALIAÇÃO DO PROJETO COLMEIA.....	125
3.6 – OS RESULTADOS:	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
BIBLIOGRAFIA.....	199

INTRODUÇÃO

O número de casos da Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (aids) no Brasil, ainda que tenha apresentado indícios de declínio – passando de uma média de vinte mil novos casos anuais desde 1996, para quinze mil novos casos anuais a partir de 2000¹ - não deixa dúvidas sobre a gravidade da epidemia e nem da necessidade de se discutir as formas de prevenção, dado que estas devem estar adequadas às características que a epidemia apresenta, as quais têm se alterado significativamente, seja nas categorias de exposição – homossexuais, bissexuais ou heterossexuais – aumentando o número de casos entre as mulheres: a feminização, seja no perfil sócio-cultural (como por exemplo grau de escolaridade e renda dos portadores): a pauperização, ou ainda a própria localização geográfica da epidemia, que desde o final da década de 90, está se intensificando nos municípios de pequeno porte, caracterizando o fenômeno da interiorização.

Segundo a “Declaração de Durban” (que resume a conclusão da 13^a Conferência Internacional de Aids, realizada em 2000 na África do Sul), não há sinais de que a pandemia esteja acabando, o que reitera a ênfase na prevenção da transmissão sexual – onde basicamente as questões comportamentais e morais estão presentes. (Scheinberg, 2000).

A importância dada à prevenção também pode ser constatada a partir do anúncio, feito na mesma Conferência, da criação de uma rede de estudos para a prevenção do HIV, através da NIH (Instituto Nacional de Saúde dos EUA). Considerando a rede como troca de saberes, é fundamental a existência de estudos que venham a fortalecer a atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs) que, sobretudo no Brasil,

¹. Estes dados se encontram em www.aids.gov.br.

vêm sendo o principal agente de prevenção, formulando e executando novos projetos, buscando adequar-se aos discursos dos órgãos financiadores e às necessidades da população em relação à epidemia de HIV/Aids.

As características que moldam a epidemia são resultados de um processo que é cultural, pois articula a dinâmica da epidemia aos seus discursos, saberes, compreensão e representação que a sociedade tem dela.

Sendo assim, de acordo com um conjunto de questões levantadas neste trabalho e que configuram a aids como uma questão social – resultante da dinâmica da pandemia e de suas implicações epidemiológicas e sociais, bem como as mudanças nos quadros analíticos e conceituais da doença, com desdobramentos políticos, econômicos, culturais e discursivos – observamos que alguns grupos sociais já foram considerados sujeitos privilegiados deste fenômeno, os conhecidos “grupos de risco”.

A implicação da utilização dos “grupos de risco” como elementos privilegiados de prevenção, levou a idéia de que alguns grupos estariam mais expostos ou mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Assim, a maioria das pessoas passou a encarar a aids como um problema distante, restrito àqueles pertencentes ao “grupo”, representados como “monstros” (impedindo a mobilidade sexual, geográfica, social ou intelectual) e delimitando os espaços sociais através dos quais os corpos privados podem se movimentar. O “monstro” é, em última instância, aquilo que se quer controlar (Cohen, 2000:41).

Além disso, o desconhecimento de que não era o fato de pertencer ao grupo – mas uma conjunção de fatores inclusive comportamentais e, também em alguns casos, a falta de controle/testagem nos hemoderivados e os riscos ocupacionais com seringas contaminadas ou lixo hospitalar, a

ausência de equipamentos sociais para a construção de sujeitos voltados para o cuidado de si – o que de fato, aumenta a probabilidade de infecção pelo HIV e o que levou (e tem levado ainda) ao preconceito.

O preconceito, por sua vez, implica numa rejeição aos “conceitos” que constituem as atitudes de prevenção e fazem diferença no “saber prevenir”. Ao se afastar dos saberes, o sujeito preconceituoso se afasta dos elementos que podem favorecer a prevenção, sendo o prejudicado na sua ação.

Por outro lado, também prejudica o portador de HIV que, ao ser alvo do preconceito, será diferenciado, discriminado e individualizado segundo todas as representações concernentes à doença ao longo de sua história. Além de sua identidade ser “enxertada” com valores muitas vezes estranhos e danosos ao portador (Camargo Jr,1994:*passim*), a discriminação provoca sentimentos de rejeição e abandono, fragilizando-o. Como se não bastasse, devido à dependência do sistema imunológico aos aspectos emocionais, a solidariedade, os afetos e os sentimentos de uma maneira geral são fatores decisivos no quadro clínico do portador.

O discurso da solidariedade, que esteve presente como forma de intervenção – em meados da década de 80, quando a aids impõe a necessidade de respostas sociais no Brasil – priorizava a eliminação da discriminação ao portador do HIV/Aids e a conseqüente necessidade de compreensão, identificação e ação para incrementar o bem-estar do outro. Ao ser solidário, ao reconhecer-se no outro, enfatizando o fim da discriminação, indiretamente contribuía para a prevenção, na medida em que situava a aids como algo próximo aos indivíduos, que deveriam então se prevenir.

Hoje, ser solidário não contempla o maior desafio: aquele relativo à forma de infecção heterossexual. O outro pode ser “Eu/nós”. Ao que tudo indica, infelizmente, solidariedade deixa de ser uma virtude indispensável

no mundo contemporâneo e cai - assim como também já caiu o discurso da cidadania - no vácuo da eletrizante sociedade capitalista, midiaticizada e informatizada. Nela, apesar da disseminação da informação, o mediador das relações afetivas é o consumo, os relacionamentos se estabelecem segundo comportamentos pré-determinados pela mídia (e não pelas ações inusitadas dos indivíduos) e o tempo é medido através do “clique de um mouse”. Isto diminui o raio de ação das campanhas para a formação de uma atitude de prevenção contínua, de reinvenção permanente da solidariedade.

Na feminização, como parte constituinte dessa história social da aids, a epidemia cruza as fronteiras de territórios demarcados através dos “grupos de risco”. Instaura a incerteza, pois o risco de infecção pelo HIV através das relações heterossexuais aumenta. A aids não mostra mais uma “cara” e, além disto, no final do segundo milênio, pessoas adultas podiam já trazer, desde sempre, o vírus².

Com a mudança no padrão epidemiológico, em meados da década de 90, a partir do aumento de número de casos entre os heterossexuais, que teve como resultado a feminização da aids, as mulheres passaram a ser o foco das ações de prevenção. Assim surgiu a necessidade de substituir o conceito de “grupo de risco” pelo de “comportamento de risco” e, em seguida, pelo de “comportamento vulnerável”, como elemento fundamental para a elaboração das ações de prevenção, a despeito da identidade do sujeito e dos equipamentos sociais presentes para que esta identidade seja voltada para o cuidado de si, porém considerando um suposto sujeito que, ao identificar um tipo de comportamento prejudicial, seria capaz de optar por práticas seguras em relação à saúde, ficando então menos vulnerável.

² A aids completou seus vinte anos no Brasil em junho de 2001. Refiro-me especialmente aos casos de transmissão vertical.

Todos esses procedimentos em relação à epidemia só fazem sentido dentro da construção teórica-metodológica de definição de grupos, comportamentos ou vulnerabilidades, construções sociais que enquadram um certo tipo de sujeito (o outro) e que partem do princípio que a aids tem uma “cara” – a de pessoas pertencentes a certos grupos, com determinado comportamento (vulnerável), com uma determinada sexualidade, ou que usam um certo tipo de droga de um modo específico – e que é diferente da “cara” da pessoa exitosa em nossa sociedade: heterossexual, bem sucedida social e profissionalmente, com um corpo magro porém saudável e sem esquecer do bronzado, é claro!

Esse processo de criação de conceitos de “grupos de risco” ou de “comportamento de risco” ou de “vulnerabilidade”, diferenciando o corpo social, constitui-se em “regimes de verdade” (Foucault, 1979:12) nos quais a multiplicação dos sentidos pode gerar a possibilidade de fuga e/ou de resistência, como aquela observada no movimento *gay* em busca da dignidade por sua opção sexual que não é a “culpada pela doença”, mais sim a ausência de uma política, de uma educação cujo discurso produza a experiência de si para a prevenção.

Compreender a experiência de si, neste caso, seria:

“...o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. É a própria experiência de si que se constitui historicamente como aquilo que pode e deve ser pensado. A experiência de si, historicamente constituída, é aquilo a respeito do qual o sujeito se oferece seu próprio ser quando se observa, se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo, etc. É esse ser próprio sempre se produz com relação a certas problematizações e no interior de certas práticas.” (Larrosa, 1994:43)

A educação, se entendida como um campo de conhecimento, é o reflexo de diferentes formas de compreensão do sujeito e do mundo; é a expressão de um tempo, de uma cultura e pode construir práticas que favorecem a experiência de si para a prevenção. Sendo assim, a educação como uma prática discursiva, rompe os limites da educação formal e se faz cotidianamente. E:

“Que é verdadeiramente a educação? Que conceito e teoria nos permitiriam explicar, de uma vez por todas, esse ou aquele processo educacional? Em que, exatamente, consistiria a pedagogia progressista última e definitiva? A sucessão de teorias e concepções que se sucedem com certa rapidez na educação é uma demonstração dessa incessante e interminável busca. Embora talvez seja necessário pensarmos os significados como transcendentais, um certo reconhecimento da ilusão que constitui sua busca desenfreada pode constituir um saudável elemento na constituição de uma teoria e uma prática mais modestas e realistas. O abandono dos significados transcendentais – como o das metanarrativas – não deve deixar saudades.”
(Silva, 1996:244)

Nesta perspectiva, procuramos fazer neste trabalho “aplicações edificantes” de parte da obra de Michel Foucault. Estas aplicações, segundo Veiga-Neto (1995:41), significa “tomar o pensamento foucaultiano não como um catecismo metodológico ou epistemológico, mas tomá-lo como uma sugestão, como um horizonte de possibilidades”. Para nós, estas possibilidades geram em nosso discurso também novas possibilidades de análise para aqueles interessados nas questões relacionadas ao enfrentamento e à prevenção da aids, tanto nas esferas governamentais quanto nas não governamentais; tanto para a população em geral quanto para grupos específicos, como é o caso dos programas voltados para as mulheres.

Assim, no primeiro capítulo deste trabalho procuramos fazer uma relação entre os Estudos Culturais, a aids, e a educação para a prevenção.

Por se tratar de um referencial teórico que admite múltiplos ângulos de análise, optamos por problematizar estas relações possíveis.

Os Estudos Culturais começaram em 1969, na Inglaterra. Como característica, não apresentavam nenhuma base disciplinar estável. Segundo Nelson, Trichler & Grossberg (1998), eram vistos como uma espécie de processo, produzindo um conhecimento capaz de trazer benefícios sobre o amplo domínio da cultura humana.

Nos Estudos Culturais o conceito de cultura abrange a contextura das práticas, representações línguas e costumes de qualquer sociedade histórica específica, bem como as formas contraditórias de senso comum que se enraizaram na vida popular e ajudaram a moldá-la. Em outras palavras, o objeto dos Estudos Culturais é o lado subjetivo das relações sociais, é o próprio material de nossas vidas, os domínios simbólicos e materiais.

A cultura, bem como o conjunto de práticas sociais ali inscritas, inclui os dispositivos para a formação de seus membros como sujeitos, como seres dotados da experiência de si, resultados de um complexo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito. (Larrosa, 1994).

Sendo assim, algumas categorias de análise emergem dos Estudos Culturais e tangenciam os estudos da aids, tais como: gênero e sexualidade, nacionalidade e identidade nacional, colonialismo e pós-colonialismo, raça e etnia, cultura popular e seus públicos, ciência e ecologia, política de identidade, Pedagogia, instituições culturais, política da disciplinaridade, discurso e textualidade, História e cultura global numa era pós-moderna.

Desta forma, a metodologia admite diferentes práticas de pesquisa, desde a análise textual, a semiótica, a psicanálise, a problematização, a entrevista, a etnografia, a análise de conteúdo e até o *survey*. De modo que todos podem fornecer *insights* e conhecimentos para a compreensão da cultura. Porém, deve-se ressaltar que os Estudos Culturais não podem ser simplesmente qualquer coisa:

"As diversas posições teóricas e políticas partilham um compromisso de examinar práticas culturais do ponto de vista de seu envolvimento com, e no interior de, relações de poder." (Nelson, Trichler & Grossberg, 1998:12).

O conhecimento (a forma de como e onde pode ser utilizado), o poder e a prática - produtos da cultura - trazem a possibilidade de intervenções que façam diferença. Estes produtos importam aos Estudos na construção de uma democracia radical, com sujeitos mais plenos.

Neste processo, a educação e as práticas discursivas e pedagógicas, produzem e/ou transformam a experiência que o sujeito tem de si mesmo, e este não é um papel exclusivo das instituições privadas, nem das governamentais tampouco das não-governamentais. Porém, o que observamos é que, dada as características específicas destas últimas (como por exemplo uma aproximação maior com os grupos para as quais se voltam: "Sem-terra", "sem-teto", ou "portadores de HIV"), podem interagir com maior êxito quando se trata de processos que envolvem culturas e valores específicos.

Os Estudos Culturais extrapolam o campo da Educação e abrangem a cultura como um todo. Preocupam-se em teorizar em resposta às condições sociais, históricas e materiais particulares, de tal forma que a teoria esteja conectada aos problemas sociais e políticos reais.

A pertinência da discussão de temas relacionados com a aids à luz da área dos Estudos Culturais se deve, entre outras razões, pela afinidade

deste tema com esta área. Ambas nos colocam a dificuldade de definição do sujeito: a aids por suas peculiaridades, e a área que, por princípio, é multidisciplinar.

Entendido desta forma e considerando que a versatilidade teórica é elemento essencial para os Estudos Culturais, procuramos, no segundo capítulo, compreender o enfrentamento da aids no campo das ONGs³ a partir de uma breve análise descritiva do surgimento destas instituições e dos seus discursos relacionados à prevenção da aids e, no terceiro capítulo, em um estudo de caso buscamos nos aproximar destas formas de enfrentamento. Para tanto, realizamos a avaliação de um projeto de prevenção voltado especificamente para mulheres de baixa renda e baixa escolaridade no interior de uma ONG situada em Campinas, o Centro Corsini.

Nesta avaliação, procuramos compreender as formas como as mulheres compreendem temas relacionados com a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (DST/Aids), como por exemplo os riscos de transmissão, o uso de preservativos bem como as formas de negociação de seu uso, a cidadania e a solidariedade em relação ao portador de HIV/aids. Ao fazê-lo, tomamos como referência o conceito de educação em Foucault (1996:44), que corresponde a “maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos”. Assim, um programa ou projeto de educação em DST/Aids deve corresponder às formas de apropriação dos discursos ali embutidos. Para tanto, importa saber como o público alvo destes discursos apreende estes conteúdos, o que nos levou a avaliar não quantitativamente o que foi apreendido, mas o sentido que este público elabora para prevenir-se da aids.

³ A escolha do campo das ONGs complementa a análise feita em Pimenta (1997a), onde foram analisados os discursos de duas outras instituições, uma pública e outra privada.

Assim, procuramos oferecer com este trabalho que se constitui em um discurso sobre a educação em saúde no contexto das ONGs, a oportunidade para nossos leitores também elaborarem novos discursos, partindo da real necessidade de aproximação seja com grupos ou comportamentos, mas enfatizando os processos nos quais os sujeitos podem apropriar-se da educação como forma de cuidado de si.

CAPÍTULO 1. O FENÔMENO SOCIAL DA AIDS:

1.1- A AIDS E OS ESTUDOS CULTURAIS:

Em 1º de dezembro de 2000, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, mais de 44 milhões de homens, mulheres e crianças estavam vivendo com HIV no planeta. Apenas no Brasil, a epidemia já tinha atingido 194 mil pessoas e existiam 600 mil portadores de HIV⁴. Depois de quase vinte anos de história, a aids⁵ continua sendo preocupação de países tanto de economia central quanto periférica, caracterizando-se como uma pandemia a qual a prevenção procura, de várias formas, amenizar seus efeitos.

Embora no Brasil esses números contrariem a previsão feita pela Organização Mundial da Saúde (ONU) – nas décadas de 80 e de 90 – de mais de 1 milhão de portadores na virada do século, isto não torna o problema menor, mas nos coloca o desafio de compreender a dinâmica da epidemia e de sua prevenção, realizada, majoritariamente, pelas Organizações Não Governamentais (ONGs).

Bastos & Coutinho (1999) consideram a dinâmica de infecção do HIV extremamente diversa e mutável, dadas às adaptabilidades do vírus e às diversas culturas e comportamentos humanos. Ao realizarem uma pesquisa exploratória sobre a produção científica brasileira, a reconhecem inter e transdisciplinar, comportando análises que vão desde a Biologia Molecular até a Antropologia ou a História.

⁴ Estes dados estão disponíveis em <http://www.aids.gov.br/boletim>.

⁵ Utilizaremos, conforme proposto por Câmara & Lima (2000), a palavra aids em letras minúsculas, dado que ela equivale a um substantivo comum, como os nomes de outras doenças. Porém, manteremos a sigla quando se tratar de autores que assim o fazem.

Nesta pesquisa os autores identificaram na ciência brasileira uma oportunidade impar de interlocução com o Estado⁶, com agências internacionais de fomento e com pesquisadores nacionais e internacionais, constituindo uma gama variada de saberes difíceis de serem postos nos contornos acadêmicos nas formas como existem.

A aids, assim como qualquer acontecimento importante da vida humana, requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas. Esta tentativa de compreensão gera um conjunto de códigos que não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura. Estes códigos, ao mesmo tempo em que traduzem a ordem social em que são produzidos, explicam a doença e inspiram as suas formas de enfrentamento.

Tal fato nos remete à necessidade de pensar a epidemia da aids a partir dos Estudos Culturais. Nestes, o propósito do conhecimento acadêmico não é encapsular ou restringir a um campo ou disciplina saberes sobre os processos culturais. Ao contrário, do ponto de vista teórico, os Estudos Culturais representam “a insatisfação com os limites de algumas disciplinas, propondo então a interdisciplinaridade” (Escosteguy,2000:137).

Embora haja, segundo Veiga Neto (1995:45), a dificuldade ou mesmo impossibilidade de se conseguir a interdisciplinaridade – dado que com ela estaríamos propondo a extinção da disciplinaridade dentro da própria episteme da qual ela faz parte – utilizaremos o conceito de interdisciplinaridade nos Estudos Culturais, segundo o qual vem ao encontro da insatisfação com os limites de algumas disciplinas, já que:

⁶ Utilizaremos a concepção sociológica de Estado: “... é a instituição que organiza a vontade de um povo, politicamente constituído, no que diz respeito a seus interesses coletivos”. Esta definição introduz a noção de que o poder coercitivo do Estado está de alguma forma relacionado com a vontade popular e que o povo possui interesses ou propósitos comuns, embora não explicita a existência de vínculos entre vontade popular e

“Os Estudos Culturais não configuram uma ‘disciplina’, mas uma área onde diferentes disciplinas interagem, visando o estudo de aspectos culturais da sociedade.” (Hall et al., 1980:7, *apud* Escosteguy, 2000: 137).

Nos Estudos Culturais o conceito de cultura compreende uma forma de fazer as coisas e é visto como um conjunto de práticas sociais cotidianas em que o papel do indivíduo está em primeiro plano. Assim sendo, a cultura não é o mero subproduto ou reflexo da estrutura social vigente, mas sim um espaço constituidor, portanto político, que apresenta relativo grau de autonomia em relação à esfera econômica sem, contudo, ignorar ou desprezar as determinações materiais.

Nesta perspectiva, o multiculturalismo (Silva, 2000:81), enquanto um movimento que incorpora “tradições culturais dos diferentes grupos culturais e sociais” – como as mulheres, as pessoas negras e as homossexuais, por exemplo – de forma a incluí-los nas agendas de discussões sobre questões sociais relevantes, tem sido fundamental. Porém, este mesmo autor aponta, criticamente, que este movimento também pode servir como estratégia dos grupos dominantes para o controle de grupos subordinados. Em nossa análise esta perspectiva crítica se justifica na medida em que tornar visíveis as diferentes formas culturais dos grupos subordinados, pode servir ao controle e a manutenção do *status quo*.

Moreira (2002b), ao analisar o conceito de multiculturalismo, aponta que as diversidades culturais têm sido, historicamente, a fonte dos conflitos e dos problemas mundiais. A convivência de grupos sociais diferenciados etnicamente, religiosamente ou em relação a uma conduta produtiva ou sexual dominante é algo que a humanidade ainda não

realizou totalmente. Os grupos cuja cultura se diferencia daquela atribuída a um grupo dominante, são reprimidos e marginalizados, pois ameaçam a homogeneização cultural perseguida e, sem esta, as diferenças aparecem e o conflito se torna iminente. Assim:

“A cultura é, portanto, esfera de lutas, de diferenças, de relações de poder desiguais. Essas diferenças são sempre diferenças em relação a algo, não diferenças absolutas. São diferenças políticas, não apenas diferenças textuais, lingüísticas, formais.” (Moreira, 2002b:84).

Estas diferenças políticas a que Moreira (2002b) se refere estão fundadas em relações de poder estruturais e globais e, embora haja um movimento de mundialização cultural, este é excludente e com bases etnocêntricas.

Outro conceito precioso para os Estudos Culturais e que se aplica à problemática da aids é o de multiculturalismo crítico. Neste, mais do que questionar os privilégios de uma cultura dominante (seja ela logocentrista, falocentrista, eurocentrista ou etnocentrista), deve-se abordar a luta em redor dos significados políticos (Duschatzhky & Scliar, 2001:134).

As forças culturais e políticas, bem como seus significados – sejam elas locais ou mundiais – influenciam fortemente nas formas de atuação (de agir ou não) em relação à aids, construindo as respostas frente à epidemia – individual ou coletivamente – formando assim a cultura da aids.

No que diz respeito à aids, as formas como os portadores são representados, ou as formas complexas pelas quais as identidades são articuladas e desdoadas, ou ainda como a questão da aids é um terreno para a luta e contestação da política sexual e do desejo, são análises compatíveis e possíveis no campo dos Estudos Culturais, dado que neste campo é fundamental a articulação de análises descritivas e históricas,

que estejam imersas em seu meio e contextualmente específicas (Nelson, Treichler & Grossberg,1998:18pp).

Por volta de 1985, nos primeiros anos da epidemia no Brasil, houve uma importação de aspectos relativos à cultura mundial da aids. Dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, importamos, por exemplo, um modelo de transmissão centrado no contato homossexual ou bissexual. No imaginário social, a aids ficou conhecida como sinônimo de “praga gay” ou de “câncer gay” (Daniel&Parker,1991:17). Tal fato prejudicou sobremaneira a incorporação de ações preventivas por parte da população, pois se acreditava que somente as pessoas que se enquadrassem com este tipo de comportamento estariam em risco de adoecer. Como agravante, ainda destacamos o fato de que categorias como “homossexualidade”, “bissexualidade” e “heterossexualidade” são pouco significativas dentro da cultura sexual brasileira, em detrimento das noções de atividade e passividade.

Em outras palavras, houve a incorporação de um modelo explicativo e epidemiológico da aids, fruto de uma cultura dominante (estadunidense), baseado em categorias do tipo “homossexual” ou “bissexual”, que são distantes da cultura sexual brasileira, a qual melhor se reconhece a partir dos papéis sexuais ativos ou passivos. Como resultado, as ações de prevenção não foram de imediato incorporadas por parte da população, já que as pessoas não se reconheciam nas situações de risco sugeridas naquele modelo.

Ainda relativo aos modelos explicativos da doença, por volta de 1986, já havia consenso, pelo menos no meio científico estadunidense, sobre as formas de transmissão vertical, heterossexual e através dos hemoderivados, embora o modo exato de transmissão não tivesse sido satisfatoriamente caracterizado (Camargo Jr,1994:108). Porém, estes saberes não foram incorporados ou traduzidos no Brasil como forma de conter a epidemia ou de gerar políticas públicas de prevenção.

Embora no Brasil da segunda metade da década de 80, a aids já fosse considerada uma questão de saúde pública, não havia medidas no nível federal, porque naquela época tais questões eram submetidas somente aos órgãos estaduais (no caso as Secretarias Estaduais de Saúde - SES).

É em 1986 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o Programa Especial de AIDS e o Programa Global de AIDS, o que viria a influenciar fortemente o apoio técnico e financeiro para os países latino-americanos, inclusive o Brasil.

As recomendações de caráter político não discriminatório contidas nestes Programas influenciaram a atuação do GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS)⁷ que, em 1985 juntamente com a opinião pública, pressionou a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo para a aprovação de lei que tornava obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o sangue a ser transfundido no estado. Porém, a regulamentação da lei foi protelada e sua aplicação foi irregular até o final de 1987. Segundo Teixeira (1997):

“Nunca foram devidamente avaliadas as conseqüências deste período de indecisão sobre o controle da AIDS transfusional no Estado de São Paulo. Somente em 1988 a SES viria a dispor das condições técnicas e políticas necessárias para implantação de um rigoroso sistema de controle de qualidade do sangue transfundido no estado.”
(Teixeira,1997:54).

Nestes primeiros anos de história da aids no Brasil, Teixeira (1997) aponta claramente os limites para a elaboração, gestão e implantação das políticas de saúde específicas para esta epidemia, por parte do Estado. Porém, ressaltamos que estes limites são construídos na tensão entre o

Estado e os grupos sociais ali representados, destacando a importância da atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs).

Ao considerarmos que já havia um saber específico sobre as formas de transmissão (sobretudo em relação aos hemoderivados) pelo menos desde 1986 conforme aponta Camargo Jr (1994), buscaremos exemplificar a confluência das forças determinantes na formação cultural em relação à aids.

No nível das políticas públicas de saúde sobre o controle da aids transfusional, foram necessárias pressões sociais para suas formulações, e dois anos para a sua viabilização e implantação. Observamos, neste caso, a força política dos segmentos sociais organizados (preocupados com a questão da epidemia, como por exemplo o GAPA), oferecendo a contrapartida necessária para a construção de ações sociais voltadas para a prevenção da aids.

Embora neste exemplo citado as forças políticas governamentais não tenham formado um campo favorável para o enfrentamento da aids, dado que se observou uma ausência de formulação do poder estatal, a análise que faremos a seguir procura demonstrar que o Estado brasileiro, ao longo dos primeiros vinte anos da aids, atuou – ainda que insatisfatoriamente, pois apesar de a velocidade de crescimento da epidemia estar diminuindo, novas infecções ocorrem⁸ - no sentido de promover o cuidado dos infectados (quando adota a política de distribuição gratuita de medicamentos em 1996) e no sentido de construir um discurso para a prevenção da aids, mesmo que esta atuação tenha sido em função das

⁷ O GAPA é a primeira ONG nacional dedicada à epidemia, fundada no ano de 1985 em São Paulo, que atua nas principais cidades do território nacional. (Câmara & Lima, 2000:42).

⁸ No período 1987/89 até 1990/92 a velocidade de crescimento da epidemia era de 36% ao ano. No Período de 1990/92 a 1993/96 decresceu para 12%, conforme Dhalia et al, 2000.

demandas de grupos sociais definidos no embate político para o enfrentamento da epidemia.

Este embate político, como se quer demonstrar, é resultado de uma cultura multideterminada interna e externamente, seja resistindo ou aderindo a ela. No caso da lei que regulamentou o controle dos hemoderivados, decorrentes da pressão do GAPA e influenciada pela Organização Mundial da Saúde, houve uma convergência e uma adesão à propostas de forças políticas internas, representadas sob a forma de Organizações Não Governamentais (expressões de grupos tais como o GAPA) e forças políticas externas, representadas pela OMS, preocupada com a pandemia da aids.

Com relação à distribuição de medicamentos que compõem o tratamento da aids – o chamado coquetel de medicamentos anti-HIV – as ONGs/Aids⁹ foram as responsáveis por inúmeras manifestações públicas, ações judiciais e pressões políticas que culminaram, em 1996, com a lei nacional que obriga governos municipais, estaduais e federal a fornecer gratuitamente aqueles medicamentos (Câmara & Lima,2000:60-61).

Porém, neste caso relativo aos medicamentos, houve uma divergência: enquanto as ONGs/Aids lutavam pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde tinham como diretriz para os países pobres o investimento prioritário dos recursos disponíveis em prevenção, em detrimento do investimento em medicamentos. O Ministério da Saúde, contrariando tal diretriz, reconhecia o direito de as pessoas afetadas terem

⁹ “As ONGs/Aids podem ser entendidas como, simultaneamente, lugares de sociabilidade, de pressão política e de contribuição na renovação de assistência social. São promotoras de estratégias de inclusão. Complementam ou substituem necessidades coletivas que não são supridas pelo Estado, mas, principalmente, são produtoras de um movimento próprio que carrega disposições éticas voltadas à generosidade e à liberdade, além da produção social do viver.” (Câmara & Lima,2000:42). São exemplos de ONGs/Aids o GAPA e ainda o GIV (Grupo de Incentivo à Vida) em São Paulo e, em Campinas, o Grupo Esperança e o Centro Corsini.

acesso aos recursos terapêuticos dos países mais avançados. Sendo assim, colocou em prática imediatamente (em 1997) a política de adquirir e distribuir, gratuitamente, os medicamentos especiais para os pacientes de aids em todo o país.

Segundo dados da Coordenação Nacional de Prevenção em DST/Aids, do Ministério da Saúde¹⁰, desde quando foi adotada em 1997, a distribuição gratuita pela rede pública do coquetel anti-HIV, o número de mortes no Brasil caiu 50% e o de internações em consequência das doenças oportunistas caiu 80%. Isto representou uma economia, até março de 2001 de cerca de US\$ 677milhões. Além disso, os casos de tuberculose, de citomegalovirose (que leva a cegueira) e sarcoma de Kaposi (um tipo de câncer) caíram, 60%, 54% e 38%, respectivamente. A diminuição de todos estes percentuais representa, para aqueles solidários com seu grupo social, um ganho inestimável, difícil de ser contabilizado aos olhos do “outro”, no caso representado pelo Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Porém, a distribuição gratuita não trouxe apenas resultados positivos. Segundo Teixeira (1997), esta “política” ou “medida” – que resultou na respectiva lei federal – teve implicações na esfera política-econômica, uma vez que nas negociações com o Banco Mundial para financiamento do acordo denominado AIDS I (que terminou em 1998 e foi renovado como AIDS II, com término em 2002), foi lembrada, por este organismo, como uma “medida antieconômica”, justificando assim o pequeno investimento no componente assistencial do acordo. Mas:

“Mesmo nos períodos de maior crise financeira do governo brasileiro, esta decisão jamais seria revertida. Desde então, as pressões e os protestos ocorridos nos curtos períodos de falta destes medicamentos têm sido intensos o suficiente para

¹⁰ ESPECIAL AIDS: REVISTA DA FOLHA DE SÃO PAULO, 28/11/2001.

desaconselhar qualquer tentativa de suspensão do fornecimento.” (Teixeira, 1997:64).

Tal medida representa um avanço político-social no tratamento da doença, dado que a política pública aponta para um ganho social – o de oportunidade de medicamentos gratuitos. Neste caso, governo e sociedade organizada confluem para uma “cultura da aids” legitimando análise do fenômeno no campo dos Estudos Culturais, notadamente para explicitar “uma forma de fazer as coisas” em que o Brasil foi um dos pioneiros, servindo de referência para outros países de economia periférica adotarem a distribuição gratuita de medicamentos.

Sem abandonar a importância dos estudos científicos na área médica, e ressaltando que grande parte destes tenham se desenvolvido na área de tecnologia de medicamentos (incluindo também as vacinas), e que para alguns cientistas desta área a cura da aids não tardará, faz-se presente a possibilidade e a necessidade de discutir as formas possíveis de prevenção. Neste sentido, como Luc Montagnier tão bem expressou:

“Nenhuma doença na época contemporânea nos incitou tanto a por em questão nossa identidade, nossos valores, nosso senso de tolerância e de responsabilidade. (...) Ela implica uma reorganização tanto material quanto simbólica, da existência.” (Montagnier, 1995:187).

É interessante enfatizar que a discussão mesma sobre as formas possíveis de prevenção é um desdobramento de uma trajetória específica de “reorganização tanto material quanto simbólica, da existência”. Em outras palavras, estes rearranjos tornam possível a construção de discursos em torno da aids. No nosso caso em particular, interessa-nos os discursos de prevenção.

1.2 - OS DISCURSOS DA PREVENÇÃO EM AIDS:

Os discursos da prevenção da aids, construindo rearrumações tanto materiais quanto simbólicas, devem ser analisados numa dimensão que extrapole a perspectiva da lingüística, cuja preocupação principal é com a estrutura da linguagem. Podem ser analisados segundo a proposta foucaultiana e pós-estruturalista na qual o foco está muito mais no conteúdo e no contexto da linguagem (Gore, 1994:9). Esta opção analítica aqui considerada é consequência de que a prevenção deve ser adequada em termos de conteúdo e de contexto, criando nexos com os sujeitos para as quais se volta, refletindo saberes e táticas eficazes.

Para Foucault (1987), na noção de discurso o que está mais em causa é a noção de discurso como uma prática – prática de muitas coisas, inclusive uma prática social. O discurso como prática é essa instância da linguagem em que a língua está relacionada com “outra coisa” a qual não é lingüística. Se na lingüística Foucault aponta a construção do discurso como uma operação expressiva pela qual um indivíduo formula uma idéia, ou como uma atividade racional que pode ser acionada num sistema de inferência ou ainda como uma “competência” de um sujeito falante quando constrói frases gramaticais, a noção de discurso como prática para este autor compreende um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam, numa dada época e para determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições do que pode ser dito ou enunciado.

Nesta perspectiva de discurso como prática, é importante ressaltar ainda que não há nada a revelar no discurso, como se ele ocultasse algo a ser desvendado, interpretado. A análise discursiva para Foucault não se baseia na interpretação, mas visa definir um conjunto de condições de existência que corresponde ao questionamento do que tornou possível certas coisas serem ditas e não outras, do modo como elas existem e se manifestam.

Este princípio metodológico está baseado no fato de que, quando alguma coisa é dita, é porque alguém disse. Esse alguém não funda a linguagem (Foucault, 1987) – existe um murmúrio anônimo no qual se dá o acontecimento discursivo. Ninguém diz nada sem ter ouvido dizer e sem estar neste ou naquele lugar, sem ter uma posição, um estatuto que agencie outras posições, outros pensamentos. O discurso revela um relacionamento complexo das diferentes posições, e este relacionamento define as próprias regras de exercício e de existência dos discursos.

O discurso é um tema recorrente no conjunto da obra de Foucault. Esta recorrência pode ser entendida como o resultado de um desencantamento em relação à possibilidade de formular uma teoria compreensível sobre os seres humanos (Dreyfus & Rabinow, 1995:49), partindo então para esboçar a “teoria dos discursos” para se aproximar do modo pelo qual um ser humano se torna sujeito (Foucault, 1995a:232).

Para Foucault (1995b:275), não é somente no sistema simbólico que o sujeito é constituído: ele é constituído em práticas verdadeiras, historicamente analisáveis, em que há uma tecnologia da constituição de si que perpassa os sistemas simbólicos ao utilizá-los. Estes processos de formação dos sujeitos são consequência das relações de poder que se estabelecem na sociedade e, desta forma:

“os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força; podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas.” (Foucault, 1997b:97).

Sendo assim, a compreensão dos discursos não está na busca de um sentido no campo das estruturas significantes, no modelo da língua e dos signos, mas sim nas relações de poder que legitimam os discursos. Neste sentido, preterir o sentido do discurso não significa dizer que ele é incoerente e absurdo em si, ao contrário, ele é inteligível e deve ser

compreendido a partir das lutas, das táticas e das estratégias utilizadas para a sua legitimação (Foucault,1979:5).

A legitimação dos discursos se dá em sociedade através do que Foucault chama de “política geral de verdade” ou “regime de verdade”. O regime de verdade corresponde aos tipos de discursos que a sociedade “acolhe e faz funcionar como verdadeiros” (Foucault,1979:12). Nesta perspectiva, a questão da cientificidade e da verdade nos discursos não é relevante, mas importa saber “como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos” (Foucault, 1979:7).

Embora os discursos sobre a sexualidade não sejam nosso foco de análise – ainda que este tema permeie o tema da prevenção – Foucault em “História da Sexualidade I: a vontade de saber” (1997a), ao discorrer sobre o seu método, sugere que para a compreensão dos discursos da verdade que se ocuparam do sexo, não é relevante “como” e “por que” se instituiu um saber sobre o sexo, tampouco que lei presidiu, ao mesmo tempo, à regularidade do comportamento sexual e à conformidade do que se dizia sobre ele. Foucault indica que a análise do discurso deve imergir no campo das relações de poder, que são múltiplas e móveis.

Portanto, para a compreensão dos discursos, as questões de “como” e “por que” devem ser substituídas por aquelas que explicitam as relações de poder mais imediatas e locais que estão em jogo, como elas tornam possível esse discurso e, mais ainda, como este serve a elas como suporte. Por outro lado, também devem ser contempladas as modificações que se operam como reforço das relações de poder ou como efeito de resistência e quais são as articulações possíveis entre as relações de poder e desta com uma estratégia global (Foucault, 1997a:93).

Ainda que Foucault (1997a:93) não tenha tido a pretensão de propor imperativos metodológicos sobre o discurso, ele faz o que denomina de

“prescrições de prudência”, sob quatro regras que passaremos a discutir na tentativa de uma reflexão sobre os discursos, independentemente do fato que ele o faz para a sexualidade como objeto, mas tentando aproximá-las de nosso objeto: a prevenção.

A primeira é a “regra de imanência”, a qual pressupõe no discurso um conteúdo que não é nem desinteressado nem livre, mas sobre o qual exigências do poder – econômicas ou ideológicas – fizeram pesar, no caso da sexualidade, mecanismos de proibição, nos quais se articulam saber e poder. No caso da prevenção, acreditamos que esta regra é procedente na medida em que o discurso da prevenção é direcionado, interessado na divulgação de um comportamento que elimine os riscos de transmissão (no caso, do HIV); é vinculado aos princípios clínicos e epidemiológicos para o enfrentamento da epidemia, tanto na assistência médica quanto na prevenção; atende a um modelo econômico que financia a prevenção e a assistência médica (mesmo sendo esta última bem mais dispendiosa); e, porque atende a uma posição ideológica de que a prevenção se faz através do uso de preservativo, em contraposição por exemplo ao posicionamento (ideológico) de segmentos da igreja católica que, no início do terceiro milênio insiste na abstinência sexual fora do casamento como forma de conter a epidemia.

A segunda é a “regra das variações contínuas”. Nela Foucault chama a atenção para a multiplicidade que envolve a relação poder-saber que define os discursos. Para entendê-la, recorreremos ao texto *O Sujeito e o Poder* (1995a), no qual este autor explicita a noção de relação de poder não como aquela tradicional que pressupõe uma repartição entre aqueles que detêm o poder e aqueles que apenas sofrem seus efeitos repressivos. Ao contrário, a noção aqui presente é a de que uma relação de poder:

“(...) pressupõe que ‘o outro’ (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito da ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de

respostas, reações, efeitos, invenções possíveis.”
(Foucault,1995a:243).

E de que o poder:

“(...) incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações.” (Foucault,1995a:243).

Se a relação de poder pressupõe um “outro” que constrói todo um campo de reações possíveis, e o poder (difuso) constrói estas reações múltiplas e variáveis, é preciso estar atento a este outro que se modifica, que varia continuamente como efeito do poder, da relação.

Assim, a relação poder-saber não levaria, como pretendiam os humanistas de tradição cartesiana-kantiana, a uma verdade que poderia inverter, apagar ou desafiar a dominação do poder repressivo. Ao contrário, Foucault entende o caráter criativo e criador desta relação, de forma a estruturar um campo de ação possível para o poder, visto que sem este campo, o que existe é apenas a relação física de coação, como no caso da escravidão (Foucault,1995a:244).

As variações contínuas que devem ser consideradas na proposição analítica do discurso, segundo Foucault, são as de que, face às modificações que as correlações de forças implicam neste jogo, produzem inflexões, onde podem ser analisadas as formas de resistência e de constituição do sujeito para a qual se volta o discurso. Assim, considerar o poder do discurso na sua relação com o sujeito e as modificações que ele produz é uma oportunidade de entender a “eficácia tática” (1997a:97) de um determinado discurso. No caso da prevenção, é necessária a compreensão das respostas que o sujeito produz e das modificações que se constroem tanto nos discursos, quanto nos sujeitos.

Como exemplo de inflexão, sugerido na “regra das variações contínuas”, podemos tomar as campanhas de prevenção do Ministério da Saúde que enfatizam o uso de preservativos no carnaval. O discurso da prevenção tem como tema o uso de preservativos, e nesta época específica sofre uma variação para incorporar o “ar festivo e sexualmente permissivo” do carnaval para a grande maioria da população, transparecendo a idéia de que a aids é risco para aqueles que assim festejam o carnaval. Deste modo, pessoas que se mantêm fiéis a um único parceiro sexual, mesmo no carnaval não se “reconhecem como sujeitos” privilegiados para este discurso. Nesta inflexão, desvia-se o sujeito da ação deste poder do discurso em despertar o interesse pelas práticas preventivas, independentes da época, visto que sabemos que a infidelidade não escolhe a hora para acontecer, ainda que no carnaval possa ser mais permitida.

A terceira regra aqui considerada é a da “polivalência tática dos discursos”. Nela, Foucault (1997a:95) propõe que o discurso sobre o objeto não deve ser analisado como a simples tela de projeção de mecanismos do poder, visto que o discurso articula poder e saber, e que portanto, deve ser concebido:

“(...) como uma série de segmentos descontínuos, cuja função tática não é nem uniforme nem estável. Mais precisamente, não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o discurso admitido e o discurso excluído, ou entre o discurso dominante e o discurso dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes.” (Foucault, 1997a:95).

Tomemos o caso dos discursos da prevenção cuja orientação é a do Ministério da Saúde e que enfatizam o uso do preservativo para conter a epidemia, seja nas relações heterossexuais ou homossexuais. Baseados nos saberes epidemiológicos, esclarecem que a aids não é restrita a este ou aquele grupo, admitindo que a aids é risco para todos e que portanto não

deve haver o direcionamento das campanhas de prevenção para este ou aquele grupo ou comportamento. Considerados desta forma, os discursos tendem a excluir a possibilidade de gerar preconceitos em relação aos homossexuais.

Porém, estes mesmos discursos são criticados por representantes de grupos homossexuais, sob a alegação de que há um descaso em relação à propagação da epidemia nestes grupos, exigindo que se volte a definir estratégias discursivas específicas que os contemplem¹¹.

Se considerarmos que a eliminação do preconceito favorece à prevenção na medida em que afasta o medo, gera solidariedade e possibilita a incorporação dos saberes da prevenção, era de se esperar que os representantes dos grupos homossexuais não recorressem às críticas aos discursos não direcionados aos grupos de risco, com o objetivo de proteger estes grupos de novas infecções, o que é a eficácia pretendida, o que realmente interessa.

Independente da legitimidade das críticas aos discursos não direcionados da prevenção, observamos que os efeitos do poder destes discursos governamentais reeditaram um outro discurso, por parte de representantes dos grupos homossexuais, em que há o direcionamento para diferentes sujeitos (representados pelas categorias de exposição ou pelos grupos mais vulneráveis, no caso, os homossexuais). O discurso construído neste movimento de representação é, ao mesmo tempo, efeito e instrumento de poder (dos grupos), revelando a outra faceta do poder: a resistência, que possibilita a construção de novos discursos. Sendo assim:

“É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz

¹¹ Esta discussão será retomada oportunamente, neste mesmo capítulo.

poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo.” (Foucault,1997a:96).

Esta consideração de que o discurso veicula e produz poder, mas também o debilita e permite barrá-lo, é crucial para a compreensão da última regra proposta por Foucault (1997a:95), a “regra do duplo condicionamento”. Para melhor compreendê-la, é necessária uma outra consideração acerca do poder: a de que ele não é “algo que se adquira (...), mas que se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis” (Foucault,1997a:89-90). Sendo assim, estes pontos de poder formam linhas de força que atravessam os afrontamentos locais e os liga entre si, tornando possível o “duplo condicionamento”.

A regra do duplo condicionamento coloca o discurso como um “foco local”, como um “esquema de transformação”, e que este somente teria condições de funcionar se inserido em uma “estratégia global”. Para Foucault, as relações que se estabelecem entre o “local” e o “global” – que são focos de onde emanam poderes diferentes tanto em termos da qualidade quanto da quantidade – são contínuas porém heterogêneas. Isto quer dizer que há um conjunto de táticas que intervêm, formando um nexos, um duplo condicionamento para que os discursos sejam efetivos. Como exemplo Foucault propõe a análise da família que serve de suporte às grandes manobras presentes em determinados modelos de sociedade, como é o caso do controle de natalidade, da medicalização do sexo e a psiquiatrização de suas formas não genitais. Desta forma, a família se constitui em um dispositivo¹² para o controle imposto pela sociedade, embora não a reproduza (Foucault,1997a:95).

¹² Para Foucault (1979:244), dispositivo é “... um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo.” Foucault complementa na pág. 246 do mesmo texto que o dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, ligado a uma ou a configurações de saber que deles nascem mas que igualmente o condicionam.

No caso dos discursos da prevenção, observamos que esta regra procede na medida em que, sem o duplo condicionamento teríamos apenas uma caricatura de prevenção. Caricatura no sentido de que, sem a caracterização dos sujeitos para os quais a prevenção se volta, não há a interlocução necessária para a sua efetivação. Se o sujeito não se reconhece no discurso, se ele, em toda a sua singularidade e potencialidade de agir não é chamado para intervir, como intervir? Sem dúvida temos aí um impasse: como fazê-lo sem, contudo, recorrer aos chamados grupos de risco?

Os discursos da prevenção nos quais se lança mão de técnicas que definem grupos ou comportamentos de risco, procuram vincular verdade ao sujeito. Verdades estas que são construídas através de parentescos de essência ou por direito de origem (como as que imputam risco privilegiadamente ou essencialmente aos indivíduos cujo comportamento é de risco (homossexual, Uso de Drogas Injetáveis, promíscuo), minimizando assim o risco que é de todos).

No texto “A hermenêutica do sujeito”, Foucault (1997b) busca a compreensão das formas como o sujeito se apropria de regras para um comportamento ou cultura voltada para o cuidado de si. Para tanto, não é necessário descobrir no sujeito uma verdade; tampouco de fazer da alma o objeto de um discurso verdadeiro, mas:

“Trata-se, ao contrário, de armar o sujeito de uma verdade que não conhecia e que não residia nele; trata-se de fazer dessa verdade apreendida, memorizada, progressivamente aplicada, um quase-sujeito que reina soberano em nós mesmos.” (Foucault, 1997b:130).

Assim, não se trata de desvelar o significado do que é o sujeito da prevenção, mas das formas como os sujeitos são constituídos através dos discursos com esta finalidade, apreendendo determinados saberes.

O discurso sobre a aids se forma, se conforma e se transforma como resultado do duplo condicionamento, gerando regimes de verdades, que geram resistências e estas, novos discursos, novos regimes de verdade. Porém esta circularidade que está presente no discurso e nos efeitos de seu poder, não é de todo improdutiva. É nas inflexões, nas resistências que fazem a circularidade que podemos nos aproximar da “verdade apreendida”, tornando-a “quase sujeito” reinando em nós mesmos, a nosso favor, promovendo um discurso que efetivamente faça sentido.

Duschatzthy & Scliar (2001), ao interrogarem sobre “Quem são os outros?”, apontam o travestismo discursivo de nossa época:

“Com a mesma rapidez na qual se sucedem as mudanças tecnológicas e econômicas, os discursos sociais se revestem com novas palavras, se disfarçam com véus democráticos e se acomodam sem conflito às intenções dos enunciadores do momento.” (Duschatzky & Scliar, 2001:119).

Os “enunciadores de momento” e que podem se constituir no “outro” tomando a vez do discurso, fazem parte do mesmo processo de classificação e controle e, neste sentido, necessários para justificar o que somos, nossas leis, as instituições, as regras, a ética, a moral e a estética de nossos discursos e nossas práticas: “Necessitamos do outro para, em síntese, poder nomear a barbárie, a heresia, a mendicidade etc. e para não sermos, nós mesmos, bárbaros, hereges, mendigos” (Duschatzthy & Scliar, 2001:124).

Mais uma vez a aids nos coloca a necessidade de discutir temas que há muito já deveriam ser preocupação de nossa sociedade: o preconceito para com o “outro”, para com o “diferente”.

O “outro” da aids tem se constituído a partir dos saberes da epidemiologia. Estes saberes, baseados em estatísticas, conformam o discurso da prevenção. Para Foucault:

“O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar a interioridade silenciosa da consciência de si.” (Foucault, 1996:49).

No discurso da prevenção, o que reverbera são as mudanças no padrão epidemiológico da doença, mudando-o de acordo com as categorias de exposição mais vulneráveis ao vírus.

Embora este padrão tenha se modificado ao longo da história da epidemia no Brasil, algumas observações podem ser feitas acerca destas mudanças que informam os discursos da prevenção que, quase que invariavelmente¹³, seguem a orientação da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

Através de dados do Ministério da Saúde¹⁴, podemos observar que, nos primeiros dez anos de aids no Brasil (1980-1990), a categoria de exposição HOMOSSEXUAL correspondia a 31,1%, a HETEROSSEXUAL a 9,4%, a BISSEXUAL a 14,8%, a de TRASFUSÃO/HEMOFÍLICO a 5,5% e a de UDI¹⁵ a 18,4% dos 24.743 (100%) casos diagnosticados.

A prevalência da categoria de transmissão HOMOSSEXUAL sobre as outras categorias, nesta primeira década da epidemia, levou a um olhar, por parte dos agentes institucionais, que se restringia apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde, como por exemplo a discussão das formas de transmissão – o que acarretaria em

¹³ Grande parte das ONGs que atua no enfrentamento da aids é financiada pelo Ministério da Saúde, seguindo assim a sua orientação. Excetuam-se aquelas de cunho religioso que somente prestam assistência ou que acreditam na abstinência sexual como forma de prevenção, o que vai de encontro ao discurso oficial do MS e à política pública de distribuição gratuita de preservativos.

¹⁴ <http://www.aids.gov.br> "Distribuição dos casos de aids, segundo o período de diagnóstico e a categoria de exposição. Brasil. 1980-2000, até junho".

discutir temas relativos à sexualidade, estabelecendo novos “regimes de verdade” nos quais seria necessária a abordagem destes temas, problematizando situação de risco e os conceitos de práticas sexuais, no que eles têm de restritivo em nossa cultura (como por exemplo considerando a homossexualidade restrita ao homem passivo na relação sexual e desconsiderando relação heterossexual que envolve coito anal).

Este olhar restrito ao infectado construiu o “regime de verdade” (Foucault,1979:12) da primeira fase dos discursos da prevenção no âmbito das políticas públicas de saúde¹⁶. Neste regime de verdade, a sociedade acolheu e fez funcionar como verdadeiro um tipo de discurso no qual o conceito de “grupo de risco”, levava a suposição de que apenas os homossexuais masculinos estariam em risco de contrair o HIV.

Nesta primeira fase dos discursos da prevenção, perpassada pelo conceito de “grupo de risco”, principalmente de homens que fazem sexo com homens, houve o não reconhecimento do risco por parte da população em geral, dado que, para esta, era incompatível se reconhecer como grupo de risco e identificar-se com as práticas que este grupo representava.

Compõem os discursos da prevenção não só aquilo que é dito, enunciado por parte das instituições que representam o Ministério da Saúde (Instituições públicas e privadas de saúde e ONGs), mas também as estratégias que reforçam, muitas vezes silenciosamente, o discurso, como é o caso da distribuição gratuita de preservativos.

Como forma de atingir a maioria da população brasileira, os discursos oficiais da prevenção foram veiculados através de enunciados em

¹⁵ Usuário de Drogas Injetáveis.

¹⁶ Segundo documento do Ministério da Saúde (1999), o curso da epidemia da aids no Brasil pode ser dividido em três grandes fases nas quais são utilizados os conceitos de “grupo de risco”, “comportamento de risco” e “vulnerabilidade”, que discutiremos em seqüência.

campanhas nacionais de Rádios e TVs¹⁷. Para Foucault, segundo Dreyfus & Rabinow (1995:51), o enunciado não é uma entidade gramatical restrita às operações: mapas podem ser um enunciado, assim como um teclado de computador pois revelam uma ordem, um sistema. Os enunciados compõem os discursos e devem tê-los como referência.

Vários enunciados foram propostos nas campanhas veiculadas na segunda metade dos anos 80, traduzindo a necessidade de conter a epidemia. Os enunciados mudavam anualmente e, para cada um destes, havia uma série de diferentes situações nas quais discutiam-se temas relacionados à aids.

Assim, nos anos de 1986 e de 1987, o discurso da prevenção estava presente sob a forma dos seguintes enunciados: “Estar bem informado é a melhor prevenção” e “AIDS, você precisa saber evitar”, respectivamente. Com relação ao primeiro, não temos o conteúdo dos filmes, apenas seu registro. Mas com relação ao segundo, foram realizados oito filmes, dos quais três traziam imagens de pacientes em hospitais, dois deles continham imagens sobre o uso de drogas injetáveis, dois se referiam ao sexo com preservativos e um sobre transfusão de sangue.

Sob o enunciado “AIDS, você precisa saber evitar”, o discurso da prevenção traduzia o perfil epidemiológico enfatizando imagens de hospitais, gerando um sentimento de medo em relação ao tema da aids. Além disso, trouxe para o público assuntos até então pouco abordados de forma séria na tevê, como o sexo e o uso de drogas.

A categoria de exposição Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), que na década de 80 foi responsável por 18,4% do total de casos de aids

¹⁷ Em contatos com o Departamento de Comunicação Social, da Coordenação Nacional de DST/Aids, fomos informados que os arquivos sobre as campanhas de prevenção anteriores a 1998 foram todos destruídos, pois as campanhas eram “extremamente inadequadas”. Conseguimos apenas recuperar um arquivo que descreve a seqüência de filmes de algumas destas campanhas realizadas entre 1986 e 2000.

(24.743=100%), aumenta no início dos anos 90, chegando a 24,4% dos 15027 casos (100%) só no ano de 1992. Fenômeno semelhante ocorreu com a categoria de exposição HETEROSSEXUAL, que era a responsável por 9,4% dos 24.743 casos notificados na década de 80, em 1992 chegou a 17,5% dos 15.027 casos notificados naquele ano. Paralelo a este crescimento, houve a diminuição dos casos notificados nas categorias HOMOSSEXUAL (que, na variável tempo aqui analisada, passou de 31,1% para 21,0%) e BISSEXUAL (de 14,8% para 9,7%): configurando uma mudança no padrão epidemiológico, de casos relacionados com a categoria de exposição homossexual e bissexual para casos relacionados com a categoria de exposição heterossexual.

Esta mudança no padrão epidemiológico caracterizou uma segunda fase nos discursos da prevenção: a que ampliava o olhar sobre a exposição do vírus – quando se acentua uma disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual e pessoas que usam drogas injetáveis. Caracterizou-se assim um novo “regime de verdade” (Foucault,1979:12) no qual os discursos da prevenção incorporam o conceito de “comportamento de risco”, imprimindo a verdade sobre quem adquire o HIV: pessoas que têm este tipo de comportamento.

Mas a condição de heterossexual não define, por si só, o comportamento de risco, o que gerou a transitoriedade deste regime de verdade, sendo alguns anos depois também substituído pelo regime que consideraria a vulnerabilidade, como descreveremos oportunamente, em seqüência.

Com relação à categoria de exposição UDI, observamos que houve – a partir de 1991 – uma expressiva queda das taxas de transmissão atribuída a esta categoria durante toda a década de 90: passou de 25,5% (de um total de 11.925 = 100%) em 1991 para 9,9% dos 1044 (100%) entre os casos notificados em 2000. Apesar do caráter ilegal do Uso de Drogas Injetáveis, algumas Organizações Não-Governamentais, através de Projetos

financiados pelo Ministério da Saúde vêm, desde 1994, desenvolvendo o que se denominou “Programa de Redução de Danos”, que se constitui na distribuição gratuita de um kit para garantir a substituição das seringas utilizadas e reduzir o risco de transmissão nesta categoria de exposição. Embora seja pequena a cobertura destes programas especiais para este grupo de pessoas, que são difíceis de serem identificadas, houve a diminuição de transmissão nesta categoria de exposição. Podemos considerar que o diagnóstico de HIV positivo pode ser uma forma de identificar esta atividade ilegal, o que levaria estas pessoas a se prevenirem do HIV como forma de evitar a identificação, explicando assim a diminuição de notificação de aids nesta categoria de exposição. Por outro lado, tal fato pode ser atribuído às campanhas de prevenção para esta categoria de exposição que, embora tímidas, demonstraram resultados. Tanto a exígua prioridade quanto a timidez das campanhas podem ser conseqüência do caráter ilegal que ainda lhe é atribuída.

Embora, segundo Galvão (2000:122), as campanhas de mídias produzidas para divulgação destes discursos ainda mereçam ser mais bem analisadas, houve severas críticas, por parte das ONGs, às campanhas. Esta autora cita a campanha que, sob o enunciado “Quem vê cara, não vê AIDS”, já em 1988, “foi criticada por mostrar o rosto de uma mulher”; em 1990, tivemos “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”; em 1991: “Eu tenho AIDS e vou morrer”; e, em 1995 “O Bráulio”, na qual um homem, identificado como pertencendo às “camadas populares”, conversava com seu órgão sexual, chamado “Bráulio”.

Ao analisarmos tais informações fornecidas por Galvão (2000), podemos atribuir a crítica à campanha de 1988, sob o enunciado “Quem vê cara, não vê AIDS” - que mostrava o rosto de uma mulher - à construção de um discurso onde a mulher representa o perigo da aids sem, contudo, instrumentalizar o sujeito (seja homem seja mulher, sem importar a faixa etária, a situação conjugal ou o grau de escolaridade)

para a prevenção. Com relação à campanha de 1991, instaura-se o terror a partir da idéia de que “se você não se cuidar a AIDS vai te pegar”. Desta forma, o medo impede atitudes voltadas à prevenção e, no caso do “Bráulio”, configura-se um sujeito que, ao conversar com seu órgão sexual, banaliza a situação jocosamente e retira do sujeito a responsabilidade de atuar preventivamente, colocando-a em seu órgão sexual.

Sendo assim, as categorias de exposição via sexual foram colocadas como prioridades nos discursos da prevenção, por envolverem comportamentos capturados pela condição histórica do controle pelo desejo e pela sexualidade nos processos de sujeição.

Porém, observamos que este controle não tem produzido eficácia quando se trata de diminuir o número de casos de aids via sexual, que só aumentou ao longo destes vinte anos de epidemia, aumentando o número de casos notificados do sexo feminino e a categoria de exposição perinatal¹⁸.

A categoria de exposição HETEROSSEXUAL passou de 9,4% em 1991 para 46% em 2000 dos casos notificados¹⁹. Com este aumento, a proporção entre o número de casos de homens e de mulheres sofreu uma redução drástica²⁰. Em 1983 esta proporção era de 25 para 1, em 1986 de 15 para 1, em 1991 de 5 para 1 e, no final de 2000, de 2 para 1.

Esta nova proporção a qual diminui a diferença entre o número de homens em relação ao de mulheres caracteriza o fenômeno denominado feminização da aids.

¹⁸ Em contrapartida, a categoria de exposição sangüínea diminuiu.

¹⁹ As outras categorias de exposição são: homossexual, bissexual, Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), hemofílico, transfusão, acidente de trabalho e ignorado.

²⁰ Com o aumento de casos entre as mulheres, destaca-se também o aumento na categoria de exposição perinatal.

A elaboração dos discursos da prevenção, reverberada por este padrão epidemiológico, no Brasil foi tardia, conforme argumenta Parker & Galvão:

“(...) em nenhum lugar a omissão da responsabilidade em relação às mulheres e à AIDS tenha se feito tão profunda como no campo das políticas públicas e dos programas oficiais associados ao controle da AIDS no Brasil e aos serviços de saúde da mulher”. (Parker & Galvão, orgs, 1996:9)

Embora desde 1986 este fenômeno já se fizesse sentir, foi apenas a partir de 1990 que setores ligados ao governo e ao controle das informações sobre a epidemia passaram a reconhecer uma suposta mudança no perfil da epidemia. Tal fato pode ser atribuído à velocidade com que este fenômeno vem se manifestando e à dificuldade em se obter, no Brasil, dados e estatísticas imediatas²¹.

Tal feminização gera um impasse de difícil conciliação. As mulheres, diferentemente de outros grupos que já foram estigmatizados pela doença (homossexuais, drogaditos ou prostitutas, por exemplo), são partes mais do que integrantes de nossa sociedade – são fundantes. Sem elas, não há - pelo menos até agora - formas viáveis de reprodução humana. Há, sobre a maternidade uma representação social altamente positiva. Como admitir que as mães podem ser responsáveis pela transmissão perinatal? Prevalecendo o direito de escolha em fazer ou não o teste de HIV no pré-natal, é provável que novos casos de aids perinatal venham a ser notificados nos próximos anos.

A herança cultural da aids como sendo doença de *gay* ou de prostituta - porém jamais de donas-de-casa - tornou-se um empecilho para que as mulheres adotassem medidas preventivas, sobretudo aquelas com menor poder aquisitivo e acesso às informações e serviços,

colaborando para a feminização da aids. Só no município de São Paulo, a categoria donas-de-casa²² estava relacionada com 75% da mortalidade feminina por aids entre 1991 e 1993, conforme dados citados em Barbosa & Villela (1996:21).

Outro fator que colabora para a feminização é a demora em diagnosticar a aids entre as mulheres. Isto ocorre, segundo Barbosa & Villela (1996), porque elas tendem a procurar os serviços em fases mais avançadas.

Ainda que nesta explicação seja enfatizada a demora de as mulheres procurarem os serviços de saúde, destacamos que tal fato ocorre devido a fatores muitas vezes independentes da vontade delas: dificuldade de acesso aos serviços, compromissos familiares ou profissionais, “tripla jornada de trabalho”²³ e, por último mas não menos importante, a precariedade de programas efetivos de saúde em geral e específicos para as mulheres.

Barbosa & Villela (1996) destacam ainda que a feminização decorre também do fato de que as mulheres são diagnosticadas erradamente, ou não são diagnosticadas. Segundo as referidas autoras:

“Quase nada voltado especificamente para a mulher tem sido estudado, talvez como consequência de uma relação dos serviços de saúde com o corpo feminino, onde este é percebido a partir da sua função reprodutiva, que passa a assumir prioridade, inclusive com desqualificação e desatenção frente a algumas queixas.

Apesar de as mulheres freqüentarem mais os serviços de saúde, sintomas que são comuns à AIDS e a outras doenças, tais como fadiga, perda de peso e de apetite, insônia e falta de ar, teriam entre as mulheres maior probabilidade de serem entendidos

²¹ No Brasil estima-se que a subnotificação corresponde a 20%. (Barbosa & Villela, 1996).

²² Estas donas-de-casa são, geralmente, mulheres que não têm nenhum canal de representação política, muitas delas subempregadas.

²³ A atividade produtiva, a reprodutiva e os afazeres domésticos.

como fatores psicológicos, ligados a estados depressivos e, portanto, não investigados.” (Barbosa & Villela, 1996:24).

As representações sociais sobre o feminino corroboram sobremaneira para a dificuldade da prevenção e a conseqüente feminização da aids. Segundo Barbosa e Villela (1996), ao representarmos a sexualidade feminina em função da maternidade, a sexualidade deixa de se configurar como algo importante em si para adquirir outros reassseguramentos: a condição socialmente privilegiada de ser mãe ou a aceitação da dependência do parceiro. Sendo assim, o feminino adquire o sentido de abnegação, de negação de si mesma em função do outro e, como conseqüência, o uso de preservativos (femininos ou masculinos) significa interpor um objeto ou uma racionalidade ao desejo que é do outro, não da mulher. Desta forma, a prevenção pode se configurar, portanto, para muitas mulheres, como a antítese do amor.

Por outro lado, caso as mulheres interpusessem seus desejos aos do outro – se elas se afastassem dessas representações sociais como de seres passivos, abnegados, sancionados pelo amor e pela possibilidade da reprodução – ao fazê-lo, elas estariam mais próximas de serem representadas socialmente junto aos grupos de risco como as prostitutas, os drogados os gays e as lésbicas, cujas condutas e práticas adicionam o valor negativo atribuído a estes grupos. Em outras palavras, o rompimento com as representações sociais tradicionais sobre o feminino, abre o espaço para a incorporação de representações já presentes, que há muito convivemos, mas que servem como referências negativas, ou como aquilo que as mulheres não devem ser. A necessidade de a mulher assumir práticas preventivas (uso de preservativos) para afastar-se do risco da infecção pelo HIV impõe uma outra necessidade: a de ela ser menos abnegada, de negar-se menos – o que as aproxima dos grupos de risco com os quais ninguém quer se identificar.

Localizamos assim limites para a elaboração de ações de prevenção sob a forma de campanhas tendo como suporte a feminização, sem problematizar quais são as representações sobre o feminino e como elas são construídas e passíveis de interpelações e mudanças.

Entretanto, tais interpelações passam ao largo da construção de discursos governamentais de prevenção, conforme podemos observar na divisão do curso da epidemia da aids no Brasil proposta pelo Ministério da Saúde (1999), em sua terceira fase (iniciada nos últimos anos da década de 90), que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais (principalmente mulheres) e um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e baixa renda (pauperização), além da disseminação de casos notificados em municípios de médio e pequeno porte (interiorização).

Um novo conceito vem então substituir o de “comportamento de risco”, qual seja o de “vulnerabilidade”, fundando um outro “regime de verdade” (Foucault,1979:12) no qual a sociedade deve acolher, e fazer funcionar como prática de prevenção, o discurso no qual não importa o grupo tampouco o comportamento, mas sim o grau de vulnerabilidade em que as pessoas se encontram em relação à transmissão do HIV.

O que esta terceira fase representa, em termos de prevenção, é que, independente do grupo ou do comportamento que se possa identificar, é preciso admitir que os sujeitos para a qual a prevenção deve se voltar são vulneráveis à infecção pelo HIV.

A vulnerabilidade à infecção pelo HIV está baseada na suscetibilidade biológica dos corpos e nos modos de transmissão do vírus que são limitados a determinados modos de exposição do indivíduo que é vulnerável biologicamente a líquidos corpóreos já infectados (Mann, Tarantola & Netter,1993). Sendo assim, o que é determinante final da vulnerabilidade à infecção é o comportamento individual, mas este é tanto

mutável quanto conectado socialmente. Em outras palavras, embora seja o comportamento individual o determinante (da vulnerabilidade), este é fortemente influenciado pela experiência pessoal de cada um (como por exemplo comportamento sexual na adolescência, na meia-idade ou na terceira idade), pelos amigos e familiares, e por entidades sociais e culturais mais abrangentes, como por exemplo a religião ou o Estado, investidos ou não de propostas para os indivíduos aprenderem a prevenção ou o cuidado de si dentro de uma determinada realidade social.

Se as questões mais amplas que remetem ao comportamento individual e as influências sociais, políticas, culturais e ideológicas não forem consideradas, ocorre o que Berer (1997:87) denominou de “democratização do risco”, que significa tratar a todos como se estivessem em risco. Mas esta nova abordagem para o fenômeno da aids também traz novas questões, que esta autora tão bem aponta:

“- tratar a todos como se estivessem em risco não seria uma tentativa equivocada de não estigmatizar pessoas que, certamente, correm maior risco? Será que é uma mensagem subliminar anti-sexo?

Ou será melhor exagerar nos cuidados e continuar a estimular o uso de práticas sexuais seguras por todos? Se assim for, por quanto tempo? (Berer,1997:87).

Não temos indícios de que a epidemia esteja sob controle, sobretudo nos países de economia periférica e, segundo Berer (1997), muitos autores argumentam que ela está apenas começando a mostrar sua verdadeira extensão. A opção de tratar a todos como se estivessem em risco, constituindo uma mensagem subliminar anti-sexo, seria uma opção economicamente viável visto que, sobretudo nestes países com altas taxas de natalidade e de pobreza, poderia contribuir para a redução destas taxas.

Considerando a outra opção levantada por Berer (1997), de exagerar nos cuidados e continuar a estimular o uso de práticas sexuais seguras para todos, não evidencia o fato de que, realmente, há pessoas que, apresentam maior vulnerabilidade que outras, entendendo vulnerabilidade em suas dimensões individuais e coletivas (Mann, Tarantola & Netter, 1993).

Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade é uma tentativa de encapsular a dinâmica da epidemia, promovendo um regime de verdade historicamente datado: coincidindo com a indignação pública face ao descaso em relação ao número de mulheres soropositivas, alertando para a vulnerabilidade de heterossexuais, muito embora esta vulnerabilidade já fosse conhecida desde 1986 (Camargo Jr, 1994:108).

Uma questão interessante é a seguinte: se já era conhecida, pelo menos do meio científico, a vulnerabilidade para heterossexuais, por que somente após mais de dez anos este conceito passa a ser determinante no “regime de verdade”? Nossa perspectiva de análise aponta para o fato de que a sociedade não estava preparada para acolher como verdadeiro o fato de que uma doença incurável, que condenava quase que invariavelmente à morte suas vítimas, pudesse existir, prescindindo da idéia de culpa com relação ao comportamento desviante. Os conceitos de “grupo de risco” ou mesmo de “comportamento de risco” foram necessários para a interpelação que vai construindo novos regimes de verdade, novos discursos, novos poderes, novas resistências, novos saberes. Ainda que estas interpelações não sejam concomitantes com os fenômenos que as geraram, elas são fundamentais pois nos permitem entender as relações sociais que configuraram, no nosso caso em particular, as respostas frente à aids, mesmo que tal entendimento esteja longe de eliminar as incertezas em relação ao que fazer.

A incerteza em relação ao que fazer é comum tanto ao sujeito quanto ao Estado. Ao primeiro porque sabe que os riscos são diferenciados, e

sempre será mais fácil supor que seu risco é menor ou que tem controle sobre a situação; ao segundo porque, ao se questionar diferentes níveis de risco, pode novamente incorrer na estigmatização de pessoas que se colocam em situações de maior risco ou vulnerabilidade.

O Ministério da saúde (Gestão 1998-2002), na tentativa de contemplar problemáticas reais e assim proferir discursos efetivos em suas campanhas de prevenção, encomendou pesquisa ao Ibope para verificar o comportamento do público *gay*, em termos de prevenção à aids, após a disseminação do coquetel antiaids na rede pública de saúde a partir de 1991.

A hipótese era de que essa parcela da população, considerada como mais vulnerável ao HIV, tivesse relaxado na prevenção por causa dos efeitos benéficos do coquetel nos portadores, conforme se tem percebido em outros países²⁴. Ocorre que, quando o portador de HIV tem seu estado de saúde estável e qualitativamente melhor graças à adesão ao coquetel, a morte devido às doenças relacionadas à aids diminui. Aliado a isto, ser portador do vírus não imprime nenhuma marca e, no caso deste grupo que tem uma identidade própria (formado por pessoas que freqüentam os mesmos lugares) levam a falsa idéia de que o vírus estaria menos presente e traria, como conseqüência, a diminuição da prevenção.

A pesquisa foi realizada em junho de 2000, em sete capitais brasileiras²⁵, entrevistando homossexuais em bares, boates, saunas e passeatas de orgulho *gay*. Como resultado, obteve-se um índice de 10% de entrevistados que constataram o menor uso de preservativos, e que, dentre estes, a maioria (52%) acredita que esse relaxamento ocorreu entre a população com menos de 24 anos.

²⁴ <http://www.estadão.com.br/editoriais>, 01/08/01

²⁵ São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador, Fortaleza, Curitiba e Brasília.

Ao divulgar o resultado desta pesquisa, o Ministério da Saúde aproveitou para anunciar uma campanha que reforçaria a prevenção entre o público homossexual jovem. Com isto, há uma reedição dos discursos da prevenção baseados no conceito de grupo de risco, embora no mesmo artigo de Jornal²⁶, tenha sido anunciado que a transmissão via sexual crescia como principal forma de exposição²⁷: Em 1997, era causa de 50% dos casos notificados; em 1998, de 59,8%; em 1999 de 61,3% e, em 2000, cerca de 67%.

Na categoria de exposição sexual que em 1997 correspondia a, aproximadamente 50% dos casos notificados, dentre estes, cerca de 30% correspondia à via heterossexual²⁸. No ano de 2000, aumentou consideravelmente a categoria de exposição sexual, que passou para 67% dos casos notificados, dos quais cerca de 45% foram através de relações heterossexuais²⁹.

Como podemos perceber, o aumento da categoria de exposição sexual ocorreu quase que exclusivamente através da via heterossexual (de 30% em 1997 para 45% em 2000). Sobre esta tendência de incremento de transmissão via heterossexual, o Ministro da Saúde (Gestão 1998-2002) declarou que *“É um alerta importantíssimo para a sociedade, porque ainda prevalece o folclore de que a aids é doença ligada a homossexuais e usuários de drogas”*.

Com esta declaração, fica clara a incerteza em relação ao que fazer, já que na mesma gestão das políticas de saúde há controvérsias quanto a utilização ou não do conceito de grupo de risco, permanecendo a questão de como eliminar *“o folclore de que a aids é doença ligada a homossexuais e usuário de drogas”*. O próprio Ministério continua usando as mesmas

²⁶ <http://www.estadao.com.br/editoriais,01/08/01>

²⁷ As outras formas de exposição são a sangüínea, UDI, perinatal e ignorado.

²⁸ Os 20% restantes correspondem às vias bissexual (9%) e homossexual (12%).

²⁹ Os 22% restantes correspondem às vias bissexual (9%) e homossexual (13%).

campanhas que, em última instância, podem reforçar estereótipos de grupos de risco ou ainda de comportamentos considerados mais vulneráveis sem, contudo, indicar caminhos viáveis de construção do sujeito apto à prevenção, ciente de sua condição.

Sobre a mesma pesquisa do IBOPE, representantes que atuam na comunidade *gay* mostraram-se também preocupados com o índice de 10% de entrevistados admitirem a redução do uso de preservativos. O presidente do Grupo Corsa³⁰ de São Paulo, argumenta:

“Embora seja apenas um indicador, trata-se de um número alto, principalmente se considerarmos que a pesquisa foi feita em paradas *gays*, onde o grau de consciência das pessoas é maior.”³¹

E o presidente da “Parada Orgulho *Gay*”, complementa no mesmo debate sobre a pesquisa: “Isso mostra que está na hora de rever as formas de abordagem do assunto no meio jovem.”

Porém, é a coordenadora da Assessoria para Prevenção e Tratamento da Aids (APTA), quem nos dá pistas sócio-culturais para nossa análise, ao afirmar que houve um esgotamento dos modelos de prevenção baseados nos conceitos de grupos de risco ou de diferentes graus de vulnerabilidade, mas que não pode ser atribuído apenas à introdução dos anti-retrovirais, mas sim à crise coletiva em nossa sociedade, que vai desde as denúncias de corrupção, ausência de movimentos sociais importantes, passa pelo desemprego e atinge os jovens, *gays* ou não, com a falta de perspectivas de vida, dramas sociais e solidão. Assim, quando um jovem encontra um amor, um companheiro, é como se encontrasse um “porto seguro”, e questões como a de negociação do uso de preservativos tornam-se difíceis

³⁰ ONG cuja proposta é a conscientização e a emancipação de minorias sexuais, fundada em 1995.

³¹ Debate sobre o crescimento da aids entre jovens. Disponível em: www.estadao.com.br/editoriais. (01/08/01)

por representarem o risco e a desconfiança em relação ao comportamento do outro.

Para a psicóloga do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, o mesmo fato já foi observado entre jovens *gays* norte-americanos:

“Ao procurarem explicações para o crescimento das taxas de infecção entre eles, verificou-se que, ao se apaixonarem por outros garotos que já estavam infectados com o vírus, não mostravam muita preocupação com isso (...) Num excesso de passionalidade, de generosidade amorosa, queriam entrar ‘no mesmo barco em que o outro já se encontrava’.”³²

Tal debate em torno do crescimento da taxa de infecção entre jovens homossexuais revela, por parte do Ministério da Saúde, a preocupação em conter a epidemia e em expor seus esforços para tanto. Revela também a construção de um discurso globalizante que não contempla as abrangentes necessidades desses jovens para um comportamento mais seguro. Por outro lado, há, nos espaços locais como as Organizações Não Governamentais, a construção de um discurso que resiste criticamente a este discurso governamental globalizante, colocando novos condicionantes para construir novos discursos e novas estratégias para a abordagem do fenômeno, como é o caso do Centro Corsini, especificamente do Projeto Colmeia, descrito no capítulo três deste trabalho.

Os discursos da prevenção, se beneficiados do “duplo condicionamento” proposto por Foucault (1997a) e anteriormente discutido neste capítulo, assim como as necessidades mais amplas requeridas para o enfrentamento da aids (tanto no nível individual quanto coletivo), apontam para a necessidade de incluir outras estratégias, como por exemplo as atividades culturais, que reforçam os laços sociais. Estas

³² Debate sobre o crescimento da aids entre jovens. Disponível em: www.estadao.com.br/editoriais. (01/08/01)

estratégias, ainda que possam conter enunciados que representem relações de poder, portanto ideológicas, podem prescindir de um tipo de discurso que diferencie e/ou estigmatize e podem incluir discursos que discutam o significado político das diferenças entre as formas de prevenção, adequadas aos diferentes segmentos sociais em sua singularidade.

Em outras palavras, considerando que a informação é relevante mas não suficiente para a mudança de comportamento rumo à prevenção, outras estratégias, novos arranjos sociais podem contribuir para o desenvolvimento de laços que fortaleçam identidades e modos de agir em favor do cuidado de si, sem discriminar o sujeito que está se infectando com o vírus. Até porque, como o já referido debate conclui, o comportamento individual que influi na vulnerabilidade não é exclusivo de grupos específicos, nem mesmo de rapazes *gays*. Caso fosse, a incorporação do conceito de vulnerabilidade não seria necessária em substituição ao conceito de grupo ou de comportamento de risco. No sentido de validar essa afirmação, tem-se o depoimento de uma jovem que se infectou aos 18 anos:

“Eu sabia tudo sobre aids, como pegava, mas quando ele insistiu para que fosse sem camisinha, eu estava tão apaixonada por ele que concordei.”³³

Assim, além de a informação não ser suficiente, não é suficiente também a elaboração de campanhas específicas para grupos específicos, realizadas em contexto de crescimento de um ou de outro padrão epidemiológico. Porque, se assim fosse, ao privilegiar um tipo de discurso (para um tipo de sujeito), provocando descontinuidades, em outro momento, ao ser colocado de lado, poderiam novamente vir a crescer as

³³ Debate sobre o crescimento da aids entre jovens. Disponível em: www.estadao.com.br/editoriais. (01/08/01)

taxas de infecção entre estes sujeitos. Conforme Foucault (1996) argumenta:

“(...) se os acontecimentos discursivos devem ser tratados como séries homogêneas, mas descontínuas umas em relação às outras, que estatuto convém dar a esse descontínuo? Não se trata, bem entendido, nem da sucessão dos instantes do tempo, nem da pluralidade dos diversos sujeitos pensantes; trata-se de cesuras que rompem o instante e dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e de funções possíveis. *Tal descontinuidade golpeia e invalida as menores unidades tradicionalmente reconhecidas ou as mais facilmente contestadas: o instante e o sujeito. E, por debaixo deles, é preciso conceber entre essas séries descontínuas relações que não são da ordem da sucessão (ou da simultaneidade) em uma (ou várias) consciências; é preciso elaborar – fora das filosofias do sujeito e do tempo – uma teoria das sistematicidades descontínuas.*” (Foucault, 1996:58-59, *grifo nosso*).

Com esta argumentação de Foucault - sobre os acontecimentos discursivos como um mecanismo de cesuras que dispersam o sujeito e impedem a introdução da eventualidade, da casualidade como categorias na produção dos acontecimentos - pretendemos o questionamento das campanhas de prevenção sob a forma como vêm sendo elaboradas: contínuas ao longo da história porém descontínuas em relação ao sujeito. Não é viável supor que, apenas com informações direcionadas no tempo (carnaval, férias, festas, comemorações de luta) e no espaço (referido a grupos sociais), seja possível mudar o comportamento de jovens ou adultos que têm o sexo, o amor, a morte ou a intimidade como temas tabus – não só porque não se fale ou não se veja questões relacionadas diariamente, mas também porque a forma como são vistos ou tratados tais temas ou questões não contempla o sujeito que assiste, confortavelmente ou não, em sua poltrona, o espetáculo que o amortiza do próprio drama. Afinal, a banalização televisiva não garante a superação dos conflitos mais íntimos, sejam aqueles relacionados com o desempenho sexual, com o

modo de prevenção ou com a intimidade necessária para discutir tais temas.

O exemplo já citado das campanhas de prevenção desenvolvidas pelo Ministério da Saúde aponta este dilema que une o discurso a uma situação real, paradoxal e descontínua. A realidade por si mesma já é paradoxal, mas a descontinuidade que marca não só os discursos da prevenção como a própria realidade, demanda estratégias que vão além daquilo que é dito, mas que se expressem naquilo que é vivido cotidianamente. Se o comportamento individual e coletivo, o preconceito, a identidade e a solidariedade são categorias de análise fundamentais para a vulnerabilidade, é necessário o fortalecimento de mecanismos em nossa sociedade que possam promover tais comportamentos e sentimentos, como por exemplo as associações de bairros, os equipamentos sociais (como creches e clubes de lazer) e também programas educativos voltados para grupos específicos, desenvolvidos ou não por Organizações Não-Governamentais.

A implementação de campanhas contínuas de prevenção, ainda que sejam estas apenas de caráter informativo, é sem dúvida uma alternativa, mas não é a única nem a definitiva. Caso fosse, a epidemia estaria sob controle, pois a informação é um bem de consumo facilmente acessível (através dos meios de comunicação de massa, como por exemplo rádio e TV). O que não é comum é a elaboração de campanhas de prevenção que privilegiem não este ou aquele sujeito com um ou outro grau de vulnerabilidade, mas sujeitos que vivem, têm conflitos de prazer, vida e morte. Sujeitos enfim que amam.

Até porque, para todos nós, independente do grupo ou da situação vivida, o que significa risco? Será que adolescentes, mulheres, mães, donas-de-casa, ou pessoas com parceiro fixo podem determinar o risco que correm?

Em pesquisa interativa realizada na coluna “Sexo e Saúde”³⁴, cujo objetivo era o de obter a resposta para a questão: “Por que será que na hora ‘H’ a moçada vacila e opta por transar sem camisinha?”, um jovem adolescente respondeu da seguinte forma:

“Sempre transei com camisinha, mas, às vezes, ela parece vir em hora ruim dá uma quebrada na ação, principalmente se o casal não tem muita intimidade. (...) Hoje, mesmo com tudo que é dito, as pessoas ainda transam, aos montes, desprotegidas.

Acho que o principal problema é a falta de comunicação e maturidade na hora de transar. As pessoas se sentem muito pouco à vontade para falar sobre sexo. Frases como ‘deixa eu pegar a camisinha’ ou ‘você tem camisinha?’ ainda causam um desconforto que ambos querem evitar.

Após a transa, o casal também prefere, via de regra, evitar comentários a respeito. Meninas parecem ter um sentimento de culpa ligado ao ato de transar, então preferem fechar os olhos como uma forma de negação. Meninos têm uma carga muito grande nos ombros ligada à performance – se durou o tempo que ele acha necessário, se a menina gozou x vezes, etc. Ele evita falar a respeito por vergonha.”

Como tal depoimento demonstra, a dificuldade de prevenção não está neste ou naquele grupo considerado de risco, tampouco no comportamento de risco que se queira atribuir ou na percepção do grau de vulnerabilidade de cada um, mas perpassa à questões de valores que estes sujeitos atribuem a si e aos seus relacionamentos.

A intimidade é uma condição presente (ou não) tanto nos relacionamentos homossexuais quanto heterossexuais. Porém, na prevenção ela é fundamental, pois ela possibilita ao sujeito mostrar-se tal qual é, assumindo seus saberes, riscos e necessidade de negociação das medidas preventivas.

³⁴ Caderno *Folhateen*, Jornal Folha de São Paulo, 16/06/01;

A dificuldade de negociação das medidas preventivas não é atributo específico das mulheres. Porém, conforme os dados já citados neste mesmo capítulo nos mostram, vêm diminuindo a proporção, velozmente, dos casos notificados em relação aos homens.

A aids tem sido o tributo às relações desiguais de gênero. Estas desigualdades têm causado um silêncio sobre a sexualidade que, no caso das mulheres, é muito mais danosa. As representações sociais e os tabus são construídos de tal forma que homens e mulheres racionalizam o mesmo mundo de formas distintas.

Um exemplo de tais diferenças pode ser analisado a partir da pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS (Berquó,2000:99). Ao analisar a distribuição dos indivíduos sexualmente ativos (homens e mulheres =100%) segundo o uso de preservativos nas relações sexuais, do tipo “estável” (apenas um parceiro), “eventuais” (sem parceiro fixo) e “relação estável e eventuais” (neste caso, há mais de um parceiro), foram obtidos resultados significativamente diferentes no que diz respeito ao uso de preservativos neste universo (homens e mulheres). Vejamos os números:

Enquanto 22,4% dos homens que têm “relações estável e eventuais” usam preservativos, as mulheres que usam, no mesmo tipo de relação, correspondem a 29,4%. A diferença entre estes dois percentuais (7%), pode parecer pequena, mas corresponde a quase 1/3 a mais de mulheres que se previnem, comparados com o conjunto de homens que se previnem (22,4%).

Tais resultados podem ser indicativos de que homens e mulheres racionalizam de formas diferentes o uso de preservativos naquilo que entendem como “relações estável e eventuais”. Neste caso, as mulheres tendem a se proteger mais até que os homens. Para além das razões que

as levam a tal tendência, como por exemplo infecção por DSTs ou gravidez fora da família, Barbosa & Villela (1996) argumentam:

“Se partirmos do princípio de que a adoção de uma atitude preventiva frente à possibilidade de infecção pelo HIV depende da informação sobre esta possibilidade, da identificação dos riscos pessoais a que cada uma está exposta e da capacidade de proteção que cada uma desenvolve, temos que admitir uma equação bastante complexa e intermediada por fatores e magnitudes diferentes, que a cada mulher se apresenta de maneira particular, em função de sua biografia, de sua subjetividade, de sua inserção de classe.” (Barbosa & Villela, 1996:24-25)

Nossa cultura sexual tornou a diferença uma desigualdade. Criou uma hierarquia na qual se oculta a diferença entre o que é natural ou construído, justificando-a em si mesma, sem explicar o porquê daquilo que se atribui ao masculino ser mais valioso do que o atribuído ao feminino. A objetividade, o gosto pela aventura, o prazer e a impetuosidade são masculinos. A compreensão, a conciliação, a paciente espera e a sensibilidade são atributos femininos. Estes atributos, embora notadamente não sejam exclusivos de homens ou de mulheres no mundo contemporâneo – expressos pelo aumento de participação das mulheres no mercado de trabalho e nos graus de escolaridade superior – por outro lado ainda permanecem altos os índices de gravidez na adolescência, denotando uma certa dificuldade em romper com os modelos de abnegação e passividade, presentes na escolha pela maternidade na maioria dos casos.

De fato, muita coisa mudou. As possibilidades de experiência sexual feminina estão ampliadas mas não do mesmo modo e na mesma intensidade para todas. Segundo Barbosa & Villela (1996):

“(...)A virgindade, por exemplo, parece não ser mais tão importante como antigamente, tão divisor de águas entre a ‘boa moça’ e a ‘leviana’.

A negociação da camisinha tem demonstrado, entretanto, que os divisores não acabaram, são

outros. Uma mulher, ao conhecer um rapaz e se interessar por ele, não pode ter consigo uma camisinha, pois essa atitude implica disponibilidade sexual indiscriminada. 'Não era a mim que ela desejava, ela estava a fim de qualquer um.' Embora a mulher não necessite ser virgem, é de fundamental importância, ainda, que mantenha com o seu desejo uma relação de passividade, à espera da conquista/sedução masculina que despertaria esse desejo adormecido. Talvez algo parecido acontecesse na situação inversa: a proposta masculina de uso de condom significaria desvalorizar a amada. De qualquer forma, a leitura inversa dificilmente acontece: 'Eu estava aberta/o para uma história e eu encontrei e escolhi você, a quem valorizo e quero preservar, por isso estou prevenida/o.'" (Barbosa & Villela, 1996:25).

Ainda que a feminização da aids seja um fato, é fato também que os homens continuam contraindo o vírus e ambos podem usar preservativos (masculino ou feminino). Sendo assim, o ônus da prevenção não pode ser atribuído apenas às mulheres que não têm camisinha na bolsa para não demonstrar "disponibilidade sexual indiscriminada", nem aos homens que, ao dispor de preservativos, "desvalorizam a amada". Novas representações sociais, novos sentidos, novos valores devem ser percebidos em relação não somente ao preservativo, mas também ao distanciamento entre homens e mulheres, à ausência de intimidade, ao desejo e à vida dos sujeitos em geral.

1.3 - A EDUCAÇÃO COM VISTAS À PREVENÇÃO DA AIDS

As formações discursivas governamentais, sob a forma de campanhas informativas em torno da prevenção da aids, têm demonstrado uma preocupação, ainda que pontual, com relação à formação de um saber, adequando as mensagens aos públicos fragmentados que são alvo das campanhas.

Porém, a opção por campanhas fragmentadas voltadas para momentos específicos, como por exemplo no carnaval, quando há uma imagem associada ao sexo casual, reforça o estereótipo de que a aids tem uma relação direta com este tipo de comportamento sexual. Embora possam ter impactos significativos para aquele momento e para públicos diversificados, os discursos da prevenção só se tornam eficazes se adotados como hábitos cotidianos e, portanto, devem ser integrados com outras ações e iniciativas que pelo menos dêem contornos ao campo de negociação íntima que cada sujeito faz consigo mesmo quando decide (ou não) pelo cuidado de si, prevenindo-se da infecção pelo HIV.

O sujeito, para ter a habilidade de fazer negociações consigo mesmo ou com os outros, carece de uma educação que contemple esta habilidade, que não é um dado, nem é inerente ao sujeito, mas sim construída na própria relação, intermediada pelos discursos. Assim, para que deste campo de negociação resulte o cuidado de si, a educação para a prevenção deve promover a apropriação destes discursos.

Segundo Foucault,

“Sabe-se que a educação, embora seja, de direito, o instrumento graças ao qual todo indivíduo, em uma sociedade como a nossa, pode ter acesso a qualquer tipo de discurso, segue, em sua distribuição, no que permite e no que impede, as linhas que estão marcadas pelas oposições e lutas sociais. Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.” (Foucault, 1996:44)

Considerando a necessidade de que as ações de prevenção não se limitem às informações ou à construção de discursos restritos e pontuais no tempo e no espaço, tais como os discursos governamentais de combate à aids, é possível considerá-las como um processo educativo, no qual os dispositivos pedagógicos façam a mediação do sujeito consigo mesmo no

sentido de fabricar-se no interior de um discurso que o leve à necessidade do cuidado de si.

Foucault, em “História da Sexualidade III: o cuidado de si” (1985), procura demonstrar como as atividades prescritas como o cuidado de si, enquanto modo de se comportar, são práticas sociais que, ao longo da história, tomaram formas em estruturas mais ou menos institucionalizadas e que formam o princípio de uma “cultura de si”, cujo alcance é portanto diversificado e bastante geral.

O cuidado de si circula como um imperativo entre numerosas doutrinas e:

“(...) ele tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar às relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber.” (Foucault, 1985:50).

Assim, Foucault (1985:49pp) recupera da antiguidade grega algumas interpretações para o cuidado de si. Para o filósofo Sócrates do século IV a.c., o cuidado de si significava “ocupar-se de si próprio”, o que, segundo ele, era essencial para todos aqueles que queriam se iniciar na arte de governar. Posteriormente Sócrates se considerava um mensageiro, enviado por um deus, para lembrar aos homens que “eles devem cuidar não de suas riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma” (Foucault, 1985:50).

Para os estóicos – que nos anos 300 a.c., negavam o conflito entre espírito e matéria, acreditavam que a virtude é baseada no conhecimento e que a razão é quem governa a natureza – o cuidado de si adquiriu a dimensão de “voltar-se para si mesmo”.

Essa dimensão de “voltar-se para si mesmo” objetivava a posse de si próprio e incluía os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação das necessidades, as meditações, as leituras, as anotações que se toma em livros ou em conversações, as lembranças de verdades que já se sabe mas que convém se apropriar melhor e a comunicação com outrem. (Foucault, 1985:56-57).

Essa comunicação com outrem, enquanto uma prática social do cuidado de si, possibilitou uma outra dimensão presente em outro filósofo grego (Plutarco: 46-126 d.c.): a de que o cuidado de si envolvia o “cuidado com o outro”. Nesta dimensão houve a aproximação do cuidado de si com o pensamento e a prática médica, o que tornou o corpo objeto de intensa e particular atenção.

Esta particular atenção era atribuída ao fato de que o corpo possui fraquezas, e estas podem atingir a alma. Porém, esta dimensão que associa o cuidado de si à prática médica, favorece a preocupação com a alma e com a moral, no que Foucault (1985) complementa:

“Mas talvez haja algo mais importante: é a partir dessa aproximação (prática e teórica) entre medicina e moral, o convite feito para que se reconheça como doente ou ameaçado pela doença. A prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como um sujeito imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado, instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência.” (Foucault, 1985:62-63).

O cuidado de si, em sua dimensão que vem desde Plutarco e que atravessa a modernidade, ao afirmar a fraqueza do indivíduo e a necessidade de cuidados por si mesmo ou por “alguém que para isso tenha competência”, não é isenta de valores e não rompe com a ética tradicional do “domínio de si”, mas a desloca, a desvia, a coloca sob nova perspectiva

na qual o exame e o controle, feito através da “biopolítica”, remete o indivíduo à necessidade de se proteger e se manter abrigado pelo conjunto de instituições que assume este poder.

A biopolítica, segundo Foucault (2000:285pp), é um dos fenômenos fundamentais do século XIX, e se refere à “assunção da vida pelo poder” ou a “estatização do biológico”. Ela surge a reboque das tecnologias disciplinares do trabalho que se instalam já no final do século XVII e no decorrer do século XVIII, centradas no corpo individual – cujo objetivo era o de aumentar a força útil através do exercício, do treinamento – buscando uma racionalização e economia do poder através das técnicas de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações etc.

Foucault (2000:289) argumenta que nas tecnologias disciplinares dos séculos XVII e XVIII, temos “uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo de individualização”, em seguida, “temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante mas que é massificante (...), que se faz não em direção do homem-corpo, mas do homem-espécie.”

A tomada pelo poder do homem enquanto espécie, ou como “homens que não se resumem a corpos, mas que formam uma massa global” (Foucault,2000:289) possibilita à nova tecnologia regulamentadora (a biopolítica), o controle dos processos de conjunto que são próprios da vida, como a natalidade, a mortalidade e as morbidades.

Porém, a biopolítica como uma tecnologia reguladora, não exclui as tecnologias disciplinares, mas a incorpora e se incrusta efetivamente graças a elas:

“Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de

regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação.” (Foucault, 2000:294).

Para a consecução deste objetivo de equilíbrio e regularidade, o fenômeno da biopolítica vai introduzir não apenas as instituições de assistência (estas já eram pré-existentes ao século XIX), mas “ter mecanismos mais sutis, mais racionais, de seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade, etc.” (Foucault, 2000:291), baseados nas previsões, nas estimativas estatísticas, nas medições globais sobre a população, formando “a bio-regulamentação pelo Estado” (Foucault, 2000:298).

O Estado passa então a emanar o que é a norma, que tanto se aplica a um corpo quanto a uma população, formando assim a sociedade de normalização, onde se cruzam, se articulam disciplina e normalização.

Ao nosso ver, as políticas públicas – bem como suas práticas discursivas – são biopolíticas, pois são mecanismos reguladores que fixam um equilíbrio, médias sobre os fenômenos da população: políticas de saúde, de previdência, de educação, etc.

As políticas públicas abrigam e protegem os indivíduos. Elas, enquanto biopolítica, apropriam-se das fraquezas das massas de indivíduos e pressupõem a necessidade destas serem controladas e cuidadas. O cuidado de si, mesmo nas sociedades de normalização, ainda deve assegurar o domínio de si, porém só que o que ocorre na modernidade é que a ênfase recai na fraqueza do indivíduo, na fragilidade, na necessidade de se proteger e de se manter abrigado por estes mecanismos reguladores que são as políticas públicas, práticas discursivas biopolíticas.

Se a educação, conforme Foucault (1996:44), é uma “maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos”, é neste

campo político em que se deve buscar o cuidado de si voltado para as potencialidades do sujeito, e não de suas fraquezas, apontadas nos exames e nas avaliações que medem simplesmente a quantidade de saber apreendido.

A contribuição que a educação pode trazer aos indivíduos não é a aquisição de um “corpo de conhecimentos”, “algo exterior”, mas sim a “elaboração ou reelaboração de alguma forma reflexiva do sujeito consigo mesmo.” (Larrosa, 1994:36).

A educação – enquanto práticas discursivas, as quais “ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e difusão, em formas pedagógicas que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm” (Foucault, 1997b:12) – tem um papel fundamental na prevenção. A questão é que tipo de “esquemas de comportamento” quer se impor ou manter no que diz respeito à prevenção e quais os conjuntos técnicos e institucionais que dispomos para que o sujeito faça reflexões consigo mesmo.

Em nossa perspectiva de análise, a educação pode ser entendida como um processo centrado na pessoa, voltado para a humanização, para a instrumentalização e para a transcendência, valorizando o pensar crítico e criativo, construindo e transformando a subjetividade.

A subjetividade, segundo Foucault, é o modo pelo qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade em relação consigo mesmo. E, desta forma, segundo Larrosa, “Há um enlace entre ‘subjetividade’ e ‘experiência de si mesmo’. (...) O sujeito, sua história e sua constituição como objeto para si mesmo, seriam, então inseparáveis das tecnologias do eu.” (Larrosa, 1994:56).

As tecnologias do eu, ou técnicas de si, para Foucault:

“(...) são procedimentos que existem em toda civilização e que são prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em

função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si.” (1997b:109).

Foucault completa, em outro lugar (1990:48), que estas tecnologias do eu ou técnicas de si permitem ao indivíduo efetuar, por conta própria ou com a ajuda dos outros, um conjunto de operações sobre seu corpo, sua alma, seu pensamento ou conduta de forma a alcançar um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Larrosa (1994) acrescenta que a história do eu como sujeito, como autoconsciência, como ser-para-si, é a história das tecnologias que produzem a experiência de si, que é o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam o seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade.

As formas de subjetividade que constituem a experiência de si promovem um sujeito que, segundo Foucault (1985:70), tem acesso a si próprio e é, para si, um objeto de prazer: contenta-se com o que é, aceita-se a limitar-se a isso e tem prazer consigo mesmo.

Este conceito de experiência de si pode ser transportado para a prevenção, na medida em que é esta experiência, baseada nos discursos “verdadeiros” que o sujeito se oferece quando se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo.

Ainda seguindo a direção indicada por Foucault, captando o sentido que Larrosa lhe atribui, recuperamos aqui a idéia de que a educação não pode ser tomada como um mero espaço de possibilidades para o desenvolvimento ou a melhoria do autoconhecimento, da auto-estima, da autonomia, da autoconfiança, do autocontrole, da auto-regulação, etc., “mas como produzindo formas de experiência de si nas quais os indivíduos podem se tornar sujeitos de um modo particular” (Larrosa, 1994:57).

Parafraseando-o, temos que a prevenção da aids não pode ser tomada como dirigida ao autoconhecimento, como um mero espaço para o desenvolvimento do saber dos riscos ou da vulnerabilidade, mas como definindo de forma singular e normativa o que significa autoconhecimento enquanto experiência de si e como produzindo as relações reflexivas que tornam possível o sujeito que estabelece o cuidado de si, a prevenção.

O indivíduo cuja informação, criatividade e conhecimento estejam canalizados para a realização pessoal e coletiva, é um indivíduo capaz de agir em direção ao cuidado de si e do outro. Por outro lado, se a capacidade de agir está voltada para a acumulação de bens (sejam eles materiais ou afetivos), para a competição e para o individualismo – em conformidade com um sistema onde pessoas são consideradas a partir daquilo que elas consomem – o discurso da prevenção soa inadequado. Afinal, pessoas exitosas são aquelas que tudo têm (coisas e pessoas), ainda que para isto tenham que se afastar de seus valores, sentimentos e práticas seguras de saúde (refere-se aqui não só às práticas sexuais seguras, mas também, por exemplo ao tabagismo, ao “culto à magreza” ou mesmo à vida em excessos e sedentária, que podem gerar certas patologias, como por exemplo a hipertensão).

A lógica do mercado há muito vem configurando nosso modo de agir, coibindo nossa liberdade de ser:

“Deixamos de ser palhaços do rei e de Deus para nos transformar em palhaços do mercado. Com uma pequena vantagem - o mercado é mais diversificado que a Igreja ou a corte - da qual ainda não aprendemos a tirar um proveito de liberdade.”
(Kehl,1988:98)

O modo de agir voltado para a realização pessoal ou para a acumulação de bens, delimitado pela lógica do mercado capitalista, dificulta o entendimento do cuidado de si como uma escolha livre e

condiciona, tanto o cuidado de si como as escolhas, aos limites determinados pelo mercado.

A pós-modernidade inaugura o questionamento do progresso, das pretensões totalizantes, da autonomia e da soberania do sujeito moderno. Considerando a premissa foucaultiana – a de que o indivíduo exerce poder e que é também centro de transmissão, capaz de gerar resistências e, portanto, mudanças, - a educação voltada para a construção de um novo sistema ético, novas percepções e novos valores, é uma alternativa mais do que viável para contribuir na gestão e implementação da prevenção da aids.

Assim, cabe repensar o discurso da prevenção tendo em vista a dificuldade em se conter o número de infecções e a constante mudança vivida na sociedade da informação – onde a cada momento o indivíduo se constrói, se desconstrói e se reconstrói, sem contudo, em muitos casos, ter como prioridade a experiência de si e o poder que lhe constitui e o torna capaz de atitudes voltadas para a preservação e saúde.

O paradigma educacional emergente proposto por Moraes (1997:17-18) – o qual colabora para resgatar a visão de contexto, enfatizando a junção entre o indivíduo e o mundo em que vive e seus relacionamentos, promovendo seres independentes em um diálogo criativo do homem consigo mesmo – encontra-se numa sociedade onde cada vez mais as redes de conhecimento só se encontram disponíveis para indivíduos capazes de nelas operarem; indivíduos criativos que superem as limitações dos sistemas informacionais; indivíduos que afirmem sua identidade e assim possam contribuir para o processo globalizante em curso sem, contudo, deixar de agir localmente. O que complexifica a elucidação de subjetividades atuantes e problematiza de forma renovada o discurso sobre a prevenção no interior das ONGs, contribuindo para o fortalecimento destas cuja natureza é a de valorizar o agir local.

Neste novo paradigma educacional, a globalização enquanto processo de incorporação de diversas identidades que atuam localmente para participar do global, é a reverberação do discurso da globalização enquanto processo político econômico, fortemente implementado na segunda metade do século passado, em função dos avanços nos meios de comunicação e de gestão da produção. Desta forma, este processo atinge a educação como um regime de verdade no qual há a incorporação das diferenças para a constituição do global.

A globalização - entendida como processo político, econômico e cultural - pode não enfraquecer o governo local. Ela:

“(...) cria novas demandas e novas possibilidades para regeneração de identidades locais. A recente e abrupta intensificação do nacionalismo escocês no Reino Unido não deveria ser visto como um exemplo isolado. É uma reação aos mesmos processos estruturais em ação em outros lugares, como no Quebec ou na Catalunha. Nacionalismos locais não são inevitavelmente fragmentadores. O Quebec pode optar por se emancipar do Canadá, como a Escócia pode se tornar independente do Reino Unido. Alternativamente, um e outro podem seguir a rota catalã, permanecendo parte semi-autônomas de uma entidade nacional mais ampla.” (Giddens, 1999:42).

A constituição de “novas demandas e novas possibilidades para a regeneração de identidades locais”, vista nesta citação, pode ser resultado de ações tanto de corporações empresariais como de Estados, a globalização altera consideravelmente o poder governamental, econômico e cultural sobre seus cidadãos e sobre a arena externa. As nações só serão capazes de manipular esses poderes em ativa colaboração umas com as outras, com suas próprias localidades e regiões, e com grupos e associações transnacionais. Assim, o Governo passa a ser menos identificado com um governo nacional e abrangente, e mais com a “governança”, um conceito relevante para designar algumas formas de

capacidades administrativas ou reguladoras. Neste contexto, as organizações transnacionais ou não-governamentais contribuem para a governação (Giddens,1999:43).

Se a existência de poderes difusos sob a forma de organizações transnacionais ou não governamentais contribuem para a governação, o que se questiona não é propriamente esses poderes nem as instituições governamentais ou não, mas o projeto político que as informa, que as orienta. No caso da educação,

“Estamos atualmente presenciando um processo amplo de redefinição global das esferas social, política e pessoal, no qual complexos e eficazes mecanismos de significação e representação são utilizados para criar e recriar um clima favorável à visão social e política neoliberal.

(...) Nesse processo, tendem a ser suprimidas categorias e conceitos com os quais tendíamos a encarar a educação institucionalizada – justiça, igualdade -, deslocados em favor de outras categorias e conceitos – mercado, consumidor, qualidade total. Como resultado, temos uma nova ‘realidade’ lingüisticamente definida, que, ao reprimir e tornar impossível qualquer forma alternativa de pensar e dizer, nos aprisiona na única forma que parece possível.” (Silva, 1996:246-247)

A globalização, assim como a mudança na perspectiva de um Estado menos voltado para o bem-estar e mais para a afirmação neoliberal nas práticas sócio-políticas, assim como outros fatores já discutidos por outros autores³⁵, trazem a possibilidade de novos atores políticos entrarem em cena, assumindo particularmente importância analítica as ONGs.

Ainda que para alguns autores a grande maioria das ONGs tem desempenhado o papel de auxiliares na aplicação do neoliberalismo,

³⁵ Ver por exemplo, Cristina Câmara & Ronaldo M. Lima: “Histórico das ONGs/aids e sua contribuição no campo das lutas sociais”. In: Direitos Humanos, cidadania e aids. Cadernos da ABONG, n° 28.

desprofissionalizando e desinstitucionalizando os serviços sociais, “(...) tornando-os precários e incertos, oferecidos mais como filantropia pública que estigmatiza a população usuária do que como direitos sociais” (Boito,1999:84), as ONGs têm se mostrado como agentes atuantes face à dificuldade de o Estado em contemplar as diferenças, as nuances e as dinâmicas que envolvem, no nosso caso específico, a prevenção da aids. Cabe, no entanto, analisar em que medida estas ONGs têm trazido à tona um discurso autêntico e independente do Estado.

Ressaltamos ainda que seria ingenuidade, não só teórica mas também prática, supor que o papel da globalização é somente político ou econômico, pois:

“Ela está mudando a vida do dia-a-dia. (...) Ela é mais que o mero pano de fundo para políticas contemporâneas: tomada como um todo, a globalização está transformando as instituições das sociedades em que vivemos. É com certeza diretamente relevante para a ascensão do ‘novo individualismo’ que figurou com tanto destaque em debates socialdemocráticos.” (Giddens,1999:43).

O “novo individualismo” sugere, segundo Giddens, a preocupação das pessoas em planejar-se, compreender-se, projetar-se a si mesmas como indivíduos, afastando-se da tradição e do costume. Uma explicação possível apontada pelo autor para este fato está relacionada com o *Welfare state*, onde a maior parte dos direitos e garantias é atribuída a indivíduos e não as famílias e, em muitos casos, pressupõe o emprego. O emprego pressupõe educação e ambos pressupõem mobilidade. Esta idéia de mobilidade aqui é a de oposição à tradição e aos costumes, que é muito mais decorrência do processo de globalização como um todo (econômico, político e cultural) do que propriamente influência estrita do mercado.

Considerando o pressuposto neoliberal de apelo à razão sob a forma de um individualismo que privilegia o sujeito racional, cognoscente, como a fonte de todo conhecimento, significação, autoridade moral e ação (em

oposição à tradição e aos costumes), a suposição é de que o comportamento individual é auto-interessado.

Assim, há uma narrativa política mestra de individualismo para legitimar uma forma extrema de racionalismo econômico, no qual as pessoas agem e deveriam ser tratadas como maximizadores racionais, auto-interessadas na construção de vantagens competitivas - pessoais e políticas - coadunando-se com a economia livre e globalizada.

A implicação desta perspectiva individualista, resultado da ideologia capitalista - pautada no racionalismo econômico, na mobilidade e na liberdade - no que diz respeito à prevenção da aids, leva a uma falsa idéia de que é possível viver a sexualidade recreativa sem riscos. Em tempos de aids, isto se torna cada vez mais difícil, pois, conforme aponta Sontag (1989):

“Há todo um conjunto de mensagens enviadas por nossa sociedade, cujo teor é: consuma; cresça; faça o que quiser; divirta-se. O próprio funcionamento do sistema econômico, que tornou possíveis essas liberdades sem precedentes, cujas formas mais preciosas são a mobilidade física e a prosperidade material, exige que as pessoas sejam estimuladas a desafiar os limites. O apetite tem de ser imoderado. A ideologia do capitalismo faz com que todos nós nos tornemos peritos em liberdade - na expansão ilimitada das possibilidades.” (Sontag, 1989:91)

Sontag (1989) complementa ainda que a sexualidade recreativa sem riscos, longe de ser uma invenção da subcultura homossexual masculina, é uma reinvenção inevitável da cultura do capitalismo e garantida pelo reforço pretencioso da medicina, de que tudo pode curar.

Assim, o Estado Capitalista, sob a égide do neoliberalismo e das suas instituições (jurídicas, médicas, escolares), oferece as condições perfeitas para estender a “racionalidade do mercado a domínios não exclusivamente ou não prioritariamente econômicos” (Foucault, 1997b:96),

como o comportamento dos indivíduos, constituindo assim a “biopolítica” como forma de racionalizar os problemas propostos à prática governamental, no que diz respeito à população: saúde, higiene, natalidade, raças.

O poder capitalista, paradoxalmente, ao invés de anular, descaracterizar e massificar uma individualidade anteriormente dotada de desejos, comportamentos, hábitos e necessidades, lança mão de um quadro disciplinar para “fabricar” um tipo de indivíduo que se quer controlar, e este emerge como alvo do poder: “Em suma, o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado, é um de seus mais importantes efeitos” (Machado, 1979:22).

Este paradoxo em relação ao indivíduo, embora presente já na origem das teorias liberais capitalistas, está intimamente relacionado com o que Peters (1994), denominou de “paradoxo do Estado neoliberal”, o qual consiste:

“(...) no fato de que embora o neoliberalismo possa ser considerado como uma doutrina que prega o Estado autolimitador, o Estado tem-se tornado mais ‘poderoso’ sob as políticas neoliberais de mercado. (...) Embora as políticas neoliberais de privatização dos recursos estatais e de comercialização da esfera pública possam ter levado a um estado mínimo ou, ao menos, a uma ‘diminuição’ significativa, o Estado tem retido seu poder institucional através de uma nova forma de individualização, na qual os seres humanos transformam-se em sujeitos do mercado, sob o signo do *Homo economicus*. Esta é a base para compreender o ‘governo dos indivíduos’ na educação como uma técnica ou forma de poder que é promovida através da adoção de formas de mercado.” (Peters, 1994:213)

A compreensão desses paradoxos tanto no nível do indivíduo como no nível de um determinado tipo de Governo (neoliberal) – paradoxos estes

que se entrecruzam e se completam, construindo a conduta contemporânea, delimitando as formas de atuação e de experiência de si, mediadas ou não pela educação ou ainda pelos quadros institucionais e disciplinares presentes desde a modernidade – passa pela noção de “governabilidade” (Foucault, 1979). Nela, o poder é compreendido em seu sentido mais amplo, como a estruturação do campo possível da ação de outras pessoas.

A governabilidade sob a égide do neoliberalismo, significa a estruturação de um campo onde o Estado, ainda que mínimo em algumas áreas, colabora com a produção de um indivíduo voltado para o mercado, o *Homo economicus*. Este, por sua vez, tem seu campo estruturado segundo a falsa idéia de mobilidade e de liberdade, condicionado que é pelos dispositivos e técnicas presentes. Neste processo, a educação pode ter o papel de falsear a idéia de “governo dos indivíduos” o qual estaria, de fato, a serviço do mercado.

Nem a globalização (seja da economia, da cultura ou dos Estados), nem um “novo individualismo” (no qual há a preocupação em planejar-se ou compreender-se, afastando-se da tradição (Giddens, 1999:43)), garante condutas voltadas para a coletividade ou para a solidariedade. Não é o Estado ou a tradição quem propicia a aceitação ativa das responsabilidades pelas conseqüências do que fazemos e dos hábitos e de estilo de vida que adotamos. Ou, como propõe Larrosa (1994):

“Porque a idéia do que é uma pessoa, ou um eu, ou um sujeito, é histórica e culturalmente contingente, embora a nós, nativos de uma determinada cultura e nela constituídos, nos pareça evidente e quase ‘natural’ esse modo tão ‘peculiar’ de entendermos a nós mesmos.

(...) Ademais, o que é histórica e culturalmente contingente não é apenas nossa concepção do que é uma pessoa humana, mas também, e sobretudo, nosso modo de nos comportar. Ou se quiser, nosso modo de ser ‘homens’.” (Larrosa, 1994:40-41).

Sendo assim, a educação para a prevenção da aids deve considerar o caráter histórico e cultural do sujeito e também dos próprios saberes sobre este e sobre a epidemia, conforme foi possível observar com relação aos discursos da prevenção (na primeira seção deste capítulo).

Na história cultural da doença, identificamos discursos de prevenção voltados para sujeitos com diferentes características comportamentais e, portanto, culturais, definidas como grupos de risco, comportamento de risco e, mais recentemente, com graus de vulnerabilidade. Porém, o que havia de comum nesses discursos, era a “prática sexual segura”, entendida como sinônimo de uso de preservativos.

Entretanto, é sabido que não basta a informação de como utilizar corretamente os preservativos para que haja, de fato, adoção de práticas de prevenção. Até porque,

“ (...) ser um sujeito significa ter dominado uma conduta particular de vida; não é algo que todos os indivíduos persigam em todas as épocas ou com igual intensidade. De forma mais importante, isto continua a ser o feito distintivo da esfera especial da autocultivação estética e não a fundação de todas as outras esferas nas quais a vida social é conduzida, através de outros meios, em direção a outros fins. (...) *Se por agência compreendemos as capacidades humanas para o pensamento e a ação*, então, dada a irredutível positividade, variedade e dispersão das tecnologias de existência e condutas de vida através das quais essas capacidades são formadas, não é plausível supor que agência tenha uma forma geral; é ainda menos plausível identificar esta forma geral com aquela conduta ocidental que chamamos de formação do sujeito.” (Hunter, 2000:153-154, grifo nosso).

A agência sobre o uso de preservativos não garante seu uso. Os preservativos masculinos, embora só recentemente tenham sido intensamente divulgados, já fazem parte do cotidiano apesar dos custos (de prazer e financeiros). As indústrias têm procurado enfatizar que eles

podem melhorar a qualidade de vida (até mesmo a vida sexual), de tal forma que há um movimento do capital para cada vez mais atender parte dos desejos e aumentar o prazer, inovando os preservativos masculinos em relação ao, sabor, cor, lubrificação e a textura enrugada (para aumentar a possibilidade de contato).

Embora a tecnologia deva estar a serviço do sujeito, e se esta proporcionar mais prazer tanto melhor, é preciso considerar que, ao torná-lo (sujeito e o seu desejo/prazer) dependente da tecnologia, produz um afastamento da memória do corpo, limita-o às escolhas do mercado (sabor, odor, textura). Enfim, o desejo/prazer do sujeito é transformado em mercadoria – ampliando o campo de reprodução do capital, produzindo a alienação e o estranhamento do sujeito em relação ao que lhe é mais natural: sua sexualidade, seu desejo, seu prazer, sua vida – o que, em última análise, deve ser preservada.

Se é fato esse processo de estranhamento e que há entre as pessoas forte resistência ao uso de preservativos – nas adultas por ausência de tradição; nas jovens, por impulso, prepotência, ou ingenuidade – como supor que estes apetrechos, ainda que sejam a única alternativa e que haja inovações tecnológicas para aumentar o prazer, venham nos salvar da epidemia?

Assim, questionamos a existência de elementos invariantes e essenciais ao fenômeno, do qual o sujeito não passa impune, como por exemplo o uso de preservativos. Captura-se um movimento no qual estes elementos são o resultado da concepção de sujeito, de educação, de ciência, de instituição e de doença possível em cada momento histórico e social.

No próximo capítulo, pretendemos problematizar a contribuição das ONGs/aids para o enfrentamento deste fenômeno.

CAPÍTULO 2: O FENÔMENO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS DE AIDS: AS ONGs/AIDS.

2.1 – AS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS:

As ONGs estão inseridas num fenômeno social mais amplo, que é o do Terceiro Setor. Os outros dois setores seriam: O primeiro o Estado e o segundo o Mercado. Observamos que não há equivalência entre estes três setores, tão pouco uma ordem hierárquica que assim os classifique e que coloque a preponderância do Estado sobre o Mercado.

O termo “Terceiro”³⁶ tem sido usado para expressar tendências da sociedade na busca de caminhos alternativos, de novos modelos que pudessem apontar saídas para um novo – e terceiro milênio – que fosse menos permeado de crises e extremos.

Podemos citar a “Terceira Onda”, conceituada por Alvin Toffler, como a terceira grande modificação na história da humanidade, preconizada pela Revolução Agrícola e pela Revolução Industrial. Nela, as mudanças são resultantes do desenvolvimento das tecnologias no campo da informação. Corresponde ao fenômeno de preponderância do conhecimento e da informação, como forma de dominação e controle numa sociedade dita informacional e relacional.

Há também a “Terceira Via”, expressão que enfatiza a existência de uma alternativa entre o Socialismo e o Capitalismo, culminando na possibilidade política de um Estado que se aproxima do mercado de forma a humanizar o Capitalismo.

No que diz respeito ao “Terceiro Setor”, podemos dizer que:

³⁶ A análise do termo que utilizaremos a seguir teve como base as pesquisas da Prof^a Maria da Glória Gohn (Unicamp/FE).

“...é composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil.” (Fernandes, R.C., 1997:25 e 1994, *passim*).

A construção deste fenômeno mundial traz em si resquícios de diferentes lugares. Dos Estados Unidos herdou a primeira característica “sem fins lucrativos”, significando um tipo de instituição cujos benefícios não podem ser distribuídos entre seus diretores e associados; a segunda, “organizações voluntárias”, complementa a primeira, já que não disponibiliza o lucro e, como se supõe, não tem a marca do governo e inscreve suas atividades como resultado de adesões e contribuições voluntárias.

Dos ingleses traz a marca da caridade, enfatizando o aspecto da doação (de si, para o outro) – o que caracteriza boa parte das relações idealizadas neste campo, assim como a terceira noção, a de “filantropia”, que corresponde ao contraponto moderno e humanista à caridade religiosa. E finalmente, a idéia de “mecenato”, remontando à Renascença e fazendo lembrar o prestígio derivado do apoio generoso às artes e às ciências.

Observa-se que o conceito de Terceiro Setor é abrangente. Conforme Cardoso (1997):

“ O Terceiro Setor, por sua vez, é um campo marcado por uma irreduzível diversidade de atores e formas de organização. Na década de 80 foram as ONGs que, articulando recursos e experiências na base da sociedade, ganharam visibilidade enquanto novos espaços de participação cidadã. Hoje percebemos que o Conceito de Terceiro Setor é bem

mais abrangente. Inclui o amplo espectro das instituições filantrópicas dedicadas à prestação de serviços na área de saúde, educação e bem-estar social. Compreende também as organizações voltadas para a defesa dos direitos de grupos específicos da população, como as mulheres, negros e povos indígenas, ou de proteção ao meio ambiente, promoção do esporte, da cultura e do lazer. Engloba as múltiplas experiências do trabalho voluntário, pelas quais os cidadãos exprimem sua solidariedade através da doação de tempo, trabalho e talento para causas sociais. Mais recentemente temos observado o crescimento da filantropia empresarial, pelo qual as empresas concretizam sua responsabilidade e compromisso com a melhoria da comunidade.” (Cardoso, 1997:8).

Neste campo que corresponde ao Terceiro Setor, surgem as Organizações Não-Governamentais³⁷ que, no Brasil, entram em cena na década 70, face à perda dos direitos no governo ditatorial, e crescem vertiginosamente a partir dos anos 80.

Particularmente no Brasil o fenômeno Terceiro Setor ficou marcado por sua característica “não-governamental”, conforme nomenclatura de representação nas Organizações das Nações Unidas (ONU). Chamou-se assim às organizações internacionais da Europa Continental que, embora não representassem governos, pareciam significativas o bastante para justificar sua presença na ONU. Um exemplo a ser citado é a Organização Internacional do Trabalho. Essas Organizações, estimuladas pela ONU nas décadas de 1960 e 1970, cresceram na Europa Ocidental para promover ações de desenvolvimento no Terceiro Mundo. Este movimento acabou por fomentar o surgimento de Organizações Não-Governamentais em países do hemisfério sul (Fernandes R.C., 1997:26).

³⁷ Embora nossa compreensão seja a de que Terceiro Setor é um fenômeno social que não se limita ao fenômeno das ONG, sendo mais amplo, a análise aqui realizada não distingue um do outro, a menos que tal equivalência implique em desvios conceituais graves.

Tendo como característica geral uma natureza não governamental, o termo “ONG” no Brasil está mais associado a um tipo particular de organização. Sua origem no período autoritário (década de 70) e seu horizonte internacionalizado numa época de exacerbação dos embates ideológicos globais, resultaram numa ênfase na dimensão política das ações, aproximando-as do discurso e da agenda das esquerdas.

Em termos práticos, significa dizer que as ONGs tomaram para si, em seu contexto de origem de restrições à democracia, a preocupação com as políticas públicas (ou ausência delas) face ao Estado cada vez mais distante das preocupações com os direitos sociais, com a equidade, com a justiça social e com a relação com a sociedade civil.

Thompson (1997) – ao pesquisar o fenômeno das ONGs em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil – identificou algumas características comuns nestes países, dado que estes apresentavam políticas autoritárias semelhantes. Para este autor, as ONGs representavam formas de ação política que se opunham ao autoritarismo; destinavam-se a favorecer a participação dos “excluídos”, dotadas de forte identificação com os setores populares; eram totalmente autônomas em relação ao Estado; e faziam política em estreita vinculação com os movimentos sociais emergentes, como os da mulher, de associações de bairro, de direitos humanos, ecologia, etc.

Nos anos 80, com o desenvolvimento dos processos de democratização, nos quais as ONGs tiveram um papel de destaque, há uma mudança em suas ações: de um caráter político ideológico, passam a ter um caráter mais funcional, face às políticas regressivas em relação às populações mais pobres, com ajustes econômicos, redução de programas sociais, aumento de desemprego e inflação nesses países (Thompson, 1997:44).

Essa mudança no caráter das ONGs nos anos 80, embora tenha de positivo a prevalência da democracia, por outro lado representa a submissão dos cidadãos e das comunidades ao mercado e a economia mundial. Se a economia vai bem, a previsão é de que haja um futuro feliz, mas se é a inflação que cresce, isto significa uma catástrofe: “o desenvolvimento humano é secundário, diante dos dados da macroeconomia.” (Tompson,1997:45).

As ONGs passam a funcionar como instituições que aliviam os problemas decorrentes do mercado, como a pobreza e os problemas sociais. Neste sentido, elas têm um potencial papel funcional na economia:

“Para o Banco Mundial e outras instituições multilaterais, o Terceiro Setor, tendo à frente as ONGs, tem um importante papel *executor* de políticas sociais, articulado e complementar à ação do Estado. Na sua avaliação, estas instituições sem fins lucrativos estão mais enraizadas na sociedade e chegam a ter uma *capilaridade* que o Estado não pode ter, são *eficientes*, *baratas*, não desperdiçam recursos com a burocracia, não são corruptas, apresentam resultados muito mais significativos que a ação do Estado.” (Caccia Bava, 2000:53. Grifo nosso).

Ao nosso ver, embora seja a “capilaridade” uma característica positiva das ONGs – visto que corresponde à aproximação entre os programas voltados para grupos sociais muitas vezes marginalizados do ponto de vista sócio-cultural – esta característica não deve ser tomada como mote para o Estado se desobrigar de suas responsabilidades para com os grupos específicos que formam a população em geral.

Da mesma forma, considerar o papel das ONGs sugerido pelo Banco Mundial, como o de executoras de políticas sociais, desobriga o Estado com os custos desta execução, visto que os investimentos com os recursos

humanos ou não existem porque parte deste trabalho é voluntário, ou passam para o Terceiro Setor³⁸.

Além disso, supor novas formas de institucionalização e ação distintas do Estado não garante que elas não possam vir a ser também burocratizadas e corruptas.

Essas instituições multilaterais, como o Banco Mundial, embora por uma causa nobre, qual seja a “de levar a cabo” algumas políticas sociais, definem funcionalmente as ONGs e passam ao largo de uma definição político-ideológica capaz de promover mudanças e interlocuções. Ao contrário, como aponta Caccia Bava (2000), os Estados que submetem essas entidades ao papel de meros executores de políticas,

“... Sacrificam um dos elementos fundamentais que lhes atribui legitimidade e capacidade efetiva de articular soluções inovadoras em sua atuação no campo das políticas sociais. Sacrificam sua autonomia. Sacrificam sua independência enquanto organismos criados pela sociedade civil para a *defesa e ampliação dos direitos de cidadania*.” (Caccia Bava, 2000:53. Grifo nosso).

A importância do Terceiro Setor e das ONGs na construção de uma sociedade mais justa – proporcionando visibilidade às mazelas que o Estado insiste em não ver, em não resolver e aproximando-se de todos os segmentos sociais; ampliando a cidadania – levam à problematização do que seria a identidade das ONGs. Afinal, seriam elas, por excelência, capazes de se aproximarem dos cidadãos e suas dificuldades, dada a sua “capilaridade”? Seriam aquelas capazes de mobilizar, estrategicamente, os mais diversos setores da sociedade para minimizar suas mazelas?

³⁸ No caso do Terceiro Setor a contratação ocorre como nas entidades privadas. O que muda é a atividade fim que é pública. No Brasil, em 1991, este Setor já empregava um milhão de pessoas, o que correspondia a terceira maior categoria na geração de empregos no país (Fernandes, R.C., 1997:27).

Estariam elas, então, sempre a reboque dos problemas sociais, esperando que eles ocorram para então atuar?

A construção da identidade de uma ONG passa pelo radical “não”, como negação do Estado e do mercado. Quando se coloca como entidade necessariamente sem fins lucrativos, remete com nitidez a idéia de “privado com funções públicas” (Fernades R.C.,1994:65), de atendimento das necessidades de populações. Porém é uma identidade que se constrói pela ausência, e não pela presença de elementos constitutivos.

As controvérsias em relação à identidade das ONGs puderam ser expressas no seminário “Sociedade e Reforma do Estado”³⁹. O cientista político Ricardo Neder, da Unicamp, ressalta a necessidade de as ONGs terem requisitos como transparência e qualidade nas intervenções, além de contemplar os interesses coletivos. Por outro lado, Horácio Piva, empresário, destaca a responsabilidade da sociedade e do Estado para o fortalecimento das mesmas. Neste debate, observa-se, direta ou indiretamente, um contraponto ora com o Estado, quando chama atenção para o coletivo, para a transparência, para a legitimidade; ora com o mercado, quando pontuam a qualidade.

Este contraponto se faz dado que, grande parte do financiamento deste setor vem ou do Primeiro Setor (Estado), ou do Segundo Setor (mercado). Trata-se de uma vinculação difícil de ser rompida, porque coloca mais uma vez a definição de papéis e a identidade construída a partir de outras entidades e do dilema da geração de recursos.

A aproximação junto a esses Setores (Estado e mercado), na opinião de Rebecca Raposo⁴⁰, não comprometeria a identidade e a independência

³⁹ Realizado em março de 1998, sob o patrocínio do Conselho de Reforma do Estado e do Pnud (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, São Paulo/SP. Conforme Artigo publicado na FOLHA DE SÃO PAULO, 28/03/1998, caderno Brasil).

⁴⁰ Diretora Executiva do GIFE (Grupo de Institutos, Fundações e Empresas), em entrevista à RETS (Revista do Terceiro Setor), disponível em: <<http://www.rets.org.br>> [consulta: 08/04/99].

das ONGs. No que diz respeito ao Estado, elas estão complementando a sua ação, portanto nada mais justo que utilizarem seus recursos. Com relação à Empresa, esta deve fomentar as ONGs para que estas não sejam concorrentes na geração de lucros. O excedente de capital deve ser reinvestido na melhoria dos serviços prestados à população, pois a preocupação das ONGs deve ser com as causas ou, como preferem os profissionais de marketing, com a sua missão.

Além do financiamento, da geração de recursos para “banciar” o trabalho das ONGs, a questão da identidade passa pela afirmação, nas palavras tanto de Ricardo Neder como também de Rebecca Raposo, por valores como a legitimidade e transparência. Porém, tais valores são imprescindíveis a qualquer instituição. A legitimidade estaria em incorporar a função tutelar de resolver os problemas da população? E a transparência não estaria sendo valorizada apenas porque sentimos sua falta nos modelos estatais e empresariais que conhecemos tradicionalmente no Brasil? Fato é que, independentemente do caráter institucional, o que poderia fazer diferença é o sujeito para qual as instituições se voltam.

Thompson (1997), ao analisar os caminhos do Terceiro Setor na América Latina, conclui:

“Portanto, não podemos dizer que o papel do ‘Terceiro Setor’ seja este ou aquele. É, em si mesmo, um campo onde se produz um choque de valores e tendências, dinâmico e mutável. É difícil afirmar que existe um interesse comum, ainda que existam vários pontos e trajetórias históricas em comum.” (Thompson:1997:45).

Embora seja difícil delinear um interesse comum para o Terceiro Setor, Thompson (1997) aponta a vocação deste Setor em colocar a “pessoa” no centro do cenário social. Para este autor:

“O grande desafio é ver como, a partir do social, o mercado pode ser reinventado, para que

satisfaça às necessidades de bens e serviços da maioria da população, e não de uma minoria. E também como se pode reinventar o Estado enquanto extensão de um contrato social que reflita essa relação, onde as *pessoas* estejam no centro das preocupações políticas.” (Thompson, 1997:45. Grifo nosso).

Ainda que Thompson tenha apontado a importância da “pessoa” para este Setor, ao apontar os desafios, observamos que ele não a coloca como agente privilegiado para esta mudança. Mais ainda, torna-se ambíguo ao enfatizar a dificuldade de estabelecer papéis e, em seguida, apontar estes desafios como papel do Terceiro Setor.

“Os elementos estão dados para que o ‘Terceiro Setor’ possa cumprir esse *papel*, que vai muito além da soma de projetos e de ações particulares. Estes elementos são os que dão um caráter diferente às organizações da sociedade civil e sobre os quais é preciso afirmar-se e desenvolver-se. A transparência (ou accountability) nas finanças e na ação, diante de uma vasta corrupção que penetra na maioria das instituições; o interesse e a defesa dos interesses comuns da sociedade, do público, diante de uma cada vez mais exacerbada cultura do privado, do individual; o voluntariado, a solidariedade e a filantropia, como expressões de uma nova cultura que enfatiza ‘dar’ tempo, recursos e talentos para o bem dos demais, acima das práticas cada vez mais obscenas de apropriação ilegítima e do egoísmo; a cidadania participativa e responsável ante a exclusão política e social. Enfim, elementos de uma nova ética, na qual o direito das pessoas à uma vida digna tenha preponderância sobre as coisas materiais, o poder e o dinheiro.” (Thompson, 1997:48. Grifo nosso).

Embora Thompson (1997) afirme que o Terceiro Setor estaria pleno de elementos para as “reinvenções”, atentamos para o fato de que ele não oferece pistas de como estes elementos podem ser apropriados pela

“pessoa”, fundando uma “nova ética” para que as mudanças sejam efetivas.

Para problematizar o que seriam as mudanças efetivas, baseadas numa “nova ética”, recorreremos a uma experiência concreta, no âmbito do Terceiro Setor, que vem ocorrendo desde 1993 no Brasil: a “Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida”, protagonizada por Herbert de Souza (Betinho). Além da distribuição de toneladas de alimentos para a população mais empobrecida, provocou uma experiência de solidariedade de âmbito nacional e, trouxe a fome e a pobreza para a agenda do governo, através da criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar.

A citação de tal ação se deve ao fato de que, além de sua visibilidade⁴¹ e duração⁴², esta demonstra uma identidade possível para as ONGs, qual seja a de implementar ações junto ao governo, gerando novas demandas que o Estado deve atender não só por serem necessárias, mas porque existem organismos capazes de serem porta-vozes.

Ainda que esta ação não tenha dado cabo ao problema da fome e da pobreza no Brasil, Betinho nos ensinou o “Como Fazer”, como mobilizar desde funcionários públicos, empresários, parlamentares, até os meios de comunicação, sindicatos e igrejas. Mais ainda, mostrou a importância da criação de uma “cultura” que não se limita ao despertar da “solidariedade” da população, mas que constrói sujeitos que, imbuídos de valores, de uma “nova ética”, sinalizam mudanças.

Esta experiência revela o caráter fundamental das ações institucionais que se pretendem eficazes: o de “duplo condicionamento”

⁴¹ Segundo pesquisa nacional do IBOPE realizada em 1994, 64% dos entrevistados conheciam a Campanha contra a fome (...) 30% já havia participado ou contribuído de alguma forma. Conforme Caccia Bava (2000:55).

⁴² Após a morte de Betinho, seu filho Daniel, continuou dando provas de que a solidariedade pode superar a condição de modismo.

(Foucault:1997a), na medida em que, para resolver um problema da sociedade, se alimenta da necessidade da população em ser solidária, em construir uma “nova ética”.

Pequenas mudanças de atitude em relação aos problemas de uma sociedade (fome e pobreza, materializadas na doação de alimentos, por exemplo), que explicitam a necessidade de políticas sociais menos injustas, expressando a cultura da solidariedade que deve servir como substrato para as políticas e planos governamentais de uma nação, e não como sucedâneo.

No Brasil, a construção das políticas públicas como resultado da atuação da sociedade civil é um fenômeno recente. A década de 1980 no Brasil é marcada pela saída de um regime militar que durou quase 20 anos e que deixou marcas profundas na sociedade civil e nas suas instituições fundamentais: a saúde, a educação e os movimentos de articulação do social que as constroem.

O regime da ditadura brasileira levou, entre outras, a precariedade dos direitos dos cidadãos. Como resultado, os movimentos sociais que daí emergiram nas décadas de 1970 e 1980, trouxeram a idéia do “direito a ter direitos” e, principalmente, a noção de cidadania diante de um Estado incapaz de dar respostas e soluções adequadas aos problemas básicos da sociedade.

2.2 - O CONTEXTO DISCURSIVO DE ATUAÇÃO DAS ONGs/AIDS

Com o diagnóstico dos primeiros casos de aids no início dos anos 80 no Brasil, surgem as primeiras ONGs/Aids como resposta social à epidemia, como um movimento da sociedade civil de solidariedade, assistência e prevenção diante de uma epidemia complexa e violenta que se alastrou rapidamente (Haddad,1991:*passim*).

A necessidade de uma intervenção imediata trouxe uma diversidade de movimentos não-governamentais. Tal diversidade leva, conforme Galvão (1997, *passim*) a uma imprecisão do termo ONGs/Aids, no sentido de que o termo compreende tanto as organizações dedicadas à intervenção quanto à prevenção ou direitos do portador. Além disso, não existia como ainda não existe, um “movimento de AIDS” fora das ONGs/Aids. Porém o que há de comum para esta análise é que são entidades fundadas para se dedicarem exclusivamente aos aspectos relacionados à aids. Afinal, vinte anos depois da epidemia chegar ao Brasil, continua sendo um grande desafio.

Esse movimento rapidamente assumiu a dimensão ética, de responsabilidade e de solidariedade; e a dimensão política, de universalização de direitos, transparência no uso de recursos, controle social da ação pública, participação ativa, democratização do poder e inclusão social.

Inicialmente este movimento se dá de forma similar aos outros movimentos sociais da década de 1970: desarticulados e isolados. Tais características se devem não só a fragilidade política da sociedade como também a especificidade da epidemia naquela ocasião. Anunciada como a “peste *gay*” ou “câncer *gay*” e permeada de valores culturais, era vista como doença de poucos e marginalizados, não se tratando assim de uma questão de saúde pública, prescindido de políticas públicas eficazes.

Refletindo a preocupação social do Governo Franco Montoro, o Estado de São Paulo, ainda hoje líder em números de casos de aids notificados, já apresentava em 1983 uma iniciativa de enfrentamento da epidemia. Nela, serviços foram rearticulados para atender as novas demandas. Porém tal iniciativa foi insuficiente face ao entendimento de que a aids não necessita apenas de serviços de saúde mas, sobretudo naquele momento, do reconhecimento de suas dimensões institucionais e éticas, atuando nos campos da intervenção e da prevenção.

Para articular e dar visibilidade às preocupações emergentes da sociedade civil, foi criado em São Paulo, em 1985, o primeiro GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção da Aids), a primeira Organização Não-Governamental brasileira criada para atuar especificamente com aids.

Além disso, este movimento iniciado em São Paulo e sob forte influência do Terceiro Setor internacional, antecedeu, em pelo menos um ano, o surgimento do Programa Nacional de Aids.

Em meados da década de 1980 as ONGs/Aids já têm delineado um cenário diferenciado de atuação: além de lidarem com uma epidemia, têm o desafio de abordar temas tabus em nossa sociedade, como a doença propriamente dita, a morte, a sexualidade e as drogas injetáveis.

Este cenário é singular e:

“Não se vê um projeto claro de transformação da sociedade, não há uma utopia, mas reivindicações éticas fortes (direito à vida, qualidade de vida, acesso à informação especializada, controle sobre o próprio corpo, acesso aos cuidados). Os sujeitos das ONGs/Aids que intervêm socialmente são, na maioria das vezes, os próprios destinatários das ações. As ONGs/Aids, por sua vez, procuram sensibilizar a sociedade criando laços de solidariedade e tomam iniciativas visando a um público-alvo, mas não representam formalmente uma ‘base’ constituída.” (Câmara & Lima, 1991:45).

Apesar do preconceito inicial, a solidariedade pôde emergir como uma questão central deste movimento, tendo em vista o desconhecimento inicial sobre as implicações causadas pela infecção do vírus HIV, a falta de alternativas medicamentosas e o crescente número de pessoas soropositivas ou mortas em decorrência da aids. Mais ainda, aproximou os ativistas entre si, os representantes governamentais, os profissionais e os pesquisadores da área da saúde.

Assim, movidas pela urgência e pela ausência de respostas governamentais, pessoas direta ou indiretamente afetadas pela epidemia

começam a lutar contra os preconceitos, as discriminações, a desinformação, a dar apoio às pessoas com aids, a seus amigos e familiares, e a lutar pela garantia dos direitos das pessoas soropositivas.

“Diferentemente daqueles movimentos que procuram influir nas condições materiais de vida por meio da problemática da saúde, em que a questão central é a exclusão social, as ONGs/Aids e o movimento de luta contra a aids são norteados por experiências individuais com a soropositividade ou a aids. As reivindicações pela qualidade de vida não pressupõem somente as condições objetivas de vida ou mesmo uma elaboração subjetiva das carências, mas um outro tipo de carência que afeta diretamente o indivíduo. Trata-se de uma percepção sobre si mesmo. A vivência com aids imprime um tom ativista às organizações, seja qual for o seu perfil. A aids faz com que as pessoas compartilhem algo, que mesmo sem ser dito, a não ser nos grupos de ajuda mútua ou nos momentos de crise, gera a reflexão individual e a construção coletiva..” (Câmara & Lima, 1991:41) .

Porém, a questão da identidade das ONGs/Aids ainda se coloca como um desafio. Para além do que fazer e como fazer, restam questões relacionadas com a sobrevivência, com a institucionalização, com a representatividade, parcerias, profissionalização, etc.

Enveredando pelo campo de análise aqui privilegiado:

“Desde o surgimento dos primeiros casos, (...) a AIDS configurou-se como um dos problemas de saúde pública mais sérios do Brasil contemporâneo. Como ocorre em outros países, devido à falta de uma vacina ou da cura médica para a infecção do HIV e AIDS, pelo menos a curto prazo, desde o início da epidemia ficou claro que a *educação e a promoção da saúde* seria a única forma eficaz para se deter o avanço da epidemia. Entretanto, talvez mais do que em muitos outros países, não apenas as complexidades inerentes da própria AIDS, mas também a imensa diversidade sociocultural brasileira, parecem ter gerado uma série de problemas para o desenvolvimento de programas

educacionais eficazes.” (Parker, 1994:103. Grifo nosso).

Embora houvesse clareza da necessidade de inclusão de novas perspectivas educacionais para deter a epidemia, isto não ocorreu. Desde o início das formulações das políticas públicas⁴³ em aids houve o interesse de agregar outras representações institucionais, governamentais ou não, além do Ministério da Saúde (como o Ministério da Educação, a OAB, a ABIA, os Ministérios do Trabalho e da Justiça, o Centro Corsini etc.). Estes esforços demonstravam, além da participação efetiva das ONGs/Aids como propulsoras de demandas ao Estado, o entendimento de que a epidemia é de interesse nacional, e não apenas da saúde. Porém, pelo menos no que diz respeito ao âmbito governamental, estes esforços não foram bem sucedidos.

“Um dos grandes alvos, o Ministério da Educação, jamais viria a se envolver decididamente nas ações, apesar do ‘clamor popular’ para que as atividades voltadas à prevenção do HIV fossem, por exemplo, incluídas no currículo escolar. Os vários projetos de ações conjuntas com outros ministérios se resumiram a algumas portarias interministeriais (...). Desta forma, as diversas comissões nacionais de AIDS tiveram sempre um caráter assessor ao Ministério da Saúde, *não tendo atuado como instância geradora ou estimuladora de políticas públicas mais abrangentes.*” (Teixeira,1997:58.Grifo nosso).

Cabe destacar a exceção, quando o então INAMPS, do Ministério da Previdência Social que, através da Resolução nº 170 de 24.08.87 determinou o repasse de recursos às unidades federadas e municípios

⁴³“Entendemos as políticas públicas como sendo “...o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.” (Teixeira,1997:43).

para atividades de assistência médica aos pacientes de aids. “Esta medida pouco alterou a oferta e qualidade dos serviços hospitalares prestados nos estados e municípios” (Teixeira,1997:59). Esta articulação com o INAMPS levou, em 1987 – ainda que tardiamente – ao controle dos hemoderivados patrocinados pelo INAMPS e, somente em 1988, para o setor privado que é historicamente majoritário nesta atividade. Tal atraso teve conseqüências danosas para casos de aids transfusional no Brasil.

Embora o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de AIDS tenha atuado de forma singela no que diz respeito à articulação com outros órgãos governamentais, não se pode dizer o mesmo em relação ao seu envolvimento com as ONGs, com os portadores de HIV/Aids e com a sociedade em geral. Merece destaque a elaboração de campanhas informativas, resultado da colaboração de consultores de organismos governamentais, não-governamentais e universitários.

Para a sociedade em geral, cabe destacar as campanhas de informação e educação montadas em nível nacional desde 1986. Tais campanhas privilegiaram a televisão como meio de comunicação transversal para atingir as diversas regiões do país. Além deste meio, foram utilizados pôsteres, panfletos e folhetos promocionais.

O objetivo destas campanhas foi sempre o de aumentar a “conscientização” sobre a aids de um modo geral. Porém, a consecução de tal objetivo nem sempre foi efetiva, devido mesmo a movimentos sociais que levaram o questionamento das mesmas. Se num primeiro momento as campanhas eram voltadas para informações básicas, sobre formas de transmissão (ou não-transmissão) do HIV, elas poderiam, em seguida, serem voltadas para o papel das relações sexuais, ou para a injeção de drogas endovenosas. E:

“As campanhas elaboradas até 1990 tiveram sempre uma intenção não estigmatizante e solidária para com os afetados. Equívocos, como a idéia de grupos de risco, são mais conceituais do que

ideológicos, na medida em que eram coerentes com a verdade científica vigente da época.” (Teixeira,1997:61)

Assim, a identificação dos possíveis grupos-alvo nas campanhas de educação foi, em certa medida, necessária por duas razões. A primeira diz respeito ao fato de que, num primeiro momento, a incidência de aids estava notificada em pessoas do sexo masculino e homossexual. A segunda, decorrente da primeira, diz respeito a um saber que colocava a doença como exclusiva dos “grupos de risco”, derivando um equívoco conceitual, qual seja o de que aids era doença de homossexuais.

Porém, já que as fronteiras da ciência e da ideologia se perdem, não se pode afirmar a preponderância de uma sobre a outra. Ideologicamente ou conceitualmente, o fato é que o governo central teve dificuldades de administrar propostas dos diferentes órgãos públicos que viessem ao encontro da prevenção. Podemos citar como exemplo o veto do Ministério da Justiça de uma peça publicitária sobre o risco de HIV para os usuários de drogas endovenosas.

Segundo Teixeira (1997), a expansão entre usuários de drogas e a difusão da infecção entre os heterossexuais a partir de 1988 foram indicadores da ausência de uma política mais adequada relativa à dependência química. Como se não bastasse este desastre, nos anos de 90/91, a campanha nacional “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”:

“(...) retirava toda a esperança das pessoas infectadas e pretendia estimular atitudes e práticas seguras, entre os não infectados, utilizando a ameaça: a aids mata.” (Teixeira, 1997:63).

Esta campanha deixou claro o posicionamento do governo Collor, expresso pela coordenação do Programa Nacional, qual seja a de que:

“(...) a opção do governo deveria ser pelos indivíduos ainda não atingidos pela epidemia,

mesmo que isto significasse a morte civil das
pessoas já infectadas.” (Teixeira,1997:63)

Tal opção – claramente política-ideológica e não científica – supõe que as pessoas não infectadas não vão compartilhar seringas ou se relacionar com portadores do vírus, além de negar o saber de uma doença que já se mostrava transmissível nestas condições.

Além disso, como afirma Teixeira (1997:63), a opção daquele governo, enquanto discurso ou política, estava totalmente divorciada dos anseios manifestados pelos movimentos comunitários organizados. É neste contexto em que o discurso da solidariedade⁴⁴, como a grande arma para o enfrentamento amplo da epidemia (sobretudo culturalmente), ganha dimensões nacionais.

Em outras palavras, havia manifestações públicas que indicavam ao governo a opção necessária e coerente com os anseios coletivos, de outra forma este discurso não teria encontrado nenhuma repercussão. Porém, o governo fez uma opção por outro discurso que nega a sua função de mediador dos interesses da população.

O mesmo pôde ser observado quando houve a negativa daquele governo em participar do projeto para testagem de vacinas anti-HIV, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, afirmando que o país “não iria servir de cobaia” (citado por Teixeira,1997:63).

Segundo Teixeira (1997), este discurso oficial da exclusão dos soropositivos, presente nas políticas públicas relativas à aids no Brasil, demonstrou sinais de enfraquecimento quando foi posta em prática a política de distribuição gratuita dos medicamentos especiais para os pacientes de aids de todo o país. Por outro lado, vale a pena lembrar que, diante de tantas falcatruas governamentais para enriquecimento ilícito de

⁴⁴ Este discurso emerge do movimento iniciado pelo ativista de direitos Herbert Daniel.

alguns de seus representantes, é impreciso o avanço ou manutenção de práticas políticas que envolvem os milhões e milhões que movimentam a indústria farmacêutica, ainda que em detrimento da valorização das identidades portadoras ou não do HIV.

O que é fato é que, pelo menos até 2001, independente da opção claramente ideológica e não científica, o governo garantiu a distribuição gratuita destes medicamentos.

No que diz respeito às ações, que também comportam opções ideológicas, a década de 1990 continua sendo um período de limitadas articulações entre os setores governamentais. Segundo Teixeira (1997):

“As políticas adotadas até hoje têm sido emanadas majoritariamente do setor de saúde (...). É como se o conjunto do Estado e da sociedade tivesse caracterizado a AIDS como um problema essencialmente do setor saúde, apesar do discurso que enfatiza as múltiplas faces social, legal, cultural etc, e o apresenta como um problema de todos os setores da sociedade. (...)

Muitas instituições, como as secretarias e Ministério da Educação, têm tido assento reservado em todos os comitês e comissões existentes, o que não tem significado, representação ou representatividade de fato. A participação, em geral, é de caráter eminentemente pessoal dos técnicos que são designados para atender as solicitações do Ministério da Saúde. Em decorrência disso, a quase totalidade das decisões aprovadas nestas instâncias jamais foi traduzida em ações por estes setores. O eventual envolvimento de outros setores que não a saúde, tem sido sempre intermediado por este.” (Teixeira, 1997:66).

Neste contexto de formulação das políticas do Programa de DST/Aids, a ação das ONGs tem se mostrado fundamental, quer seja encaminhando as demandas que orientam a formulação de programas, quer seja executando os programas dada a sua capilaridade (na qual é

fundamental a sua inserção junto aos grupos menos favorecidos e/ou discriminados).

Ainda que o Banco Mundial promova o financiamento de tais programas e a questão do financiamento esteja parcialmente contemplada, Parker (1997) relaciona três grandes conjuntos de questões-chave inter-relacionadas e que se constituem em um desafio para a política de HIV/Aids no Brasil. São elas:

“(1) o futuro do financiamento tanto para a *prevenção* como para a assistência; (2) a dificuldade continuada de garantir acesso a diagnóstico, tratamento e assistência adequados; (3) maneiras de aumentar efetivamente o acesso às informações, aos preservativos e aos serviços de *prevenção*.” (Parker, 1997:179. Grifo nosso).

Tais questões denotam a fragilidade política para o enfrentamento da doença e, considerando que o diagnóstico, tratamento e assistência contribuem para a prevenção – pois são oportunidades de discussão para a interrupção da transmissão do vírus – é possível afirmar que a prevenção perpassa todo o processo e permanece desafiante apesar destes 20 anos de epidemia.

As atividades de educação e prevenção, ainda que tenham sido alvo dos Projetos do Ministério da Saúde, não têm sido suficientes para a mudança de comportamento que poderia minimizar o alto índice de exposição das pessoas sexualmente ativas.

A pesquisa solicitada pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde sobre “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids”, conforme Berquó (2000:108)⁴⁵, aponta para um índice de exposição de 75% do total de indivíduos alfabetizados e sexualmente ativos (100%), resultante do não uso de

⁴⁵ Para agilizar a compreensão, utilizaremos percentuais aproximados.

preservativos nas relações estáveis com um único parceiro, sendo apenas 25% considerados não expostos.

Nesta mesma pesquisa, neste mesmo universo pesquisado (indivíduos alfabetizados e sexualmente ativos = 100%), observamos que na distribuição das categorias de expostos e não expostos ao HIV/aids, no que diz respeito aos diferentes graus de escolaridade, este indicador acompanha, em média, a mesma proporção do total (25% não expostos e 75% expostos) visto que, para os de indivíduos com nível de instrução superior, 38% se consideram não expostos e 62% expostos; para os indivíduos com o segundo grau, 28% se consideram não expostos e 72% expostos; e com o primeiro grau incompleto 20% se consideram não expostos e 80% expostos.

Na mesma pesquisa, agora considerando o universo pesquisado indivíduos entre 18 e 65 anos, sexualmente ativos nos últimos doze meses (100%), quase metade dos entrevistados (47%) não se considerava exposto à contaminação com o vírus, contra o restante (53%) que se consideravam expostos. Destes últimos, apenas 17% consideram médio ou alto seu risco de exposição. Relacionando-se o risco auto-atribuído com o grau de exposição, através do ato sexual, verificou-se que daquelas pessoas que julgavam não estarem expostas a nenhum risco, apenas 44% não o estavam na prática (Berquó,2000:130).

Também foi analisado o conhecimento sobre HIV/Aids, através de um indicador construído à base do conhecimento sobre as formas de transmissão e do risco associado a múltiplos parceiros. Os entrevistados obtiveram uma média de acerto de 5,85 pontos. Porém, mesmo os indivíduos com maior pontuação, de 7 ou 8 pontos – que representam 34,8% da amostra estudada – possuem dúvidas sobre questões básicas para a prevenção do HIV/Aids como o uso do preservativo ou da camisinha feminina, correspondendo a 36,6% e 18,8%, respectivamente, de mal informados. Neste mesmo grupo, 22,5% dos que obtiveram 8 pontos

estavam mal informados quanto à retirada do pênis antes do final da relação sexual como forma de evitar a transmissão do HIV. (Berquó,2000:129).

Em outras palavras, podemos depreender destes resultados que, em geral, as pessoas têm um alto índice de exposição (pelo menos no entendimento a partir das categorias criadas pelo Ministério da Saúde), em média acreditam que não correm riscos, e mesmo quando possuem uma média considerável sobre as formas de transmissão, ainda têm dúvidas decisivas em relação à prevenção.

Isto posto, acreditamos que a dificuldade de incorporação dos discursos da prevenção por parte da população não é propriamente o nível de compreensão a que ele se dirige, mas sim de seu conteúdo estar ou não adaptado às subjetividades que permeiam à questão da sexualidade e da aids propriamente dita.

Parker (1997), ao apontar os desafios para o futuro da aids, também destaca a existência de um alto nível de preocupação com a aids porém baixos níveis de mudança de comportamento. Segundo o autor:

“Pelo menos em parte, a disparidade entre preocupação ou ansiedade e o comportamento preventivo eficiente é o resultado de informações confusas ou ambíguas a respeito de possíveis estratégias (inclusive, mas não só ao uso da camisinha) que poderiam ser adotadas para reduzir o risco de infecção. Como a epidemia continua a atingir os mais pobres setores da sociedade brasileira, o acesso à informação sobre HIV continua a ser uma preocupação que ainda não foi solucionada, apesar dos avanços conseguidos nos últimos anos.” (Parker,1997:181-182, grifo nosso).

Porém, independente da razão para tais índices serem preocupantes, e destes serem ou não resultado da informação ser ou não ambígua ou confusa, os trabalhos de prevenção cuja metodologia é baseada na real aproximação com as diferentes culturas que perpassam o público-alvo,

dando-lhe oportunidade de interação, questionamento e se colocando como sujeito do processo, devem ser analisados.

A contribuição desta reflexão do fenômeno das ONGs/Aids, sob a perspectiva dos Estudos Culturais que, segundo Johnson (2000:10), “...são um processo, uma espécie de alquimia para produzir conhecimento útil”, se justifica na medida em que este fenômeno comporta as premissas apontadas para este autor para análises neste campo. São elas:

A primeira premissa é a de que os processos culturais estão intimamente vinculados com as relações sociais (de classe, de gênero e etária). No que diz respeito às ONGs/Aids, podemos dizer que buscam produzir relações sociais menos injustas (quando promovem a saúde, a condição feminina, as classes menos privilegiadas – gerando renda, ou disponibilizando ou distribuindo medicamentos).

A segunda premissa é a de que a cultura envolve poder, contribuindo para produzir assimetrias nas capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para definir e satisfazer suas necessidades; As ONGs/Aids, em tese, procuram orientar os indivíduos e grupos sociais para satisfazer as suas necessidades com responsabilidade, de modo a torná-los mais autônomos e minimizar as assimetrias, já que nem o mercado e nem o Estado tem esta preocupação.

A terceira premissa, que se deduz das outras duas, é a que a cultura não é um campo autônomo nem externamente determinado, mas um local de diferenças e de lutas sociais. As ONGs, através de suas características de formação junto aos grupos que carecem de representatividade, valorizam a cultura local e inserem as diferenças no processo social.

No próximo capítulo, passaremos a analisar uma experiência realizada em uma Organização Não Governamental situada em Campinas/SP, o Centro Corsini, voltada para a prevenção em grupos específicos: o Projeto Colmeia.

CAPÍTULO 3. ESTUDO DE CASO: O CENTRO CORSINI E A PREVENÇÃO DA AIDS*.

**Este estudo de caso contou com a primorosa colaboração da Equipe Técnica em Educação do Centro Corsini, sem a qual nada disso seria possível.*

3.1 - O CENTRO CORSINI:

Considerando que os discursos da prevenção vêm sendo construídos num campo em que as ONGs têm atuação histórica inquestionável, conforme descrito anteriormente, optamos por um estudo de caso para a análise da apropriação deste discurso por uma população específica.

Para este propósito, tomamos como campo de pesquisa o Centro de Investigação Imunológica Dr. A. C. Corsini⁴⁶, uma ONG situada em Campinas/SP que, desde a sua fundação em 1987, vem atuando para o enfrentamento da epidemia tanto na área clínico-assistencial como na de prevenção.

A aids impõe questionamentos tanto no que diz respeito aos valores relacionados com sexualidade, vida e morte como também no modelo de atendimento aos portadores de HIV e de aids. Tais questionamentos estão presentes em todas as modalidades do atendimento, o que tem implicado na necessidade de um modelo de intervenção integral ao paciente, buscando seu equilíbrio tanto físico como emocional.

Em fins de 1986⁴⁷, face ao crescente número de casos de infecção de HIV e face à necessidade de uma abordagem diferenciada em relação aos portadores do vírus, um grupo de profissionais de saúde, liderados pela

⁴⁶ Conhecido como Centro Corsini, nomenclatura a qual adotaremos.

⁴⁷ Os dados relativos à história do Centro Corsini foram retirados de seus Relatórios anuais.

Dra. Silvia Bellucci, médica imunologista, sentiu a necessidade de fundar uma instituição na qual fosse possível um atendimento que buscasse o equilíbrio integral das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Atuando desde janeiro de 1987 como uma instituição filantrópica e sem fins lucrativos, o Centro Corsini é uma ONG/Aids cuja sustentabilidade ocorre através de subvenções, projetos, convênios, doações e campanhas de sócios contribuintes. Foi implantado com o objetivo geral de atuar nas questões relativas à aids, abordando principalmente dois aspectos :

Atenções médica, psicológica e laboratorial aos indivíduos que delas necessitem em função da aids;

Prevenção, baseada em atividades educativas desenvolvidas em diferentes níveis.

Estes dois aspectos estão relacionados se consideramos que as atividades preventivas podem resguardar o portador de HIV/Aids de novas infecções e, por outro lado, podem diminuir o preconceito em relação ao portador, possibilitando assim a solidariedade necessária para o equilíbrio mental necessário no caso de qualquer morbidade.

No caso específico da aids, o estresse causado ao portador de HIV/Aids tem implicações diretas com a homeostase do organismo, definida e regulada através do sistema nervoso, endócrino e imunológico. Com o desenvolvimento da psico-neuro-endócrino-imunologia, é crescente o valor atribuído aos estados psíquicos e ao sistema de relações interpessoais ao enfrentar doenças. Sendo assim, a busca do equilíbrio é de total relevância, porque são muitos os fatores que atuam ao mesmo tempo no indivíduo: o vírus se multiplica, a debilitação do sistema imunológico e o surgimento das infecções.

Além disso, os diferentes meios de aquisição do vírus são tanto mais metaforicamente associados à culpa quanto mais se aproximam de um

meio em que o sujeito não atuou de forma preventiva, gerando assim uma classificação entre vítimas inocentes (aqueles infectados, por exemplo, via transfusão de hemoderivados ou verticalmente pelas mães) e as vítimas culpadas (via relação sexual ou uso de drogas endovenosas). Tal fato leva ao sentimento de culpa, ao isolamento e a discriminação (Pimenta, 1997a). Somados a isto, a ausência de solidariedade e a solidão se constituem em um agravante da condição física do paciente, porque levam a um estado de depressão que, por sua vez, deprime mais a função imune - favorecendo a multiplicação viral e as infecções, instaurando um círculo vicioso.

As ONGs/Aids, sobretudo aquelas que têm a assistência integral ao portador como meta, procuram romper este círculo vicioso, ao enfrentar a aids desde a prevenção e a assistência, até as ações que visam minimizar o preconceito e incrementar a solidariedade ao portador.

O Centro Corsini vem adequando sua estratégia de ação de acordo com as suas possibilidades e com a demanda da clientela. Sua história é marcada por mudanças e permanências, de forma a oferecer o melhor serviço em questões relativas ao HIV/Aids, dinamizando os recursos humanos e financeiros. Assim, valorizando estes aspectos, o Centro Corsini, em 1995, pôde definir sua missão:

“Criar e divulgar conhecimentos, produtos e serviços em HIV/Aids de forma ética, respeitando o ser humano dentro do conceito holístico e buscando, simultaneamente, o equilíbrio financeiro da organização.”⁴⁸

Ao longo da história do Centro Corsini, percebemos, através de seus relatórios anuais de atividades, a dificuldade deste Centro em se organizar segundo departamentos ou setores, definindo quais destes se responsabilizariam por determinadas atividades. Como exemplo, podemos destacar as atividades de informação e prevenção que, a partir

⁴⁸ Relatório Anual de Atividades. Centro Corsini, 1995.

de 1992 foram agregadas ao Núcleo de Pesquisa, Educação e Treinamento (NUPET); em 1994 estas atividades passam a ser de responsabilidade de uma Área de Treinamento e Desenvolvimento (T&D); em 1996 volta para um outro Núcleo de Educação e Programas Especiais (NEPE), que permanece até 2001 mas com propostas de modificação.

As mudanças internas sofridas, no que diz respeito às diferentes denominações dos departamentos e à alta rotatividade dos funcionários (provavelmente associada à ausência de um plano de carreira ou de salários competitivos com o mercado) é um limite para a compreensão total da instituição. O caráter emergencial e de poucos recursos para as atividades desenvolvidas, as quais nem sempre são registradas, dificulta sobremaneira a sua reconstrução histórica e inviabiliza a análise crítica e sistematizada. Nesta conjuntura institucional, optamos por analisar a prevenção desenvolvida em um projeto específico⁴⁹.

Ainda que saibamos que prevenção também pode ser discutida no âmbito clínico-assistencial, por razões metodológicas privilegiamos aqui o conjunto de atividades de prevenção voltado para mulheres de baixa renda, realizado pelo Centro Corsini, com financiamento do Ministério da Saúde e da FEAC⁵⁰, denominado Projeto Colmeia.

3.2 - PROJETO COLMEIA: CONTEXTO E ESTRATÉGIAS

O Centro Corsini, além da assistência clínica ao portador HIV/Aids, vem atuando na área de educação para a prevenção da aids. No

⁴⁹ No Centro Corsini, atenção médica e prevenção compõem o objetivo geral. Portanto, esta última é uma atividade que deve ser desenvolvida junto à clientela em todos os serviços prestados: da Psicologia ao Serviço Social, da Ginecologia a Odontologia.

⁵⁰ Federação das Entidades Assistenciais de Campinas.

entendimento da equipe técnica, esta área sempre esteve intimamente ligada à área clínica por duas razões:

“...a primeira porque num país onde há deficiência de educação básica, nenhum problema de saúde poderá ser devidamente encaminhado sem que haja programas vigorosos de educação em saúde. A segunda porque, no caso específico da aids, ainda não é possível falar de medidas eficazes contra exposição ao vírus que sejam limitadas apenas às informações.”⁵¹

Portanto, a proposta de uma educação voltada para o fortalecimento do sujeito se faz essencial e, no caso do Centro Corsini, é o resultado de um conjunto de atividades interdisciplinares que devem ser entendidas como resultado da experiência acumulada por seus agentes institucionais e por suas práticas desenvolvidas, que vêm marcando a atuação desta ONG/Aids e que aqui nos interessa especificamente, o Projeto Colmeia.

A atuação desta ONG/Aids denota a preocupação com a temática da aids em toda a sua complexidade. Tal preocupação pode ser traduzida na ampla construção de programas em educação para a prevenção, como o Projeto Colmeia e nos eventos dirigidos para a população em geral pela Equipe Técnica.

Estes eventos – ora conscientes, direcionados, objetivos e de conteúdos específicos para um programa de prevenção de HIV/Aids; ora difusos e de conteúdos voltados para questões mais amplas em relação à educação, como por exemplo a construção da solidariedade e da cidadania em relação ao portador – vem demarcando um cenário impar para as ONGs/Aids: qual seja aquele da construção de um saber, extrapolando a mera função de “prolongamento do Estado” na execução das políticas de saúde, seja de assistência, seja de prevenção.

⁵¹ Relatório Anual de Atividades. Centro Corsini, 1989.

Além do Tele-Aids – que se constitui, desde o início das atividades do Centro Corsini, num atendimento individualizado de esclarecimento de dúvidas em relação ao HIV/Aids, contemplando a demanda individualmente e sem identificação do usuário – foram realizadas palestras informativas para a comunidade campineira, atendendo à solicitação de Hospitais, Casas de Saúde, instituições filantrópicas, empresas e escolas.

Nestas últimas, em especial, destaca-se o “Projeto AIDS- questão de educação” que, consolidado em 1988, levou até algumas escolas municipais de Campinas, discussões relacionadas com o tema da aids e das doenças sexualmente transmissíveis.

Paralelamente às atividades diretas com o público, também houve a produção da cartilha “O que é AIDS” - sendo 31.700 exemplares distribuídos à população em geral no ano de 1988 e de uma coleção de slides sobre a ação do vírus no organismo. Além disso, a Equipe Técnica também produziu um vídeo cujo público atingido neste mesmo ano foi de 8000 pessoas, reunidas em empresas da região de Campinas e de outros estados.

De outra forma, mas não menos importante para a abordagem aqui pretendida, outras atividades foram realizadas para a construção de uma proposta de educação em saúde, num movimento que mobiliza (embora parcialmente) e torna presente o fenômeno da aids, destacando os sentimentos de solidariedade. Refere-se aos eventos, junto à comunidade leiga em geral, marcando a passagem do Dia Mundial de Luta contra a aids, a partir de 1988. Neste ano e no seguinte, o Centro Corsini promoveu a apresentação da Orquestra Sinfônica de Campinas no espaço público do Centro de Convivência Cultural e vitrines informativas no Bosque dos Jequitibás.

A demanda crescente por essas atividades de informação e educação, bem como o agravamento da epidemia de aids, logo após a fundação do Centro, caracterizou-o como uma instituição que atua para além do controle e da investigação imunológica, ampliando sua identificação original⁵². A forma diferenciada do atendimento à clientela, a qual se referiam os seus fundadores era, sem dúvida, aquela que contemplasse a educação para uma vida mais saudável, seja dos portadores de HIV/Aids, seja da população em geral.

Tanto foi assim que, as atividades de informação e educação desenvolvidas entre os anos de 1987 a 1991, somaram cerca de 337 palestras, atingindo por volta de 28.200 pessoas, nas escolas e nas empresas.

O conjunto das atividades de educação no Centro Corsini até 1990 possibilitou a compreensão de que a informação sobre a prevenção da aids deveria se multiplicar numa proporção e velocidade maior do que a da transmissão do vírus, já que o aumento na proporção de casos de aids notificados entre homens e mulheres no Brasil crescia assustadoramente, caracterizando o fenômeno de feminização da aids, conforme descrito no primeiro capítulo deste trabalho.

Desde o início da epidemia, foi possível observar que as mulheres desempenhavam um papel fundamental no seu enfrentamento. Geralmente elas cuidam de parentes, filhos, companheiros ou vizinhos. São levadas a construir um saber sobre a doença que, muitas vezes, é baseado no senso comum, nas representações sociais, nas informações médicas ou mesmo nas campanhas de prevenção – sempre permeadas de valores.

Tais fatos levaram, e ainda levam, a formulação de projetos educativos sistemáticos voltados para as mulheres, pois além da

⁵²A identificação correta do Centro Corsini é Centro de Controle e Investigação Imunológica Dr. A. C. Corsini.

vulnerabilidade, do risco e da transmissão vertical, elas – mais do que os homens, por estarem mais em contato com os filhos – podem contribuir para eliminação de representações negativas em torno da epidemia, fortemente arraigadas no início dos anos 90 e levemente presentes dez anos depois, quais sejam as de existência de grupos de risco, e as de que mulheres não são vulneráveis à aids.

Por essas razões, em novembro de 1991, com apoio da FEAC (Federação das Entidades Assistenciais de Campinas), o Centro Corsini deu início ao Projeto Colmeia.

A parceria com a FEAC possibilitou a assessoria técnica, administrativa e financeira que o Projeto Colmeia necessitava para a participação de mulheres/mães nas suas comunidades de origem, através da vinculação que elas tinham nas creches mantidas pela FEAC.

Assim, o público alvo do projeto era mulheres/mães de baixa renda com filhos matriculados nas creches filiadas à FEAC.

Inicialmente as atividades do Projeto eram realizadas somente por técnicos do Centro Corsini. Posteriormente, um grupo de mulheres que conviviam com HIV/Aids - direta ou indiretamente, portadoras do vírus e/ou com familiares portadores – depois de alguns encontros, passou a fazer parte da equipe como agentes facilitadoras do processo, demonstrando força e determinação para o enfrentamento da doença, enriquecendo-o com informações, emoções e experiências e contribuindo para a desmistificação e para a cumplicidade necessária para a compreensão e o enfrentamento do fenômeno da aids.

Estas facilitadoras participaram de intensivos treinamentos, de modo a vivenciarem com antecedência as atividades programadas, facilitando a aquisição/transmissão das informações e promovendo segurança para possíveis envolvimento com o público-alvo.

Os objetivos do Projeto Colmeia são assim descritos⁵³:

- “Promover a conscientização entre mães de crianças matriculadas em creches da periferia da cidade acerca dos perigos de contaminação pelo HIV;”

- “Instrumentalizá-las para o enfrentamento dessa problemática, desmistificando a aids;”

- “Estimular a participação ativa e constante na orientação dos filhos, familiares e amigos, no que se refere aos aspectos comportamentais e sociais relacionados ao vírus da aids,” e

- “Propiciar às portadoras do vírus e seus familiares o desenvolvimento de sua auto-estima e qualidade de vida.”

Como podemos observar, os objetivos do Projeto Colmeia, excetuando-se as caracterizações específicas para creches e mães, são de grande amplitude, possibilitando desenvolvê-lo junto à sociedade em geral. Estes objetivos amplos proporcionam, ainda que parcialmente, um enfrentamento das questões relacionadas à aids. O que observamos é que tais objetivos possibilitam uma abertura, uma flexibilidade para que o grupo alvo do Projeto possa direcionar o rumo de sua discussão, ainda que enfatizando um ou outro objetivo proposto.

Além disso, percebemos que, estes objetivos do Projeto se coadunam com a análise teórica aqui pretendida, qual seja a dos Estudos Culturais, na medida em que há o privilégio do sujeito para o qual as ações se voltam como forma de inclusão no processo de aquisição do conhecimento do discurso da prevenção. Neste processo, é fundamental que haja a efetiva participação para quem é voltado tal discurso, de forma a propiciar o “duplo condicionamento” (Foucault, 1988:95), caso contrário, o que teríamos é uma ‘caricatura’ da prevenção que, com seus traços estilizados,

⁵³ Conforme Relatório Anual do Projeto Colmeia, Centro Corsini, 1992.

passariam ao largo do sujeito a que se pretende incluir em práticas voltadas para o “cuidado de si” (Foucault, 1985).

A metodologia participativa para a consecução dos objetivos do Projeto Colmeia é desenvolvida em seis encontros mensais⁵⁴ com uma hora e meia cada. O conteúdo abordado inclui os depoimentos pessoais, a sexualidade, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a aids. Considerando que muitas dessas mulheres/mães têm dificuldade com a leitura, são realizados jogos, oficinas e dinâmicas de grupo para discutir este conteúdo, como por exemplo as oficinas de uso do preservativo, as oficinas de arte para execução de murais – como forma de expressão de conhecimentos e sentimentos. Além de se utilizar vídeos, slides e cartilhas.

A estratégia fundamental que embasa o Projeto consiste em uma dinâmica de grupo em que as mulheres se dividem em dois sub-grupos. Os dois sub-grupos recebem várias fichas de cartolina, cada uma contendo um tipo de situação, que pode ser: “como se pega aids” ou “como não se pega aids”. A tarefa dos dois sub-grupos é a de agrupar as fichas de acordo com o tipo de situação. Feito isso, a Equipe Técnica passa a discutir com o grupo se a divisão foi correta ou não, explicando o porquê.

Dependendo do conhecimento prévio, do interesse e do tempo do grupo, esta atividade pode dar origem imediata às oficinas de uso de preservativo, ou a discussão através de slides, ou dinâmicas para a fixação dos conteúdos, relatos das facilitadoras ou das participantes, ou mesmo a novas discussões relacionadas com as temáticas.

Através dos objetivos e da incorporação das facilitadoras (portadoras) nesta metodologia, além da clareza de que apenas a informação sobre a prevenção da aids não diminui o número de casos, tem-se a finalidade de

⁵⁴ Este número corresponde a uma média do número de encontros, mas caso haja a necessidade de novos encontros para atingir os objetivos, a Equipe procura agendá-los.

atuar continuamente junto aos grupos específicos da comunidade. Sendo assim, estes grupos funcionariam, posteriormente, como agentes multiplicadores das informações junto aos seus pares, visando a mudança de atitudes.

Porém, se é fato que somente a informação não garante esta mudança, é possível que a cumplicidade entre os pares possa viabilizar o questionamento das identidades que atuam (ou não) em favor de si próprio, de sua saúde. No caso específico das mulheres que participam do Projeto Colmeia, o relato das facilitadoras que, apesar da condição de portadoras do vírus têm vida ativa e atuam de forma despojada e sem medo do preconceito, pode ser um fator a mais para que as mulheres possam seguir o exemplo e atuarem em favor de si e, conseqüentemente, junto aos seus familiares e amigos também.

Tal fato pode ser observado⁵⁵ através da expressão do desejo daquelas mulheres em proporcionar projetos específicos para os homens e para os filhos adolescentes, de tal forma que os saberes fossem também por eles incorporados, levando a eles o mesmo benefício de sentirem-se reconhecidos, incluídos, ativos e participantes no processo de prevenção.

Resultados parciais do Projeto Colmeia puderam ser expressos através da utilização da técnica de pré e pós teste quantitativos realizados no início e nas reuniões finais de alguns grupos nas creches. Estes apontavam para o fato de que as mulheres passaram a reconhecer as situações de risco; relacionavam os meios de transmissão com a prevenção; aumentavam o conhecimento do corpo e o diálogo familiar; reconheciam a necessidade de atitudes solidárias com portadores de HIV/Aids; participavam da discussão do conteúdo e das atividades; e tinham interesse em transmitir as informações no meio familiar,

⁵⁵ A Equipe Técnica do Centro Corsini, ainda que informalmente, realizava avaliações parciais, nas quais as mulheres expressavam opiniões sobre o trabalho desenvolvido.

agregando assim a cumplicidade à informação, fazendo da temática relacionada à aids algo passível de ser incorporado em seu cotidiano, em seu currículo.

Porém, acreditamos que esta técnica de pré e pós teste quantitativos não é totalmente adequada para a prevenção, pois esta trata de saberes que agregam subjetividades, com as quais percebemos o Projeto Colmeia procura interagir. Desta forma, acreditamos que haja uma real aproximação entre a concepção do Projeto Colmeia e os Estudos Culturais, o que nos levou a uma avaliação de suas atividades também nesta perspectiva.

Foi possível observar através dos resultados⁵⁶ que muitas mulheres apresentavam dúvidas sobre formas de contaminação e alguns conceitos distorcidos, em função da própria subjetividade e de representações sociais que elas têm, ou ainda pode ser consequência de interpretação equivocada sobre as questões, expresso em menor índice de acerto no pós teste do que no pré-teste, justificando assim a necessidade de se utilizar, continuamente, metodologias qualitativas no Projeto e também nas avaliações.

Apesar das possíveis distorções resultantes das técnicas pautadas nos modelos estatísticos, o êxito do Projeto Colmeia pôde ser reconhecido quando este foi selecionado entre os melhores trabalhos do mundo na área de prevenção, e então apresentado na 9ª Conferência Internacional de Aids, em Berlim, Alemanha, em junho de 1993⁵⁷.

A continuidade da parceria entre a FEAC e o Centro Corsini foi reiterada em julho de 1993, estendendo o Projeto Colmeia para outras creches filiadas. Nos dois primeiros anos do Projeto, foi possível atingir uma média anual de 120 mães em 7 creches campineiras.

⁵⁶ Relatórios Finais, 1994 e 1995: Projeto Colmeia. Centro Corsini.

⁵⁷PROJETO COLMEIA vai para Berlim. CORREIO POPULAR, Campinas, 16/04/93.

No ano seguinte, a FEAC patrocinou a produção – coordenada pela Equipe Técnica do Centro Corsini – de uma cartilha destinada às mulheres de renda e escolaridade baixa. Intitulada “O Livro Negro da Aids: A Coisa Tá Preta”, é uma história em quadrinhos que conta a batalha fatal entre o HIV e as células. Com linguagem simples, atenta para a necessidade de a mulher exigir do companheiro o uso de preservativos nas relações sexuais.

Em março de 1995, a Coordenação do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids do Ministério da Saúde anunciou o financiamento de parte dos custos do Projeto Colmeia em Campinas. Tal financiamento procurava contemplar o aumento vertiginoso da notificação dos casos de aids entre as mulheres: a feminização.

Como conseqüência da intensa feminização da epidemia, a possibilidade de transmissão vertical do HIV ampliou a importância do Projeto. Dada à presença de mães nas creches, passou a ser fundamental o preparo dos funcionários para o contínuo enfrentamento e aconselhamento relativos à aids.

Em 1997 o Projeto incorporou a realização de *treinamentos em DST/Aids para funcionários*, preparando estes para aceitar e atender as necessidades de crianças e mães portadoras do HIV. O objetivo principal era o de informar sobre aspectos de bio-segurança e ética no local de trabalho. Além do conteúdo tradicional e específico ao Projeto, foram discutidas questões relacionadas ao sigilo, posturas de funcionários diante de crianças soro-positivas e diante da aids. A demanda por esta atividade com as instituições filiadas à FEAC foi muito grande e, nos anos de 1998 e 1999, além dos grupos de mulheres/mães que participavam do Projeto Colmeia, foram também realizados 32 *treinamentos para funcionários* (incluindo coordenadores e administradores), atingindo diretamente cerca de 589 pessoas.

Em 2000, a maioria dos funcionários das entidades filiadas à FEAC já havia sido treinada pelo Projeto Colmeia, o que levou a uma ação de reciclagem destes funcionários. Para tanto, foi realizada uma pesquisa para identificar as necessidades específicas de cada instituição com relação aos conceitos de biossegurança e aids. Em seguida, foram realizados 2 treinamentos voltados especificamente para estes conceitos.

O êxito dessas atividades voltadas para os funcionários das creches pode ser avaliado através da repetição em diferentes instituições. A organização da FEAC promove periodicamente o contato entre os administradores destas instituições. Aqueles que já passaram pelo Projeto, ao comentá-lo positivamente, geram uma predisposição positiva em relação ao trabalho.

Outro aspecto positivo é o fato de que esses funcionários de alguma forma já estão constituídos enquanto grupo, gerando assim uma certa identidade e facilitando a atuação da equipe do Centro Corsini na construção de um saber que possa ser compartilhado e vivenciado.

Até 2000, foram realizados 40 treinamentos, atingindo diretamente 678 funcionários de 104 entidades sociais. Assim, estima-se que neste caso estas informações apreendidas pelos funcionários poderiam atingir cerca de 3500 pessoas⁵⁸, na medida em que cada funcionário participante das discussões teria condições de repassá-las para o público com o qual interage em seu cotidiano. Normalmente, estes funcionários representam a instituição e é pressuposto que tenham um saber acumulado, definindo como as crianças devem ser cuidadas. Muitas vezes além de cuidar das crianças, oferecem aquilo que lhes é essencial, como por exemplo cestas básicas. Desta forma são considerados autoridades por estas

⁵⁸ No Centro Corsini utiliza-se a estimativa de que cada pessoa, de posse de uma informação, multiplica-a para pelo menos cinco outras pessoas.

mulheres/mães que usufruem destes serviços, oferecendo legitimidade para apreensão de saberes.

Com a crescente necessidade de universalização da informação, o Centro Corsini realizou, em 2000, o “Corsini Itinerante”, um evento dirigido às comunidades carentes que, além de divulgar a prevenção, pretende dar visibilidade, continuidade e legitimidade às atividades do Projeto Colmeia.

Neste evento, além de toda a preparação – que envolveu elaboração de cartazes, panfletos, faixas, bonés, camisetas, folhetos informativos e programas de rádio – foram realizadas palestras de prevenção de DST/Aids, com orientações personalizadas, aconselhamento, coleta de sangue e testagem anti HIV, bem como encaminhamentos sociais que se fizeram necessários.

Realizadas no Centro Comunitário de um bairro popular, as atividades educativas do “Corsini Itinerante” aconteceram de diferentes formas durante todo o dia. Palestras, jogos educativos e “oficinas de sexo seguro” foram acompanhadas de distribuição gratuita de cerca de 4000 preservativos.

Com estas atividades, a Equipe Técnica do Centro Corsini pretendia consolidar o Projeto Colmeia, de forma a abranger a população feminina em toda a sua amplitude – quer seja no âmbito da família, do trabalho e da comunidade. Pretendia também legitimar a atuação das mulheres como agentes de saúde junto à comunidade, de forma a sensibilizar o maior número de pessoas em menor tempo.

Até o primeiro semestre de 2001, por ocasião de nossas pesquisas no Centro Corsini, o Projeto Colmeia havia trabalhado diretamente com cerca de três mil mulheres/mães diretamente nas creches da cidade de Campinas. A Coordenação Nacional de DST/Aids - Ministério da Saúde, com o objetivo de prestação de contas do financiamento, solicitou que

fosse realizada uma avaliação do Projeto. A Diretoria Técnica do Centro, entendendo que esta avaliação poderia trazer subsídios para discussões sobre o Projeto, e acompanhando as pesquisas que então realizávamos sobre a prevenção, solicitou-nos uma avaliação que propiciasse um olhar crítico, do ponto de vista da educação, dos resultados obtidos com as atividades realizadas com as mulheres/mães.

Sendo assim, nossa pesquisa de campo tem como objeto a avaliação do Projeto Colmeia. Esta, por sua vez, tem como foco os saberes relacionados à prevenção por parte das mulheres que dele participaram, privilegiando-se os seus discursos sobre os temas contemplados.

Embora a Equipe Técnica do Centro Corsini, pelo menos até o ano de 2001, tivesse reuniões mensais de Educação Continuada, nas quais procurava-se discutir teorias a respeito das práticas desenvolvidas, não havia uma sistematização analítica efetiva, de modo a realimentar o Projeto. Assertivamente, os referenciais teórico-metodológicos do Projeto Colmeia trouxeram os resultados esperados pela Equipe: a sensibilização dos grupos de mulheres para compreender o corpo e a sexualidade, facilitando a abordagem para prevenção de DST/Aids.

De nossa parte, observamos que a presença das facilitadoras, na condição de pessoas que convivem com HIV/Aids, tornou possível uma aproximação com a questão, de modo a tangir a existência da aids em seu cotidiano e a necessidade de mudança nas atitudes com relação às pessoas portadoras de HIV/Aids.

Tais benefícios sugerem que as temáticas relacionadas à aids podem trazer mudanças significativas e mais: que não são conseqüências da aids – que não existem porque a aids existe, mais que talvez a aids exista porque essas mudanças já deveriam ter ocorrido. Em outras palavras, a discussão da aids existe para ocupar um espaço na discussão de questões

fundamentais sobre a qualidade de vida, melhorando os relacionamentos, a cidadania, o trabalho e o cuidado de si.

Assim, a aids é um mote para discutir e atender demandas reprimidas de valorização do indivíduo, de respeito e de confiança – fatores imprescindíveis para a prevenção mas não só para ela; para toda e qualquer sociedade que se pretenda saudável e justa.

Buscamos, até aqui, realizar minimamente uma contextualização histórica do Projeto Colmeia como atividade mais expressiva, objetiva, consciente e direcionada da educação para a prevenção realizada pelo Centro Corsini, construindo assim conhecimentos dos diferentes indivíduos e das realidades em que vivem. Tais conhecimentos podem ser úteis na definição de um amplo projeto coletivo, radicalmente democrático.

A contextualização atende ao princípio de que os modelos de avaliações devem ser produzidos de acordo com a comunidade a ser avaliada, da qual faz parte - além do público alvo – também a instituição que realiza um conjunto de ações, em suas tentativas de produzir mudanças em determinadas situações.

Embora o Projeto Colmeia não tenha em sua concepção a clareza e a dimensão possível do referencial teórico aqui privilegiado, acreditamos que a relevância deste Projeto está justamente em contemplar perspectivas fundamentais para a prevenção e presentes nos Estudos Culturais. Nestes, o sujeito pesquisado tem papel fundamental na construção do conhecimento acerca da realidade. Este papel não se restringe apenas ao de informante ou de alvo de ações, incapaz de participar dos processos de subjetivação. Ao contrário, contempla a sua capacidade de reconstruir a realidade de acordo com sua cultura, com seus valores.

É desta forma que o Projeto Colmeia, em seus dez anos de história, tem priorizado o sujeito que é objeto das ações de prevenção: acreditando na capacidade deste intervir na própria realidade e de construir um saber de acordo com os seus valores. A atuação das mulheres/mães portadoras do vírus, como agentes facilitadoras das reuniões do Projeto imprimem a valorização maior destes sujeitos como forma a criar cumplicidades e interações proveitosas na construção da educação para a prevenção.

3.3 – A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

O objetivo da avaliação que compõe esta pesquisa é o de compreender as formas de apreensão dos saberes de prevenção das DST/Aids, por parte das mulheres que participaram das atividades educativas do Projeto Colmeia, de modo a subsidiar reformulações nas atividades desenvolvidas, sobretudo no que diz respeito ao modo como as mulheres apreendem o conteúdo relacionado à prevenção.

Para esta pesquisa, procuramos problematizar o resultado da avaliação do Projeto Colmeia, partindo do princípio que este é um tipo de produção de uma cultura relativa à aids, que envolve valores relativos à conduta social, de modo a perceber como o objeto da avaliação (no caso os saberes das mulheres relacionados à prevenção) produz novos sujeitos (mulheres com saberes sobre prevenção e que podem atuar no cuidado de si e dos outros, como agentes multiplicadoras destes saberes para maridos, filhos, vizinhos etc.).

Inicialmente, no primeiro semestre de 2001, foi preciso uma discussão entre a pesquisadora e a Equipe Técnica de Educação do Centro Corsini, sobre o Projeto Colmeia, de modo a perceber o quê e como eram desenvolvidas as atividades. Em seguida foram elaborados, por esta pesquisadora, o Projeto de Avaliação (contendo o referencial teórico da avaliação e os objetivos, descritos oportunamente) e os instrumentos de

coleta de dados que, ao serem submetidos à análise da Equipe Técnica, foram testados em um pequeno grupo de três mulheres. Ao aprová-los, a Equipe passou a agendar os grupos de discussões nas creches com as mulheres, públicos alvo da pesquisa.

A elaboração dos instrumentos de coleta de dados tomou como pressuposto a dificuldade, por parte das mulheres de baixa renda e escolaridade (que compõem o público alvo) em verbalizar temáticas que envolvem corpo, sexualidade e prevenção de DST/Aids – objetivos do Projeto Colmeia – e que não raro estão permeadas de culpa, vergonha e medo.

Desta forma, como instrumento de coleta de dados, elaboramos um roteiro com questões abertas e acompanhadas de desenhos, os quais continham imagens relacionadas com as temáticas desenvolvidas no Projeto Colmeia (situações de risco, de preconceito, de possíveis doenças oportunistas, formas de prevenção, solidariedade, cidadania, etc.), e que aqui interessa avaliar os saberes relacionados.

Assim, a escolha do conteúdo do desenho, ou seja a imagem associada a uma situação enunciada na questão a ser discutida, foi feita pela pesquisadora em função dos conteúdos trabalhados nos objetivos do Projeto Colmeia. Porém, o traço e o acabamento estético, assim como o estilo e os personagens, foram criação do desenhista⁵⁹, jovem adolescente que, certamente deixou em sua criação aspectos relacionados com a maneira com a qual percebe o fenômeno da aids, criando assim um “texto”, uma leitura própria sobre a aids. Os personagens por ele criados são generalizantes, contudo sem criar estereótipos, mas as situações são específicas e é sobre estas que pretendemos obter a reflexão das mulheres.

⁵⁹ Chico Corbet, na época com 17 anos, desenhista *free lancer*, residente em Campinas.

Neste processo criativo das imagens especificamente, a pesquisadora não interferiu, por acreditar que outros olhares poderiam enriquecer e ampliar o processo. Assim, quando a situação envolvia sujeitos, normalmente o desenhista optava por figuras muito jovens, talvez como resultado de um processo de identificação próprio. Embora estas imagens pouco tenham de relação específica com as mulheres que compõem o público alvo, acreditamos que tal fato não prejudicou a pesquisa, visto que possibilitou o distanciamento muitas vezes necessário para que se possa discutir determinadas temáticas.

Por outro lado, a liberdade que o desenhista teve para abordar o assunto trouxe alguns problemas de ordem conceitual-técnica que não foram previstos nem percebidos por esta pesquisadora. Alguns exemplos podem ser citados como a inexistência de luvas e máscaras para o médico ou enfermeiro cuidar do paciente, ou um médico excessivamente paramentado para entregar resultado de exame. Se isto se constituiu em um problema, também pôde trazer a concepção de uma pessoa leiga na temática da aids, exacerbando aspectos que possam ser para ela significativo quando se fala de aids. Em outras palavras, o médico excessivamente paramentado pode ser um indicativo para este desenhista de que a aids é um fenômeno circunscrito à medicina altamente especializada tecnicamente; e, a ausência de luvas e máscaras, um desconhecimento dos cuidados que todo profissional, ao tocar o corpo de outra pessoa, deve tomar medidas de higiene para proteger a si e ao paciente. Porém, as situações descritas não mediam um conhecimento técnico, mas sim procuravam despertar saberes, mobilizar as emoções para o objetivo proposto.

Nesta pesquisa o público alvo – dado suas características de baixa renda e baixa escolaridade – tem dificuldade em racionalizar e verbalizar sobre o tema pretendido. Acreditamos que tal dificuldade pode ser minimizada se adotamos imagens como mote para a discussão sobre o

tema, já que as imagens se conectam diretamente com a emotividade e, desta forma, tendem a se impor sobre a racionalização que poderia inibir a discussão.

Ferrés (1998), ao discorrer sobre aspectos relativos à imagem, aponta também para as suas formas de atuação, qual seja a de mobilizar sentimentos e emoções, ao mesmo tempo em que ela possui um caráter socializador, ao incidir nas crenças e nos comportamentos. Desta forma, as imagens são reguladoras de conduta, veículos privilegiados para a implantação de modelos de vida. Além disso, as imagens, ao se conectarem com forças motoras tais como emoções, desejos, temores e paixões, oferecem implícita ou explicitamente, uma saída para a tensão que geram, uma proposta de solução do conflito:

“Quer dizer, se por um lado a imagem reflete ou ativa o conflito, por outro o concretiza e, a partir daí, o canaliza, dá-lhe um sentido, uma direção. Uma imagem que se conecta como o sentimento do temor, não apenas ativa este sentimento. Ao encarnar o medo, o define, o concretiza. Conseqüentemente, indica o que há que temer. Uma imagem que se conecta com o sentimento de admiração, não apenas excita este sentimento. Além do mais, dá-lhe um sentido, sugerindo o que é que há que admirar. Enfim, cada vez que a imagem tem conexão com uma realidade, está conferindo sentido a esta realidade.” (Ferrés, 1998:42).

A estratégia dos desenhos – tanto para sensibilizar como para gerar frases, por parte das entrevistadas – além de contemplar as dificuldades já citadas, também serviu para oportunizar a manifestação de saberes muitas vezes difíceis de serem enquadrados segundo a perspectiva de quem avalia, mas carentes de reconhecimento – necessário à avaliação e necessário às entrevistadas, que precisam se tornar sujeitos neste processo de enfrentamento da epidemia em todas as suas dimensões.

A aplicação desses instrumentos de coleta de dados se deu em três grupos agendados em creches da FEAC, onde nós nos apresentávamos e procurávamos explicitar o caráter daquela atividade de avaliação. Não pretendíamos quantificar o saber daquelas mulheres em relação ao apreendido no Projeto Colmeia, mas sim compreender o quê e como elas tinham apreendido: quais os temas mais lembrados e porquê; o quê era mais lembrado naquele tema; como elas associavam tais temas com seu cotidiano, com sua vida.

As questões eram enunciadas pela pesquisadora e as entrevistadas tinham a oportunidade de também desenhar ou escrever (em folhas sulfites) o que elas sentiam ou sabiam acerca do tema discutido. Se elas não quisessem ou não pudessem escrever (algumas não sabiam mesmo, ou tinham vergonha ou até mesmo estavam com crianças pequenas no colo) as auxiliares de pesquisa anotavam o que estas queriam dizer. Muito embora a participação não fosse obrigatória, o desejo de mostrar o que tinham aprendido – talvez como forma de recompensar o trabalho da Equipe do Colmeia – elas demonstravam grande interesse em participar e mostrar os seus saberes.

A estratégia das frases foi utilizada como forma de captar a expressividade humana. Berger & Luckmann (2002), ao discorrer sobre a linguagem e o conhecimento na vida cotidiana, enfatizam que a compreensão da realidade da vida cotidiana se faz através da linguagem, e:

“Deste modo, a linguagem é capaz de se tornar o repositório objetivo de vastas acumulações de significados e experiências, que pode então preservar no e transmitir às gerações seguintes.” (Berger & Luckmann, 2002:57).

Sendo assim, acreditamos que a linguagem, como expressão primária da vida cotidiana, expressa também o conteúdo apreendido no Projeto Colmeia, desde que não haja critérios que encapsulem a linguagem em formalidades pré-determinadas. O que era solicitado na avaliação era

qualquer frase ou palavra que as mulheres lembrassem ou julgassem importante para aquele tema discutido. Desta forma, em algumas frases registradas ou faladas por elas, encontramos não “respostas”, mas perguntas, interpelações ou situações vivenciadas, mas que nos remetem ao jogo relacional no qual elas constroem o saber sobre a aids, sobre a própria experiência de vida.

Para a realização desta avaliação, foram contatadas vinte e uma mulheres/mães que participaram das atividades do Projeto Colmeia até o ano de 2001 e que se mostraram interessadas em participar do estudo de caso, realizado em três creches alvo do Projeto, após o final das suas atividades diárias. A aceitação foi quase unânime, sendo negada apenas por aquelas que não tinham disponibilidade de tempo. Participaram dez mulheres na primeira creche, três na segunda creche, e oito na terceira creche. Evidentemente os nomes verdadeiros das creches e das mulheres não serão aqui revelados, confirmando o que havíamos acordado com elas de não ser necessária a identificação, já que não estávamos avaliando-as, e sim ao Projeto.

Os grupos de discussão (com aplicação dos instrumentos), foram realizados entre outubro e novembro de 2001, com a participação desta pesquisadora e de duas auxiliares de pesquisa da Equipe Técnica do Centro Corsini.

3.4 – QUEM SÃO ESTAS MULHERES?

As mulheres para as quais o Projeto Colmeia se aplica – e que aqui fazem parte do grupo a ser ouvido para esta avaliação – são as mulheres de baixa renda, com filhos entre zero e seis anos, matriculados nas creches filiadas à FEAC. Embora seja uma das funções destas entidades o acompanhamento diário destas crianças, não é condição essencial que a mãe esteja trabalhando para que seus filhos estejam nas creches, pois o

princípio é o de que a convivência com outras crianças e com profissionais especializados seja um direito da criança, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 54.

Sendo assim, nem todas as mulheres cujos filhos estão nas creches que participam do Projeto Colmeia estão trabalhando. Há casos de mulheres que são empregadas domésticas; outras que não trabalham fora, permanecendo no lar cuidando dos afazeres domésticos e de seus outros filhos e marido; as que fazem trabalhos temporários e aquelas que estão desempregadas ou procurando trabalho. O grau de escolaridade é, em média, o primeiro grau completo, mas há muitas que têm em média de 3 a 4 anos de escolaridade e outras que têm o segundo grau também. Muitas são do estado de São Paulo, outras são de outros estados. Mas tem aquelas que nasceram e cresceram na cidade de Campinas. Elas têm em média, 28 anos. Evangélicas ou católicas, algumas são casadas, outras tantas separadas, outras se dizem solteiras com companheiros...

Diante da diversidade desta população do Projeto e do desenho de avaliação (qualitativa) aqui proposto, decidimos não caracterizar, nos moldes acadêmicos tradicionais, o grupo pesquisado. Entendemos que tal caracterização tradicional pode ser efetiva quando se opta por deduções para serem extrapoladas para uma população, carecendo de critérios de validação científica confiável matematicamente. Não é o nosso caso. O que pretendemos com esta pesquisa é compreender “como” e “por que” essas mulheres apreendem um determinado conteúdo relativo à prevenção e, portanto, a participação em seus universos culturais proporciona elementos mais explicativos para este propósito. Em outras palavras, saber como elas vivem não do ponto de vista matemático – em termos de renda mensal (já sabemos que vivem precariamente, na periferia, dependendo dos aparelhos públicos) ou de grau de escolarização ou mesmo em termos de situação conjugal, o que é extremamente subjetivo: qual a diferença de ser “casada” ou “amasiada”? – mas do ponto de vista de seu cotidiano, das

estratégias culturais que elas desenvolvem para sobreviver diante de tantas adversidades financeiras, institucionais ou legais.

Diante de tantas adversidades, optamos por construir uma narrativa pretensamente literária, fictícia mas baseada em relatos que pudemos presenciar, na condição de pesquisadora da área de educação e saúde, na medida em que algumas destas mulheres vieram até nós expor suas dúvidas, suas angústias. Foi este o material bruto que utilizamos para descrever quem são e como vivem estas mulheres e que agora oferecemos para a leitura, não para validar um conhecimento dito científico sobre elas, mas para situá-las como pertinentes ou interessantes para nossa pesquisa, para mobilizar as emoções e criar a compreensão que desejamos: apesar da diversidade, considerando as singularidades, a cultura como um “cadinho” capaz de reunir os elementos para a produção de respostas para sobrevivência cotidiana dessas mulheres.

Já passava do meio-dia daquele Sábado ensolarado, véspera do primeiro dia das mães do novo milênio, e o almoço em homenagem às mães da creche mal começara a ser feito. Depois de mais de um mês de preparação, a maioria das mulheres que utiliza a creche para deixar seus filhos menores de seis anos, usufrui seu trabalho de participação naquele equipamento social.

As mãezinhas (como as assistentes sociais costumam chamá-las), estavam com suas melhores vestimentas: algumas de vestidos rodados formando ondas que oscilavam entre o colorido e o desbotado pelo tempo; outras, em suas calças de malha que se ajustam a quaisquer formas, escondiam o corpo cansado e maltratado. Não faltaram camisetas promocionais, como as do Projeto Colmeia, que identificam-nas como mulheres e mães, lembrando-lhes alguns momentos nos quais elas se

encontraram e foram cúmplices de sua condição de mulher e de aprender coisas sobre si mesmas, seu corpo e sua saúde.

Corpos marcados pela ausência de cuidado e de assistência, cansados de muito trabalho e de gestações quase ininterruptas, revelavam uma outra estética de corpos femininos diferente das veiculadas pela TV que essas mulheres tanto assistem.

Elas demonstravam uma alegria que não era muito comum para boa parte delas. Aquele estilo musical - embora não fosse típico da região da qual elas fazem parte, visto que a grande maioria é do estado de São Paulo - contagiava a quase todos ali presentes: mães e filhos dançando entre si, pois boa parte delas não tem companheiros e, aquelas que os têm, raramente podem contar com seus maridos para serem felizes. Muitos deles, alcoólatras, preferem ficar com seus amigos no bar mais próximo da favela. Outros, mesmo no final de semana, não têm tempo ou condições de vivenciar a vida familiar.

Mesmo estando acostumadas a almoçar cedo, a fome ainda não incomodava Aparecida e Socorro, que resolveram parar para descansar debaixo da amendoeira no quintal da creche. Observam de perto Pedro e Flávio, brincando com outras crianças, rebentos que de comum tinham o fato de não terem sido planejados mas que eram muito amados.

Aquele lugarzinho era especial para as crianças pois dali observava-se facilmente qualquer mãe que estivesse chegando para buscar seus filhos, ao final de um dia de muito trabalho ou de infindáveis buscas por emprego. Naquela tarde, ali seria o palco para um raro momento entre mães e filhos e entre duas mulheres, cúmplices no mesmo destino: o de ser mulher e mãe.

Aparecida, encabulada que era, puxa assunto com Socorro, mais extrovertida que se aproxima para melhor ouvir a pergunta da outra “mãezinha”:

- *“Viu, você não conhece nenhuma casa que esteja precisando de alguém?”*

Socorro, já entendendo que se tratava de alguém que precisava de trabalho, prontamente pergunta:

- *“Por quê? Você não tem marido não?”* Aparecida responde tentando esconder a irritação com a pergunta:

- *“Tenho sim, mas ele está desempregado faz dois anos... acho que ele cansou de procurar e agora só vive de biscates e, sabe como é, eu tenho criança pequena em casa, não dá para viver assim.”*

- *“Pois eu não sei? Eu tenho dois e já sinto na pele faz tempo.”*

- *“Mas você é tão novinha... Quantos anos você tem?”*

- *“Vinte e cinco, mas não tenho marido não. Nem pensão, o que é pior.”*

Responde Socorro, desapontada consigo mesma.

- *“Como assim? Você queria ter marido não?”*

- *“ Não! Já chega! tentei duas vezes, agora não quero mais homem nenhum dizendo para mim o que tenho que fazer. A única coisa que consegui foi ter filhos de dois homens, e nenhum serviu nem para dar pensão para as crianças. Mas sem pensão é muito difícil. É só o meu dinheiro que entra, contadinho, às vezes não dá e as crianças passam necessidade. Crio eles sozinha – quer dizer, sozinha não, só eu e Deus.”*

- *“Pois eu me sinto sozinha mesmo com marido.”*

- *“E por que continua com ele?”* Pergunta Socorro toda arrogante.

- *“Porque sou evangélica e aquilo que ‘Deus uniu a gente não pode separar’”.*

- *“Isso aí é conversa fiada, vai ficar sofrendo, amargando para o resto da vida? Será que Deus quer isso da gente? Eu até acredito em Deus, sou católica, vou à igreja e tudo, mas seguir assim tudo o que dizem, isso eu não*

...sigo não. Eu é que tenho que cuidar da minha vida, não tem ninguém que faz isso por mim”. Desta vez foi Socorro quem se irritou...

Fez-se um silêncio profundo entre as duas. Ainda bem que as crianças estavam ali perto e elas puderam disfarçar o incômodo prestando atenção nos respectivos filhos. Socorro implica com Flávio, seu filho caçula de seis anos, pois ele sempre quer ser a menina nas brincadeiras. Ela se irrita mas ao mesmo tempo se arrepende, ao lembrar o que a psicóloga disse: “- ele tem problemas”.

Socorro logo muda de expressão. Seu semblante fica triste, anuviado. Lembra aquela tarde em que Jackson, pai de Flavinho, foi preso. Ainda pode ouvir os passos dele correndo por entre os casebres de alvenaria da favela e os tiros da polícia em sua perseguição. De repente, ele entra, coloca uma cadeira sobre a mesa e se esconde no forro da casa, compartimento este que ela nunca entendera porque ele havia feito daquele jeito.

Quando Socorro percebe o que está acontecendo, rapidamente retira a cadeira, e é o tempo exato para a polícia adentrar em sua casa e revistar os dois pequenos cômodos.

- “Onde é que ele está? Onde é que ele está... não adianta esconder não que a gente já sabe que ele mora aqui!” Gritou um policial com a arma em punho.

- “Ele quem moço? Eu não sei de nada não...” Socorro tenta despistar atônita.

- “Teu marido, mulher, não adianta dar uma de santinha não que senão tu também ‘entra em cana’, nem que seja para a gente colocar ‘farinha da boa aqui...’”

Naquele momento, Socorro que tinha feito o primeiro grau no Supletivo, sabia que não era para desafiar nem ignorar a polícia, pois poderia mesmo ficar pior para ela. Resolveu sair para a sua área externa no fundo, quieta, acalmando seus dois filhos enquanto três policiais revistavam tudo a

procura de drogas, se deliciando em revirar colchões, armários e os poucos mantimentos que ela tinha sob a pia da cozinha.

Alguns minutos se passaram e eles logo voltaram a perguntar por Jackson:

- “Onde ele está mulher, dá logo a dica onde teu marido foi se esconder!”

Flavinho, ingenuamente aponta para o telhado e diz:

- “Tá lá”.

Daquele dia em diante Socorro sabia que sua vida não seria a mesma, nem a de seu filho Flávio. Como ele poderia conviver com a lembrança de ter entregado seu pai para a polícia?

Depois de quase dois anos preso por tráfico de entorpecentes, Jackson voltara e infernizara a vida de todos, em particular de Flavinho, o qual espancava constantemente. Revoltada, Socorro conseguiu colocar o marido para fora de casa, mas Flavinho não se recuperou e assumiu uma passividade tão grande que se manifestava nos trejeitos femininos que as monitoras da creche resolveram encaminhá-lo à psicóloga, de quem a frase até hoje assombra Socorro: “- Ele tem problemas”.

Agora é Aparecida quem insiste:

- “Conhece ou não conhece alguém que precise de mim?”

- “Posso procurar saber. Você aceita ser diarista como eu? Ganha mais do que numa casa só, mas trabalha muito mais...”

- ‘Você acha que eu estou em condição de escolher? Tenho três filhos e uma netinha em casa.’

- “O quê? Você já é vovó?”

- “É, até que não sou tão velha quanto pareço: tenho trinta e seis anos, mas eu comecei cedo e minha filha resolveu seguir o meu caminho e engravidou com dezesseis anos.”

- “E é você que cria? Ela não tem marido não?”

- “Não.” Responde reticente Aparecida, envergonhada pela filha Denise.

Novamente um silêncio profundo. Aparecida lembra que nem brigou com sua filha quando ela disse que estava grávida. Ela nunca soube como falar para a filha não repetir a mesma bobagem que ela tinha feito: não estudar, não ter uma profissão, ser dependente dos outros e acreditar que assim poderia ser feliz com seu homem e filhos, somente.

Sonhos desfeitos, decepção. Talvez por isso ela não tenha insistido para que Denise ficasse com o pai de sua netinha. “Para quê?” Aparecida sabia que casar não faria a sua filha mais feliz, assim como ela também não era. O casamento não garantiria que tudo seria como um conto de fadas. Afinal, seu marido não era o que poderia se chamar de exemplar pai de família, que dirá de esposo.

Aparecida não queria que sua filha “vivesse em pecado” com ninguém, por isso continuou a tratá-la como filha, em sua casa, aceitando-a com a netinha. Só restava então rezar, diariamente, para que Denise encontre um namorado legal e não lhe arrume mais netinhos. Mas, por outro lado, ela sabe que mais dia menos dia isso irá acontecer. Não sai de sua cabeça o que a médica do posto de saúde disse para ela: “Sua filha está com HPV”.

Aparecida pensa e repensa. Ela fez o “cursinho” do Projeto Colmeia e sabe que “tem o vírus da aids que é alguma coisa assim parecida”. A médica disse que “não era aids não, mas que podia ser”. Pensa continuamente, ignorando a outra mãezinha ao lado: “Como é que é isso? É ou não é? Se não é, por que ela disse que podia ser? Será que é porque

Denise ‘namora’ e não usa camisinha? E se ela emprenhar novamente? Por que será que a médica não dá para ela a mesma injeção que me dá para não emprenhar? E se ela ficar doente? E se eu comprasse camisinha para ela? Por que eu não compro... Será que a Socorro compra?”

Seu filho Pedro é quem lhe traz de volta à festa:

- “Mãe, mãe, posso ir dançar forró?”

Aparecida está confusa: alegre e triste ao mesmo tempo. Seu filho vai ser mais feliz do que ela: Ele ainda quer dançar forró. Ela, faz tempo que não dança mais. Seu marido não gosta dessas coisas e então ela também acabou por esquecer como é bom dançar, como faz bem para o corpo, para a alma.... Mas seu filho vai ser um “pé de valsa” – vai ser tudo o que ela não pode mais ser. Ela responde:

“Vai filho, vai logo, vai ser feliz!”

Este momento de alegria a fez retomar a conversa com Socorro que continuava ali, sem saber se devia ou não impedir Flavinho, pai de Pedro. Ela logo teve medo de ser mais uma manifestação daquilo que a psicóloga falava: “- ele tem problemas...”.

Mas como ela não tinha certeza de que problemas a psicóloga falava, Socorro deixou que seu pequeno também fosse ser feliz e foi junto, porque ela sabe que não tem marido nenhum para impedi-la de dançar. Enquanto isso, Aparecida contente em ver a alegria deles, foi em busca de seu sonho possível: o de trabalhar e criar as condições de seus filhos terem um destino diferente do seu. Lentamente se aproxima de outra mãezinha e pergunta:

- “Viu, você não sabe de alguma casa que precisa de mim?”

3.5 - O ESTUDO DE CASO: A AVALIAÇÃO DO PROJETO COLMEIA.

A contribuição que aqui se pretende com o estudo de caso, avaliando esse Projeto, é uma análise dos processos de apreensão dos saberes promovidos no âmbito da prevenção de DST/Aids para as mulheres de baixa renda. Neste sentido, optou-se por uma avaliação que tem como objeto as falas das mulheres que constituem o público alvo sobre os temas discutidos no Projeto.

Privilegiando o saber construído por estas mulheres, através do Projeto Colmeia, como o foco desta avaliação, temos uma decisão teórico-metodológica que vem ao encontro da explicitação do poder que elas têm para a construção da própria subjetividade em relação à aids. Nesta perspectiva, “a subjetividade não é nem um dado nem tampouco um ponto de partida, mas da ordem da produção.” (Birman, 2000:80). Esta produção, decorrentes das “tecnologias do eu”, encontram nos discursos alternativos para a construção do sujeito em direção ao cuidado de si.

Partindo do princípio de que avaliação pode ser simplesmente definida como um: “processo sistemático para determinar até que ponto um programa ou intervenção atingiu os objetivos pretendidos” (*Center for Aids Prevention Studies, apud Sessions, 2001:8*), devemos ressaltar algumas dificuldades que tais processos podem explicitar.

Primeiramente, destacamos a dificuldade em determinar, claramente, objetivos em situações onde as interações humanas prevalecem. Outra dificuldade é a urgência de se conter a epidemia, sobretudo em países de economia periférica, como é o caso do Brasil, através de instituições do tipo ONGs/Aids cuja cultura organizacional é relativamente recente, conforme descrito no capítulo dois deste trabalho e na primeira parte deste capítulo.

É possível que a maior dificuldade encontrada seja o resultado desta urgência das ações preventivas, que estreita as margens para elaboração de propostas claras e bem definidas. Porém, isto não inviabiliza a

possibilidade de retradução e adaptação de técnicas avaliativas oriundas de países tradicionalmente preocupados com a relação custo-benefício, como forma de trazer subsídios para mudanças.

Sessions (2001), ao discutir monitoração e avaliação em programas sociais de prevenção, aponta a importância que estas podem ter em identificar os processos pelos quais um determinado resultado é obtido, de modo que as experiências bem sucedidas possam ser reproduzidas em outras situações ou mesmo melhorando a sua efetividade. A avaliação também pode demonstrar o sucesso de tais programas tanto à comunidade quanto aos órgãos financiadores já presentes ou potenciais. Entendemos que a avaliação, ao nos dar pistas do modo como o programa ou projeto atinge efetivamente seus objetivos, beneficia o público alvo na medida em que pode torná-lo mais adequado e beneficia sua equipe ao apontar mudanças institucionais necessárias para aprimorar a prática.

As mudanças podem ser na alocação dos recursos, nas atividades desenvolvidas, na definição da população em questão ou mais restritas, como por exemplo quando há mudanças no conteúdo das suas práticas.

Segundo Spink (2001), as avaliações podem servir para reorientar mudanças no sentido de aprimorar instituições e ações, dependendo do modelo de avaliação a ser seguido. Este autor identifica quatro orientações nos modelos de avaliação, descritos a seguir.

Dois destes modelos podem ser identificados a partir da idéia de que a avaliação seria capaz de descrever “o que aconteceu”, oferecendo um retrato fiel capaz de reproduzir, então, erros e acertos que poderiam ser reprimidos ou repetidos. Derivam então os modelos “o que aconteceu – prestação de contas” e “o que aconteceu – aprendizagem”.

No primeiro modelo, “o que aconteceu, prestação de contas”, os objetivos, metas, resultados, e indicadores assumem um caráter

imperativo e normativo, “levando a julgamentos do tipo bom-mau, e sucesso-fracasso em relação aos custos e resultados.” (Spink,2001:14).

O segundo, “o que aconteceu – aprendizagem”, também se ocupa do que aconteceu, mas volta-se com mais intensidade às possibilidades de aprendizagem e melhoria, buscando aperfeiçoar futuras ações.

Estes dois primeiros modelos pressupõem a existência de objetivos e de medidas de desempenho e eficiência precisos. No caso do Centro Corsini, ainda que seus programas e projetos tenham todas as definições cabíveis e imprescindíveis às exigências dos órgãos nacionais e internacionais de financiamento, tais modelos não se aplicam, para o nosso propósito, com toda propriedade visto que a intenção é a de priorizar as nuances, as diferenças, o aprimoramento constante – resultado de uma história de atuação democrática, em que instituição e população formam uma parceria capaz de traçar objetivos e metas cambiáveis constantemente.

O terceiro modelo, identificado como “sendo útil”, refere-se:

“(...)às abordagens de avaliação que se orientam pela preocupação com os atores envolvidos: se eles conseguiram fazer aquilo que queriam e se isso era de fato importante como pensaram; se o planejado foi feito e se o resultado era o esperado; se o projeto e, portanto, o apoio prestado foi útil. O foco do trabalho é na comunicação de preocupações com o diálogo, com metas aproximativas e não com objetivos precisos, medidas de desempenho e eficácia.” (Spink,2001:14).

O quarto e último, não menos importante modelo, identificado como “o que isso quer dizer”, coloca a avaliação menos para controlar ou melhorar e mais para entender os processos sociais mais amplos presentes. Neste sentido, contribui para a problematização da intervenção em termos culturais, adequando as instituições às realidades investigadas.

Estes dois últimos modelos dão origem ao modelo que Spink (2001) chama de “avaliação democrática”. Este combina a preocupação com atores envolvidos tanto no nível mais específico – como um sujeito que se realiza enquanto agente social, cujo objetivo é o de melhoria das condições humanas a partir do desenvolvimento institucional, do êxito dos projetos, de ser útil para a população; seja como um sujeito que é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de programas ou projetos com o mesmo objetivo – como no nível mais amplo, de sujeitos com a preocupação de poder contribuir para uma sociedade mais justa, mais igualitária e mais saudável a partir da possibilidade de contemplar as diferenças sociais e a efetiva construção da cidadania.

Ou, como nas palavras de Spink:

“Afim, ‘sendo útil’ não é somente uma questão de resolução de problemas, mas da contribuição também para as instituições e processos de governança, para os direitos de minorias que são freqüentemente maiorias e que estão tão presentes no cotidiano quanto os outros”. (Spink,2000:15).

O modelo de avaliação democrática além de pressupor a participação dos diferentes atores envolvidos, pressupõe também que além dos avaliadores e suas respectivas técnicas e saberes, as comunidades envolvidas podem contribuir e demonstrar competência e opinião, afastando-se da postura tutelar comum nos modelos tradicionais de avaliação. Busca concretizar uma prática de multideterminação negociada, na qual o poder é redistribuído e barreiras de exclusão e mecanismos de desigualdade são minimizados. Ainda assim são métodos, porém derivados de saberes e prioridades diferentes, de valores diferentes que têm origem no lugar e que fazem sentido no lugar.

A avaliação aqui proposta pode ser qualificada como democrática, conforme proposto por Spink (2001), porque permite que estes sócios atuem reconhecendo os diferentes poderes aí existentes. A esta

qualificação, poderíamos agregar outro modelo, o responsivo, descrito por Nemes (2001), no qual seu resultado é de extrema relevância para os seus sócios. Neste modelo, os resultados embora não sejam generalizáveis, são de grande importância para o desenvolvimento da potencialidade ética, dialogando clientela e agentes institucionais na construção de uma avaliação que permita “decodificar” a realidade e, neste sentido, produzir insumos para o debate que deve preceder às mudanças necessárias nas quais as diferenças são contempladas.

Embora haja clareza sobre a dificuldade de avaliar sem que haja juízo de valor, e que tanto maior o poder maior a prevalência de um determinado juízo, entende-se também que este juízo pode ser feito em circunstâncias menos ou mais claras, onde o conhecimento emerge a partir da prática, ao longo de um caminho que se torna mais claro quando se olha para trás para ver o quanto se conseguiu avançar – este é o objetivo da avaliação, mas sem perder de vista que é um processo social que carece do envolvimento, do engajamento e da participação dos atores envolvidos.

“Temos, sim, uma dificuldade de nos entender: um com o outro. Mas o ponto de partida é claro: a valorização do lugar do outro, seus horizontes, suas formas, seus conhecimentos e suas expressões. Multi-determinação (*sic*) é o direito das pessoas serem ouvidas a partir do lugar onde estão no seu cotidiano: físico, geográfico, social e econômico.” (Spnik,2001:18).

A avaliação responsiva e democrática do Projeto Colmeia partiu da real necessidade de buscar os resultados deste Projeto, entendendo a importância destes para os seus “sócios”, como forma de redirecionamento das ações por parte de seus executores, ou como forma de valorização e incorporação do público alvo (mulheres/mães) na construção democrática das ações de prevenção.

Em outras palavras, se o objetivo de grande parte das ONGs/Aids é o de reduzir a taxa de transmissão da doença e melhorar a qualidade de vida dos já infectados, das pessoas que convivem direta ou indiretamente com o HIV, tanto o profissional quanto a população deve ser contemplada com os resultados desta avaliação – ainda que seja como forma de redirecionar as ações.

A metodologia proposta para avaliação (para nossa pesquisa, conseqüentemente) é a qualitativa, e o desenho avaliativo realizado é o de estudo de caso. Este desenho segundo Yin (1984), tem sido adequado quando:

“(...) a investigação reúne três condições: - a principal questão da pesquisa é do tipo ‘como?’, e/ou ‘por quê?’; - o foco da pesquisa está em eventos contemporâneos; - não há controle sobre eventos relevantes” (Yin,1984, apud Nemes,2001).

Ademais, o estudo de uma única situação não permite, naturalmente, resolver um grande debate teórico. Mas uma análise fina de um caso é de natureza a favorecer a uma reconceitualização do problema.

O Projeto Colmeia, dentro da perspectiva de atividade de prevenção e melhoria da qualidade de vida da população, se ocupou em promover atividades educativas que envolvem saberes sobre o corpo, sobre a sexualidade e também sobre a solidariedade e a cidadania das pessoas convivendo com HIV/Aids, saberes estes que estão determinados pelos objetivos do Projeto e que entendemos serem fundamentais para a prevenção. Para que esta avaliação fosse viável, limitou-se a um conjunto de saberes que serão apresentados a seguir.

Deve-se ressaltar que, com esta metodologia, o saber que era solicitado em uma questão do roteiro e sensibilizado através de uma

imagem, levava as mulheres entrevistadas a refletir e escrever⁶⁰ saberes ou emoções que nem sempre estavam sendo solicitados naquela questão. Em outras palavras, elas mesmas estabeleciam as complexas relações da epidemia, abrindo espaço para a subjetividade necessária a este processo.

Sendo assim, como estratégia para apreensão desta subjetividade, os desenhos apresentados eram apenas indicativos para as discussões, com situações corretas que elas poderiam mostrar a verdadeira concordância, ou com situações incorretas que elas poderiam mostrar discordância. Mas sobretudo elas deveriam expressar alguma idéia, algum sentimento, ou alguma experiência vivida. Pois era a partir dos desenhos que buscávamos as relações que as mulheres faziam em torno das questões propostas, corrigindo-as, complementando-as, questionando-as, enfim, demonstrando as formas como elas apreendiam o fenômeno.

3.6 – OS RESULTADOS

Nesta seção, optamos por apresentar as questões que orientaram nosso estudo de caso e sua respectiva imagem associada, numeradas de um a quinze com as análises sobre os comentários de nossas entrevistadas em seqüência.

Os nomes atribuídos às nossas entrevistadas são fictícios, mas procuramos ser o mais fiel possível ao significado de suas falas, aqui transcritas sem alterar o conteúdo, porém com algumas correções gramaticais para facilitar a compreensão do leitor.

Para melhor compreensão da análise aqui pretendida, utilizamos o recurso gráfico de negrito para destacar o conteúdo da fala que pretendemos analisar.

⁶⁰ As falas aqui serão transcritas sem alterar o conteúdo, porém com algumas correções gramaticais de modo a facilitar a compreensão do leitor e os nomes das entrevistadas são fictícios.

1ª. Questão
O que significa aids?



a _____

i _____

d _____

s _____

Na primeira questão, inicialmente pretendíamos identificar se as mulheres sabiam o que era aids. Como recurso, pensávamos explorar a condição de que a palavra aids já fora considerada uma sigla, que significava Síndrome da Inumo-Deficiência Adquirida. E, portanto, explorar a idéia de que não se morre de aids, mas sim das doenças oportunistas. Porém, sabíamos que isto não era um conteúdo objetivamente indispensável para a prevenção e que as entrevistadas dificilmente teriam em seu universo cultural assimilado conteúdos específicos relacionados à sigla. Mas resolvemos explorá-la não como um saber necessário, mas como mote para uma atividade lúdica, para a descontração.

Assim, utilizamos a palavra para a brincadeira da “forca” e iniciamos a temática da aids. A imagem associada de uma mulher assustada serviu para garantir que, caso elas não soubessem este conteúdo, nenhuma delas iria para a “forca”, pois queríamos saber como elas entendiam a aids.

Obviamente a grande maioria não sabia o significado da sigla. Porém, as respostas apresentadas demonstram um saber relacionando com suas experiências, suas representações sobre vida, morte e religiosidade. Ou ainda, podemos observar na primeira resposta da entrevistada Heloísa, a elaboração de um saber a partir de seus sentimentos, incluindo novos significados para a suposta sigla:

*Heloísa: Aids: A = Angústia; I = **Igualdade**; D = Dificuldade; S = **Solidão***

*Sandra: Para os ignorantes, mortes; para os **conscientes**, vida. Porque portadores ignorantes levam a morte por não querer ajuda, agora a pessoa consciente contaminada, sabe o risco de passar para outras.*

*Eunice: Aids significa uma doença que para os médicos não tem cura, mas para **Jesus** de Nazaré tem cura*

porque Ele ressuscitou Lázaro depois de 4 dias morto.

Então é o mesmo Deus, e Ele não mudou.

*Sueli: Aids é **medo**.*

*Inês: Não lembro de tudo, mas me lembra doença **transmissível**.*

*Ângela: Não sei. Mas sei que é uma doença gravíssima **sem cura** e que se desenvolve nas pessoas conforme o **organismo**.*

Glória: Aids é uma doença que mata aos poucos, tanto fisicamente como psicologicamente.

*Dulce: É transmissível no ato sexual e outros... Na vida íntima causa muita **revolta** e **sofrimento**.*

Podemos observar que, embora não haja a correlação direta com os termos técnicos, algumas entrevistadas traduziram o significado da imuno-deficiência quando relacionam aids com **organismo** e com a dificuldade de **cura**; ou ainda o significado de adquirida com **transmissível**. Porém, o que é mais marcante são os sentimentos que para elas representam a aids.

Nesta questão podemos observar que a temática da aids, mais do que introduzir conceitos biológicos, deve atender a demanda de se discutir as emoções e os sentimentos que nela se inserem e que podem mudar as representações sobre a doença, considerando a sua gravidade mas sem reduzi-la a esta gravidade. Assim, representações do tipo **doença gravíssima sem cura** (Ângela), devem ser consideradas porque de fato é uma doença grave e sem cura, carecendo de adesão aos medicamentos e acompanhamento clínico. Para que haja a necessidade da prevenção, além de ser considerada importante, também deve ser destacada a capacidade humana de intervir no sentido de cuidar de si, para que possa ser evitada. Em outras palavras, o que pretendemos não é negar a importância do conhecimento científico que gera representações como esta de nossa

entrevistada Ângela, mas que este conhecimento não se sobreponha ao indivíduo e seja destacada a importância de sua elaboração do saber e de si.

Observamos que a religião (contida na resposta de Eunice, que contempla **Jesus de Nazaré**) é de extrema relevância para a temática da aids e que apresenta vários limites. Afinal, o alento que se busca na religião pode responder às lacunas deixadas pela medicina. Porém, dado o sincretismo nacional, não é possível falar apenas de uma religião ou de uma crença, sugerindo também os limites de tempo e de recursos humanos para abordar tal questão.

Ainda que não seja atributo específico de mulheres (e considerando que apenas mulheres fizeram parte deste processo de avaliação), sentimentos tais como o **medo**, o **sofrimento** e a **solidão** ocupam o espaço de representação da doença, demonstrando a assertividade do Projeto Colmeia em desenvolver atividades que mobilizem sentimentos e subjetividades para construir novos saberes as atitudes de prevenção.

2ª. Questão

Riscos de contaminação



Na segunda questão tratávamos dos saberes em relação aos riscos de contaminação, e o desenho que a acompanhava era o de um salão de beleza onde uma cliente estava fazendo suas unhas, remetendo a idéia de risco com materiais pérfuro-cortantes. Escolhemos esta imagem porque, por mais carente de recursos que seja uma comunidade, o salão de beleza é uma realidade, ainda que com equipamentos de segunda ou terceira mão, como é o caso do secador de cabelos e da manicure – porém são elementos sempre presentes no universo cultural feminino.

A pesquisadora questionava se aquela era uma situação de risco e por que, além de outras situações que elas poderiam citar como sendo igualmente de risco. As entrevistadas responderam:

*Janice: Através do **sangue contaminado**, se o objeto não for esterilizado.*

*Inês: **Seringa**, sexo*

*Sueli: **Sexo, transfusão**.*

*Catarina: Pelo sangue, **relação sexual**, no dentista, o não uso de preservativo.*

*Eunice: Na época que estávamos participando do PROJETO, morreu um rapaz e meu marido foi ao velório, mas disse que não ficou lá dentro porque tinha muito pernilongo. Disse que ficou com medo porque o pernilongo poderia picar o morto e depois picar ele, e assim ele pegaria aids. Eu disse para ele que ele era burro, e que não precisava ter **medo**, porque o **pernilongo não transmitia a aids**.*

Foi unânime a compreensão de que aquela situação sugerida era de risco, porque representava um possível contato com sangue contaminado com o HIV.

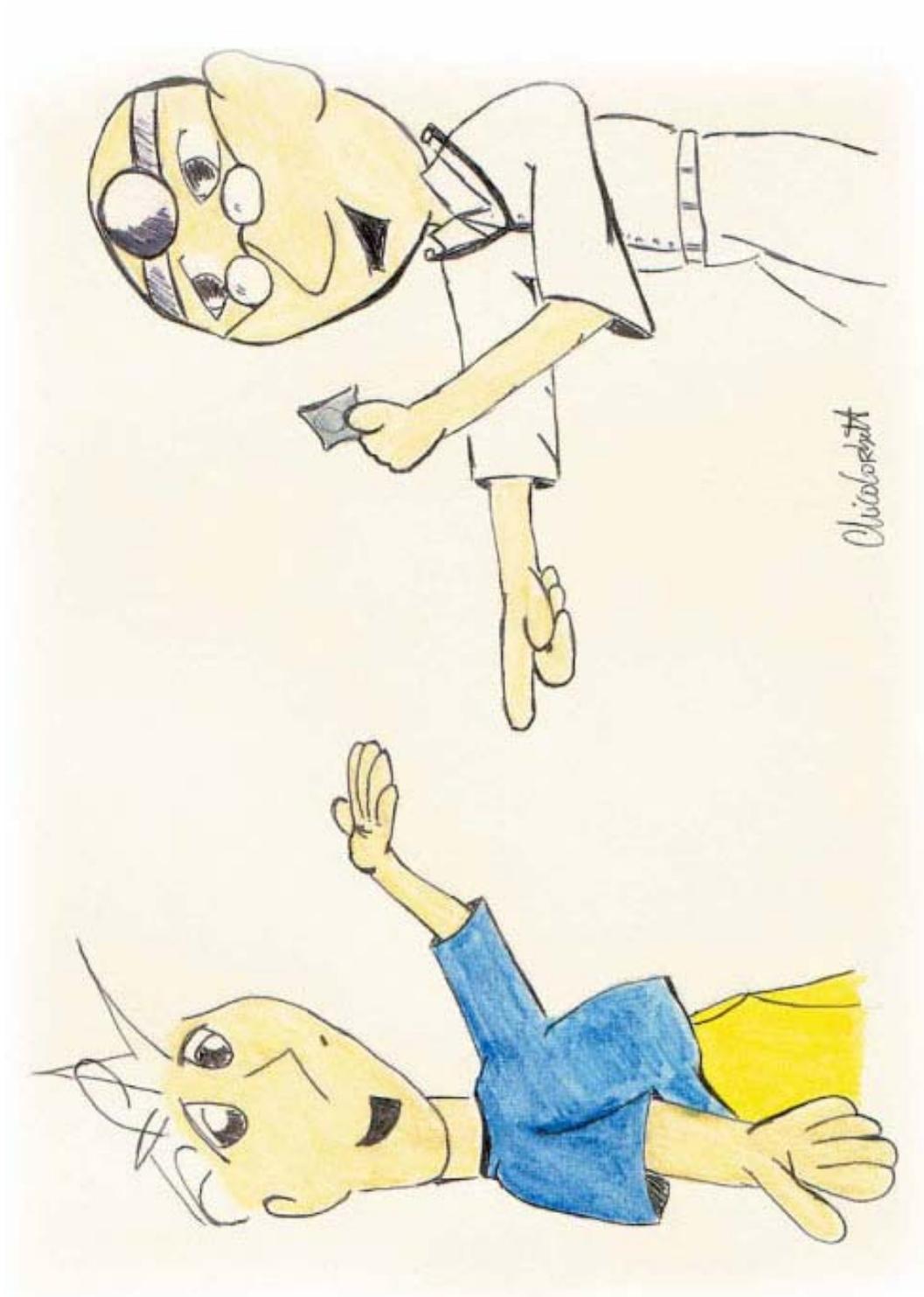
Nesta questão foi possível reconhecer uma certa limitação em relação aos possíveis riscos de contaminação, predominantemente reconhecidos como aqueles relacionados ao **sangue** ou ao ato sexual sem **preservativos**. Talvez pelo apelo da imagem, as respostas majoritariamente focaram no sangue e na necessidade de esterilização dos materiais pérfuros-cortantes.

Isto nos remete ao limite que se estabelece quando se utiliza uma determinada imagem em detrimento de outras. A associação que estas entrevistadas fizeram foi basicamente com o contato com o sangue, sem contemplar por exemplo o leite materno ou a transmissão vertical perinatal.

As representações sociais acerca do sangue, suscitadas pela imagem do alicate/manicure, estão ligadas ao sentido de perigo e ao medo, conectando as entrevistadas diretamente com situações da mesma ordem: **transfusão, seringa, medo**. Desta forma, a escolha das imagens deve ser criteriosa de forma a não limitar a discussão a um ou outro aspecto diretamente relacionado, mas sim de ampliar o espectro representacional no qual se quer intervir através das imagens.

3ª. Questão

Como fazer o teste?



A

Na terceira questão procurávamos contemplar os saberes relacionados ao teste de HIV: como se faz e onde se faz.

A importância desta questão está relacionada com a capacidade de estas mulheres compreenderem a autonomia delas em saberem se estão ou não infectadas e de que para isso não é necessária a prática comum de doar sangue para saberem se estão ou não com o vírus, de que existe um teste específico para tanto.

A imagem associada era a de um médico paramentado entregando o resultado do exame a um jovem.

Questionávamos então se as entrevistadas sabiam como e onde fazer o teste, para ver se elas identificavam outros locais ou o Centro Corsini, qualificando este como uma instituição que, além da prevenção, também poderia oferecer testagem, aconselhamento e acompanhamento clínico-assistencial para a aids. Elas responderam:

*Catarina: Tem que **tirar o sangue***

*Eunice: Pode fazer o teste se for na **Unicamp**, lá eles fazem tudo.*

*Glória: Tira o sangue lá no **Corsini** e já vê o resultado lá mesmo.*

Sandra: Acho que se você tiver com problemas, no Postinho também fazem o teste.

*Sueli interpela: Mas não é melhor ir logo no **Corsini**? Lá eles fazem tudo e dão até os remédios.*

Embora tenha havido quase unanimidade em identificar a necessidade de coleta do sangue e da existência de locais específicos para **testagem** e aconselhamento, como por exemplo o **Centro Corsini** e a

Unicamp, esta questão demonstrou um certo incômodo para as entrevistadas, revelado na resistência para as respostas. Resguardadas as especificidades desta questão, que é mais para revelar um conjunto de informações que não incita ao debate, percebemos que foi difícil para as entrevistadas falarem sobre o teste e sobre os locais: limitaram-se apenas à informação, quase sem comentários ou questionamentos. Acreditamos que esta dificuldade pode estar relacionada com a situação de **tirar o sangue**, sempre remetendo ao sentimento de medo. Além disso, percebemos um certo distanciamento em relação às instituições médicas – como por exemplo o Hospital das Clínicas da Unicamp, que representa autoridade nesta área – das quais as entrevistadas se sentem distantes.

Apontamos aqui um paradoxo para a questão institucional: as instituições, cuja finalidade última é atender as necessidades da população, para obterem legitimidade, carecem de expor seus êxitos. Ao fazê-lo, também se afastam, possuidoras que são de autoridade. Por outro lado, geram o fascínio da excelência, que atrai a todos que querem o melhor para si.

Para romper este paradoxo, o Centro Corsini vem desenvolvendo projetos de prevenção que objetivam interagir com a população alvo em locais em que esta se encontre familiarizada, constituindo-se enquanto grupo que se fortalece e cria identidade para se relacionar com a autoridade que pode lhes trazer algum saber sobre si. É assim que ocorrem as atividades de prevenção, através de palestras e oficinas, em escolas, empresas, creches (Projeto Colmeia) e comunidade específicas (Corsini Itinerante).

4ª. Questão

O que é doença oportunista?



Na quarta questão interessávamos em perceber como elas entendiam e o que entendiam sobre as doenças oportunistas. Embora este conteúdo não seja indispensável para a prevenção da aids, entendemos que, por ser contemplado no Projeto Colmeia, traz subsídios importantes para a compreensão do fenômeno biológico da aids, como por exemplo as suas diferentes manifestações.

Desta forma, entendemos que o Projeto Colmeia visa abordar os aspectos clínicos para atingir as possíveis estratégias de prevenção, sugerindo que há várias doenças oportunistas – algumas com sintomas mais visíveis que outras, como é o caso do emagrecimento súbito, largamente associado à aids – mas que a condição de portador do vírus independe destas doenças. O Projeto, nesta perspectiva, prepara para a compreensão da condição de portador assintomático, indispensável para a prevenção.

Sendo assim, julgamos que esta questão sobre as doenças oportunistas deve ser avaliada menos para identificar um saber acumulado e mais para compreender as associações que elas fazem com a prevenção. É interessante notar que as respostas caminham para o confronto entre o conhecimento científico e o conhecimento sensível, no qual prevalece a idéia de que magreza está associada à doença, obviamente nas populações menos privilegiadas, nas quais o consumo de imagens de modelos ainda não criou um outro padrão estético.

Procuramos definir uma imagem que fosse restrita ao sintoma de uma doença oportunista comum, a diarreia. Temos então um jovem uma pessoa sofrendo terrivelmente na privada, denotando a debilidade física. As falas indicavam:

*Janice: Ele (o vírus) acaba com os nossos **soldadinhos de defesa** e as pessoas ficam **frágeis** e pegam **tuberculose, pneumonia** e morrem.*

*Sueli: **Tuberculose**, irritação na pele.*

Anita: Tuberculose, pneumonia e queda de cabelo.

*Eunice: A pessoa perde tudo, fica **magrinha** e morre.*

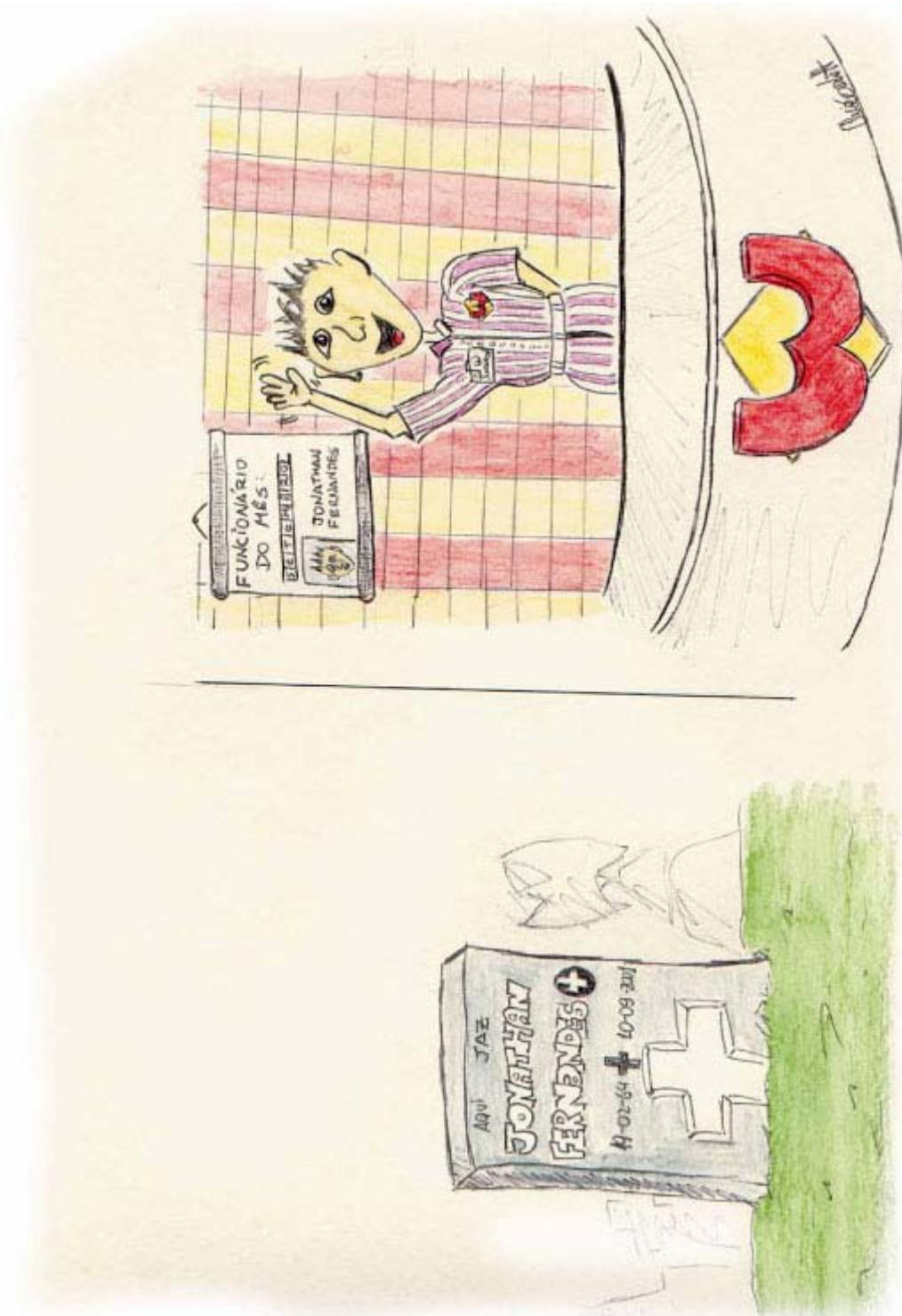
Ivone: emagrece muito, pode ter certeza: está com aids

Grande parte das entrevistadas citou pelo menos uma doença oportunista ou a magreza como sintoma de doença, embora não soubessem explicar o porquê de serem chamadas de oportunistas. As que explicaram, mencionaram “**soldadinhos**”, tal qual a metáfora utilizada nas cartilhas e slides utilizados no Projeto Colmeia.

Apontamos, neste caso, que o conceito de doença oportunista serve como mote para discutir o preconceito e a vulnerabilidade. Quando as entrevistadas associam a doença oportunista com o sintoma do emagrecimento, é possível desconstruir a idéia de que pessoas muito magras estão com aids, há outras razões para o emagrecimento que não seja a aids. Como conseqüência, podemos pensar que a vulnerabilidade se encontra justamente por tais preconceitos, afinal a debilidade no sistema imunológico não implica necessariamente em sintomas visíveis.

5ª. Questão

Aids e morte: é sempre assim?



Na quinta questão, em continuação à anterior, procuramos investigar a associação entre aids e morte e a compreensão do que é portador assintomático, com vistas a contemplar não só a vulnerabilidade e o preconceito mas também uma suposta representação de que a aids é o fim, é a morte.

A imagem associada era, de um lado, um jovem em seu local de trabalho, eleito “funcionário do mês”; de outro, o seu túmulo. Questionávamos então se é sempre assim, se quem tem aids está condenado à morte imediata. Elas responderam:

*Joana: Às vezes as pessoas têm o vírus mas ele não se manifesta, como o caso do **jogador de basquete**.*

*Inês: Não, se for medicado logo, a pessoa pode **viver legal** por muito tempo com o coquetel.*

Ivone: A pessoa nem sabe que tem o vírus.

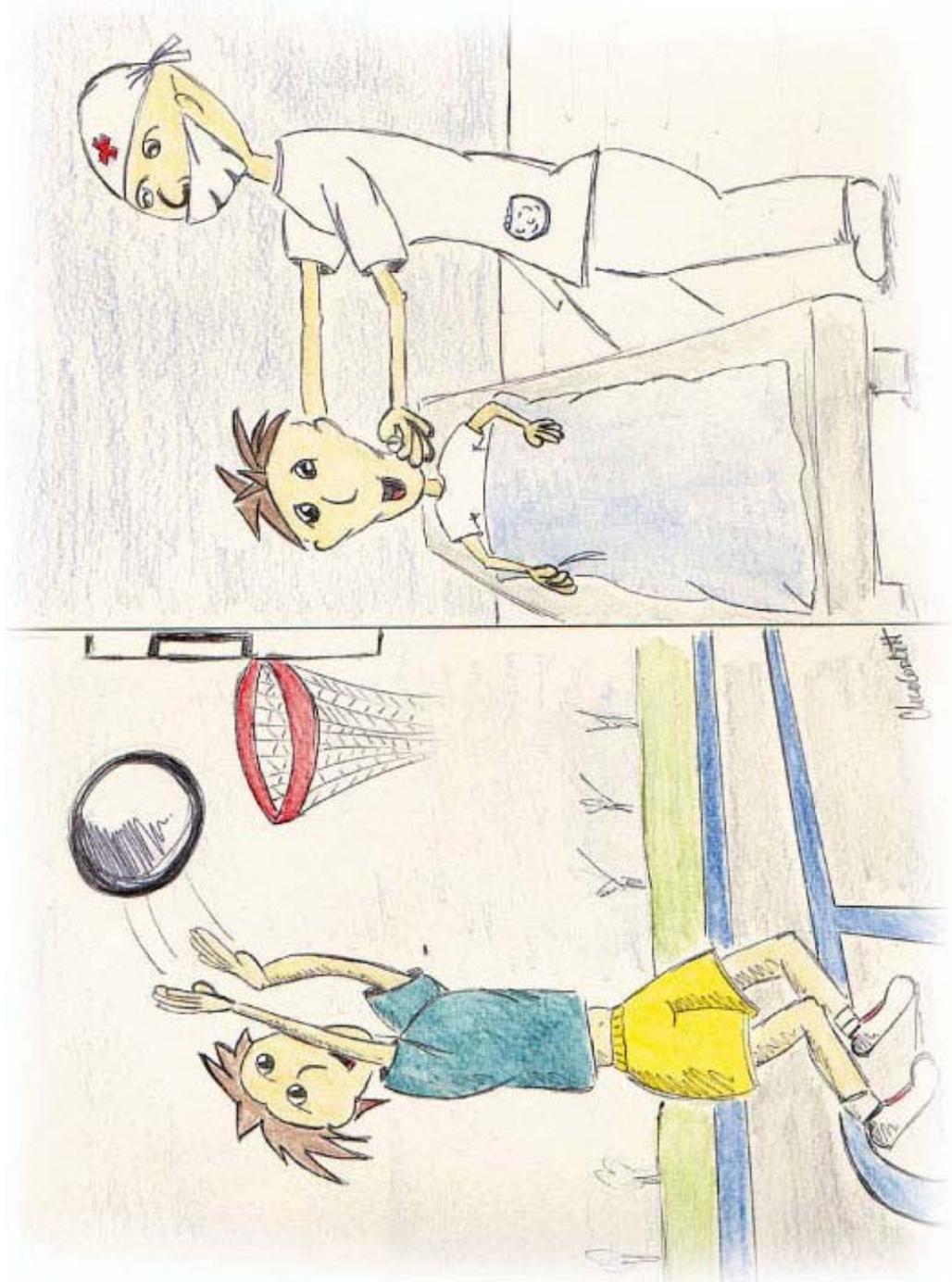
Dulce: É difícil porque a gente nunca sabe quem tem mesmo aids. Às vezes a família esconde, tem vergonha.

Esta questão sugere que, quando questionadas diretamente sobre a questão da morte, as entrevistadas tendem a racionalizá-la e afastá-la. Na questão anterior, mediada pelo conceito de doença oportunista, elas tendem a revelar a presença da morte, sem questionar se as doenças oportunistas podem ou não ser tratadas.

Se levado em consideração o fato de que o Projeto Colmeia trabalhava com facilitadoras, pessoas que ainda não manifestaram a doença, que buscavam mostrar sua condição sorológica e suas vidas produtivas, como é também o caso do **jogador de basquete**, observamos que foi possível desfazer, pelo menos em um imediato, a representação negativa construída com a campanha nacional “AIDS mata”.

6ª. Questão

Quais os sintomas da aids?



Na sexta questão pretendíamos contemplar os saberes relacionados aos sintomas da aids, reiterando o saber entre as diferenças entre o portador assintomático e o doente de aids. Buscávamos a compreensão específica de que é possível estar com o vírus e mesmo assim desenvolver atividades comuns aos indivíduos saudáveis e que, por outro lado, quando não há a adesão aos medicamentos e há uma efetiva debilitação do sistema imunológico, o indivíduo fica susceptível às doenças oportunistas e as desenvolve, adoecendo.

A preocupação com esta questão remete à vulnerabilidade, pois é preciso considerar a situação de risco mesmo quando o portador não está aparentemente adoecido, ressaltando a possibilidade de se ter o vírus e não estar visivelmente doente.

Questionávamos nossas entrevistadas se eram visíveis os sintomas da aids e se elas, espontaneamente, remetiam à questão do portador assintomático, que vem a ser tema da décima questão. A imagem associada era, de um lado, O personagem realizando atividades esportivas e, de outro lado, o mesmo personagem bastante debilitado, sendo medicado em um leito hospitalar. Elas responderam:

*Dora: A pessoa fica **magrinha**, não tem vontade de comer, fica acamada.*

*Catarina: **Perda de peso**, dores nas juntas, **manchas**, olhos abatidos, febre.*

*Ivone: As pessoas não morrem de aids. Morrem das doenças oportunistas, ficam **fracas** e acabam morrendo de uma pneumonia.*

Embora algumas tenham relatado o esquecimento dos sintomas, a grande maioria identificou como sintoma o **emagrecimento, manchas na pele e fraqueza**.

Quanto à condição de assintomático, observou-se uma certa dificuldade de compreensão, até porque, admitindo-se que estas mulheres de baixa renda e escolaridade são pouco letradas e cada vez mais sujeitas à apreensão do mundo através das imagens (sobretudo as televisivas), como compreender um fenômeno que ainda não apresenta sinais/sintomas?

Considerando a importância para a prevenção da discussão das diferenças da condição de assintomático para a de doente, e considerando também a dificuldade de apreensão de algo não visível, seria interessante a incorporação intensa de imagens que refletissem a virtualidade do vírus.

7ª. Questão

**Todo bebê de mãe HIV positivo será também
HIV positivo?**



N

Na sétima questão tratávamos de captar as relações que as entrevistadas faziam entre a soropositividade e a maternidade. Para tanto, foram elaboradas duas imagens. De um lado, mulher chorosa com o resultado HIV +, sofrendo porque seu bebê ficaria apenas na imaginação, supondo que ela não gostaria de que seu bebê fosse também soropositivo, e de outro lado, ela com o bebê no colo.

Questionando os saberes envolvidos em relação à transmissão vertical, procurávamos buscar o entendimento de que, caso a mãe fosse diagnosticada como soropositiva, haveria alguma chance de o bebê não ser, caso houvesse o acompanhamento médico devido.

A pergunta realizada era então se todo bebê de mãe soropositiva seria também soropositivo. Algumas entrevistadas se manifestaram:

*Anita: Não porque tem aquele **remédio** que a mãe toma logo no começo da gravidez que não deixa a criança pegar o vírus.*

*Elisa: Não porque há o **tratamento** durante a gravidez, por isso que é obrigatório o teste de HIV no começo da gravidez.*

*Maura: Acho que não. Acho que a mãe deve ser **medicada**.*

*Eunice: Fazendo **tratamento** pode não ser HIV positivo.*

Sobretudo neste caso, as mulheres apreenderam a mensagem do Projeto Colmeia relativa ao risco contido na gravidez de mãe soropositiva. Com apenas uma entrevistada demonstrando dúvida em relação a esta questão, as respostas podem indicar que o saber tanto mais é apreendido quanto mais dizem respeito ao sujeito, ainda que este tenha que tomar

algumas atitudes, como é o caso de procurar o **tratamento**. Parece que a preocupação com a condição de mãe faz com que estas mulheres retenham o saber necessário à proteção de seus filhos. Porém, esta questão assim como a próxima sobre amamentação, não suscitou discussões, apenas respostas pontuais. Esperávamos que, dada à condição de mulher/mãe e à atuação instigante desta pesquisadora e das auxiliares de pesquisa, elas se colocassem mais efusivamente. Tal limitação ao debate pode ser atribuída ao fato delas se identificarem enquanto mães, passíveis de contaminação e de transmissão vertical.

Percebemos que as entrevistadas delegam ao tratamento e aos medicamentos o poder de negatizar o resultado positivo para os bebês. Ainda que o conhecimento necessário seja este mesmo, percebemos que não há, nestas falas, o entendimento de que a mãe pode ter uma atuação efetiva para que este resultado ocorra. Atribuem ao tratamento, ao remédio, e não a uma atitude da mãe em buscar este tratamento. Há indicativos de uma certa dificuldade em assumir, por parte das mulheres, a prevenção. Desta forma, elas atribuem às estratégias institucionais de prevenção de transmissão vertical o poder de eliminar o risco.

A maternidade, embora menos que a amamentação (como veremos na questão a seguir), parece estar permeada por si só do sentido de sublime e de subjetividades que condicionam o comportamento de mãe, de tal forma que afastam a capacidade de as mulheres atuarem em favor de si e do filho, sobretudo neste segmento da população em que raramente há o planejamento da vida reprodutiva, imputando à gravidez a condição de “destino”, ou mesmo de “vontade divina”.

Considerando tais subjetividades, reforçamos aqui a necessidade de se discutir a prevenção da aids como um elemento para a discussão de aspectos mais amplos em nossa sociedade, como por exemplo o planejamento familiar.

8ª. Questão

Amamentar “passa” o vírus?



Na oitava questão abordávamos, dentro da problemática da prevenção, especificamente os saberes envolvidos na transmissão através da amamentação quando a mãe é soropositiva.

A imagem associada era de a personagem anterior amamentando, questionando-se o risco daquela criança vir a ser portadora do HIV. As entrevistadas que formularam respostas, as aproximaram destas:

Sandra: Sim, porque o leite tem célula, onde o vírus vive.

Maura: Se a mãe for portadora, passa.

Dulce: Quando a mãe tem aids, ela não pode amamentar.

Elisa: Não tenho certeza.

Embora uma parte das entrevistadas tenha demonstrado dúvida, a maioria entendeu o risco contido nesta situação. A nós interessa aqui a razão de tais dúvidas, que podem estar relacionadas com as representações arraigadas de que a amamentação é “um ato sublime” e “um ato de amor”.

O limite encontrado no silêncio desta questão e da anterior pode ser atribuído à dificuldade de se romper com estas representações historicamente construídas. Embora de fato a amamentação seja um ato de promoção de saúde tanto para a criança quanto para a mãe, fato este que foi alvo de campanhas nacionais de incentivo à amamentação, sugerindo a idéia de que uma boa mãe era aquela que amamentava, no caso específico da aids ela não se aplica.

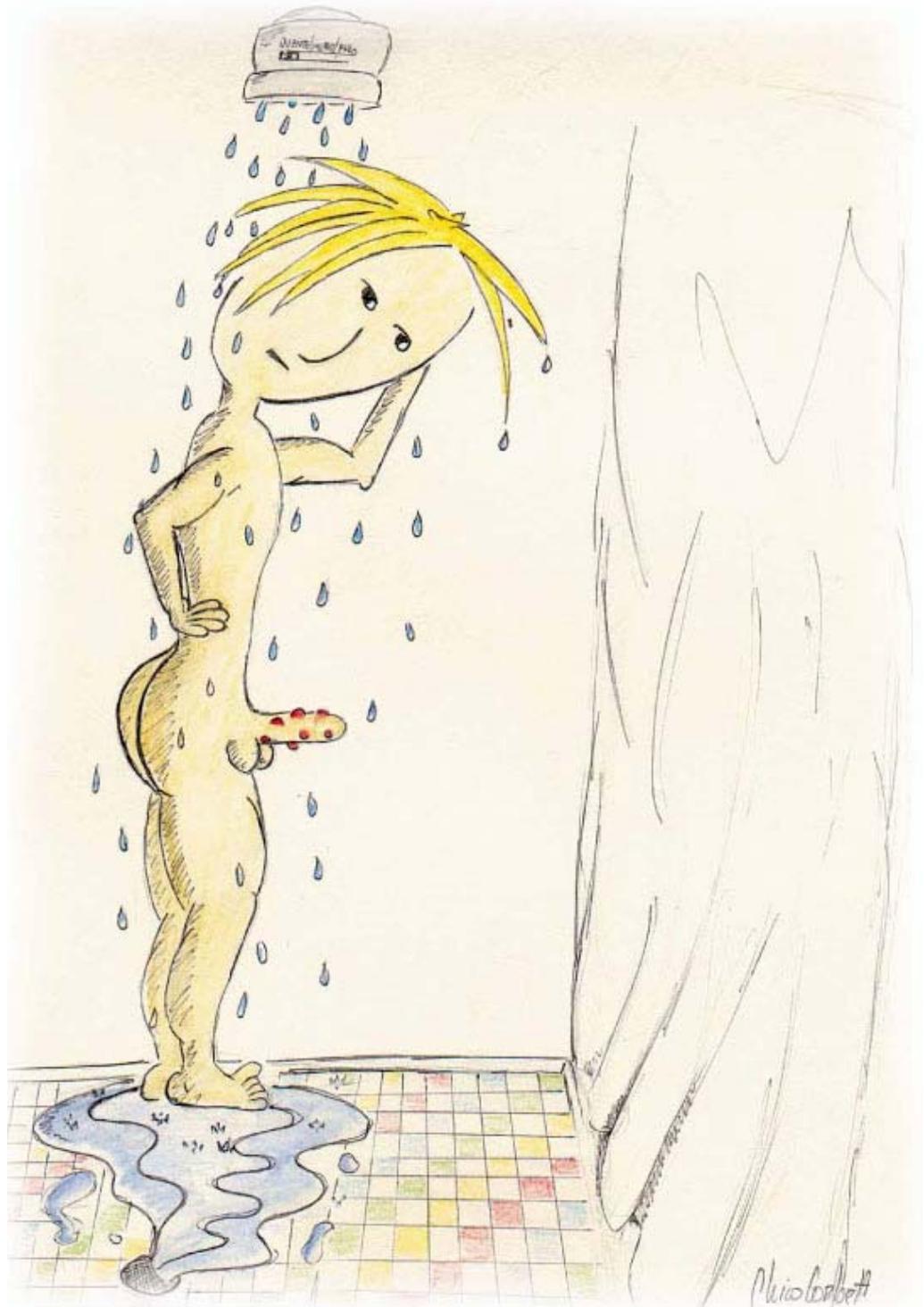
Tais representações e a possibilidade de transmissão da aids através da amamentação colocam a difícil necessidade de se dissociar a maternidade da amamentação. Porém, acreditamos que tal dificuldade é o resultado, em última instância, de se considerar o direito de as mulheres

escolherem sua atuação enquanto mães – se amamentarão ou não, independente de ser um “ato sublime”, resguardados os benefícios. Mais uma vez imputamos a dificuldade de prevenção às questões mais amplas de nossa sociedade, como por exemplo o direito à escolhas baseadas em informação, e não baseadas em valores muitas vezes incompatíveis com a situação de cada indivíduo.

O entendimento de que pode haver transmissão no ato da amamentação pode ser incrementado se discutido que o risco existe, mas não é uma situação inexorável: algo pode ser feito, as mulheres podem atuar e interferir de modo a serem mães, portadoras e terem o direito de prosseguirem suas vidas produtivas e reprodutivas, tendo filhos saudáveis.

9ª. Questão

Ter alguma DST facilita a transmissão do HIV?



A nona questão, ainda relacionando saberes sobre as formas de transmissão, questionava o fato de, caso uma pessoa tenha alguma DST, aumentaria o risco de transmissão do HIV. Esta questão é para nós relevante por vários motivos. Primeiramente porque a presença de DST é realmente um fator a mais de risco. Segundo porque explicita a compreensão de como é transmitido o vírus (contato com o sangue contaminado, através das ulcerações provocadas pelas DSTs). Terceiro porque a presença de DST pode levar a discussão de maior vulnerabilidade, visto que há a exposição sem o uso de preservativos. E, por último, porque ainda sofremos o preconceito em relação às pessoas que portam ou portaram DSTs, associando a idéia de promiscuidade – tema de grande relevância para a discussão da aids.

A imagem associada era a de um rapaz nu, tomando banho, com a região genital apresentando algumas erupções avermelhadas – indicando lesões características de DSTs.

Esta questão, além de apresentar uma imagem crítica, de forte apelo emocional e, ao mesmo tempo, hilária, porque o jovem estava um tanto quanto encabulado, suscitou vários comentários relacionados, que efetivamente nos interessam:

Regina: DST é doença sexualmente transmitida como a aids, e acho que ela pode agravar.

*Anita: Sim, porque está fraco é com a **ferida** é mais fácil para a entrada da doença.*

*Marli: DST facilita e **abre as portas** para a doença aids. Facilita aparecer e facilita a doença.*

Em um mesmo grupo, pudemos presenciar a seguinte discussão entre as entrevistadas:

Eunice: Facilita, porque às vezes o homem tem uma DST, então pensa: 'não vou usar camisinha, para que? Eu já tenho mesmo, minha parceira também tem – então não preciso me cuidar'.

*Sueli: Se eu já peguei, vamos nos prevenir para não passar para o outro – **às vezes ele avisa.***

*Ivone: **Você acredita em príncipe encantado?***

*Eunice: O homem esconde, tem vergonha de falar. **A aliança não é camisinha,** a mulher acha que está segura porque é casada, e é aí que ela se engana e pega o vírus.*

Percebe-se, com este conjunto de respostas, que há a apreensão correta do agravamento dos meios de transmissão do HIV quando também há alguma DST, demonstrando que as estratégias do Projeto Colmeia trazem o resultado esperado, através da linguagem simples, de fácil compreensão para estas mulheres como por exemplo quando elas se referem ao fato de que DST causa **feridas**, é **porta de entrada**, ou **abre as portas**.

No grupo em que foi gerada a discussão entre as entrevistadas Eunice, Sueli e Ivone, particularmente observamos a ressignificação desses conteúdos do Projeto Colmeia de forma a extrapolar a questão do risco de aids, contribuindo para as experiências de vida em sua totalidade: de como elas deveriam proceder em relação aos companheiros (**não acreditando em príncipe encantado**), em relação ao casamento (**aliança não é camisinha**)

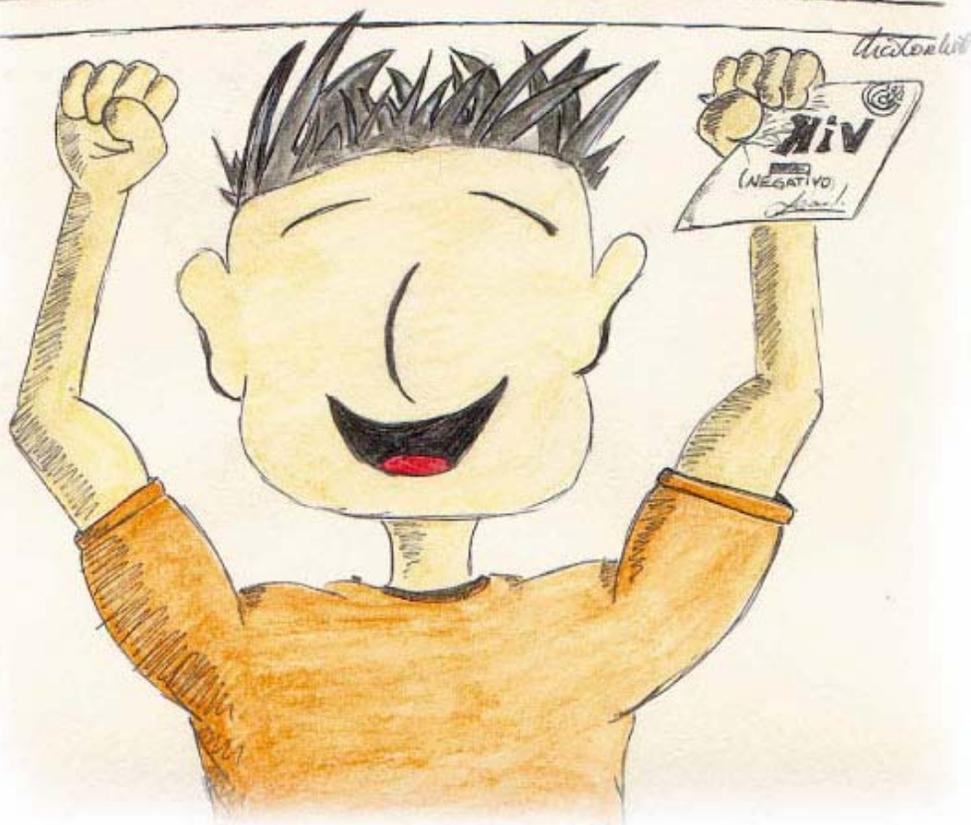
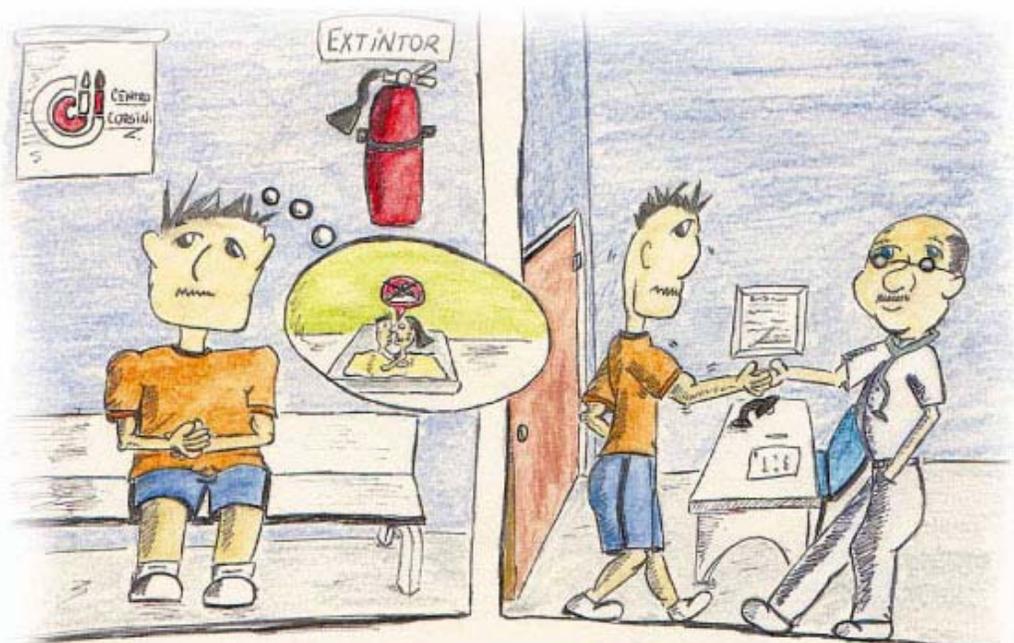
O espaço para o diálogo na avaliação (estudo de caso), assim como o que é construído no Projeto Colmeia - através dos depoimentos tanto das facilitadoras (portadoras), quanto das próprias mulheres que se expressam

nas discussões e nas dinâmicas de grupo – oferecem às mulheres a oportunidade de ressignificação, que vem ao encontro da necessidade de se discutir amplamente a vulnerabilidade nas relações ditas “estáveis” (casamento, significado através da aliança). Se a entrevistada tem espaço para questionar que a aliança não é camisinha, ela traz para seu universo cultural o fato de que, mesmo no casamento há vulnerabilidade, não porque as estatísticas mostram o aumento de casos de aids entre mulheres casadas, mas porque ela de alguma forma compreendeu que a relação estável não garante a fidelidade. Da mesma forma quando Ivone questiona Sueli se ela acredita em príncipe encantado, ela questiona se os homens deixam de ser promíscuos, avisam suas companheiras quem eles são, minimizando as idéias pré-concebidas, oferecendo a elas a oportunidade de se protegerem com o uso de preservativos.

As entrevistadas demonstram a apropriação do conhecimento a partir de suas próprias experiências, traduzindo-o de forma a conceber um outro conjunto de saberes que as informa como deveriam agir: **Não acreditando em príncipe encantado, sabendo que aliança não é camisinha.** Tais depoimentos são a expressão clara de um processo de construção do sujeito a partir do saber, de um currículo específico para elas, feito por elas que vão além do saber exato como o vírus pode ser transmitido. Assim, elas constróem uma cultura de si para a prevenção.

10ª. Questão

É possível estar com o vírus e o teste HIV ser negativo?



Na décima questão procuramos investigar os saberes relacionados com a janela imunológica. Se as entrevistadas reconhecem a possibilidade de o resultado do teste de HIV ser negativo embora a pessoa seja realmente portadora do vírus.

Esta questão é particularmente relevante porque está associada à questão do risco, que não se expressa imediatamente nem para aquele que tem o vírus e muito menos para o aquele que pode contraí-lo.

Nos interessa saber como elas compreendem esta virtualidade do vírus, de estar e não aparecer imediatamente e, mais ainda, que estratégias cotidianas elas buscam para apreender tal fato.

Eram apresentadas três imagens de um mesmo jovem. Na primeira ele estava ansioso na sala de espera do Centro Corsini, pensando em uma relação sexual supostamente passada. Na segunda imagem ele estava recebendo o resultado do exame e, na terceira, ele comemorava o resultado negativo.

A pesquisadora questionava se o primeiro teste fosse feito logo após a uma “noitada”, nosso jovem teria motivos para realmente comemorar, ou se era possível ter contraído o vírus e o resultado dar negativo. Algumas respostas ilustram o entendimento:

*Eunice: Porque na hora do teste o **‘bicho’ pode estar escondido**. Demora meses para ele aparecer.*

*Ângela: Se você pega o vírus hoje e faz o teste amanhã, pode dar negativo, o prazo é de 3 a 6 **meses** depois.*

*Anita: Não adianta fazer na hora. O vírus **demora** aparecer, tem que fazer o teste de novo.*

*Sueli: **É igual gravidez, não é porque plantou que já brota**. Tem que esperar um pouco.*

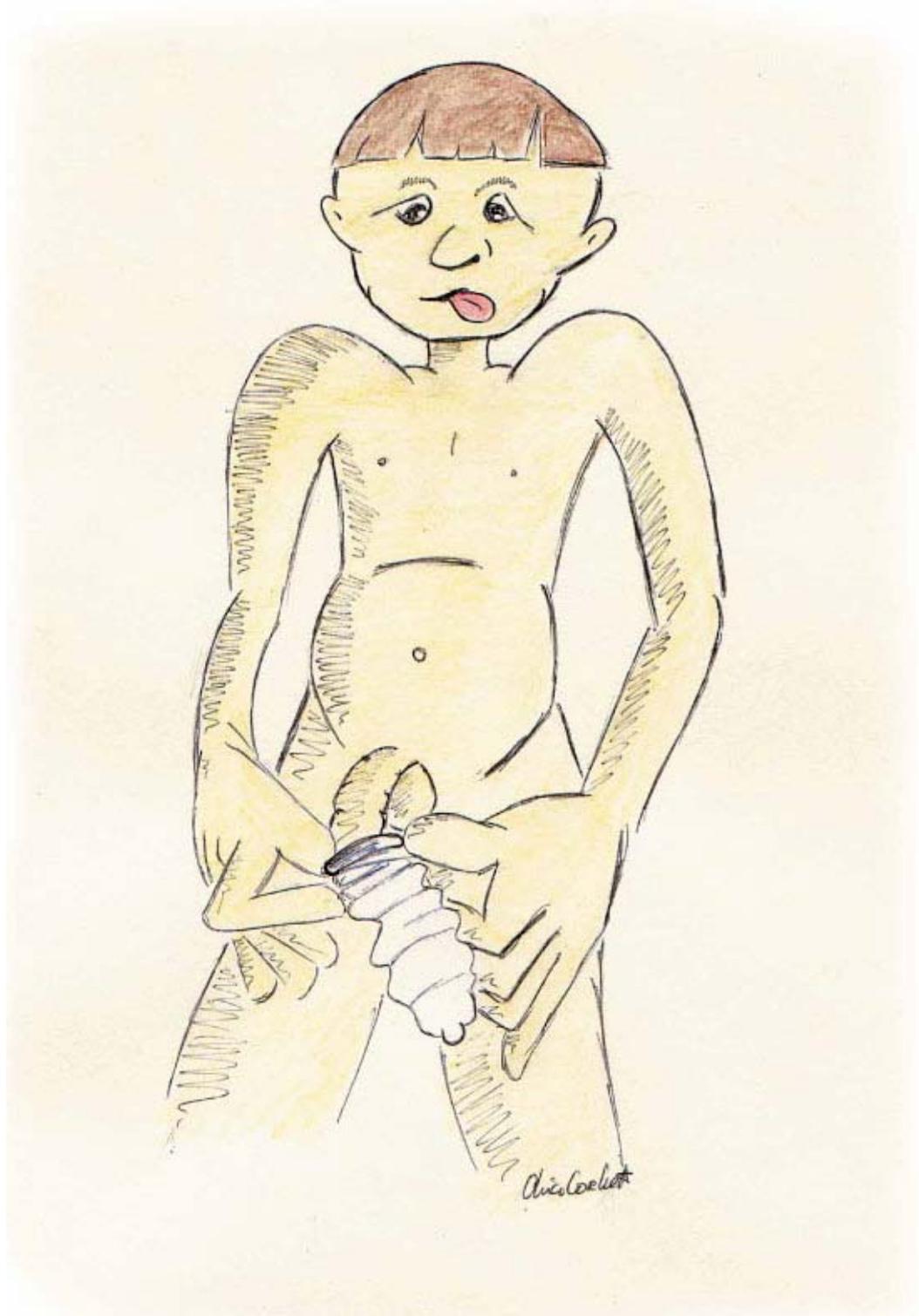
Estes resultados, que representam a maioria, demonstram que houve a apreensão de que existe a janela imunológica e de que é necessário aguardar e repetir o teste para ter certeza. A maneira pela qual elas demonstraram a apreensão de tal saber se expressa pelo uso de expressões simples, como por exemplo substituindo o HIV por **“bicho”**, e a não detecção deste imediatamente (através dos testes mais comuns, que detectam os anticorpos do HIV), usando a expressão **“estar escondido”**.

Ao usar metáforas do tipo **“é como gravidez, não é porque plantou que já brota”**, estas entrevistadas demonstram a multideterminação necessária a qualquer atividade de apreensão do conhecimento. Considerando o lugar de onde estas mulheres falam, as suas experiências cotidianas, é possível a construção de uma cultura de si em favor da prevenção.

As atitudes de prevenção passam pelo entendimento de que o risco pode estar ou não no outro, já que o vírus pode não se expressar; mas o risco está em não se lançar mão de estratégias de conhecimento de si, em favor de si.

11ª. Questão

Como colocar o preservativo masculino?



Na décima primeira questão o tema era o uso dos preservativos masculinos que, além de ser um tema relevante para a prevenção da aids e de outras DSTs, também se insere na preocupação de as mulheres incorporarem saberes que as permitam tomar atitudes contraceptivas.

Embora caiba ao homem o uso do preservativo masculino, o fato de as mulheres saberem como usá-lo ou como manipulá-lo pode ser uma estratégia que reforce o seu uso sem preconceitos.

Estes preconceitos estão relacionados com a idéia de quem tem DST ou de quem é promíscuo esconderia sua condição através do uso de preservativo. Em outras palavras, quem não tem DST, quem não é promíscuo, quem é fiel, não precisaria usá-lo. Embora este preconceito seja tanto mais evocado por parte dos homens contra as supostas mulheres infiéis, as entrevistadas reforçam-no na medida em que também o assumem, ainda que seja para se colocar como a vítima do preconceito.

A imagem para esta questão era a de um jovem sofrendo, tentando se colocar o preservativo, porém com alguns procedimentos incorretos. Primeiro o pênis não estava ereto; segundo a camisinha já estava desenrolada; terceiro ele não segurava na ponta para a retirada de ar, deixando espaço para o sêmen, de forma a diminuir o risco de o preservativo estourar.

As respostas nos mostraram que o tema do preservativo não é mais tabu em nossa sociedade, talvez pela exposição na mídia como meio de prevenção da aids. Elas sabem o que é e como, tecnicamente, ele é usado, conforme algumas respostas nos mostram:

*Inês: O pênis tem que estar **ereto** e ir **desenrolando** aos poucos.*

*Dulce: Não colocar o preservativo quando não estiver **agitado**.*

*Silvia: (...) o pênis precisa estar em **ereção** e saber **tirar o ar** da camisinha.*

*Sueli: O **pipi** tá mole...*

Estas respostas representam a quase unanimidade, por parte das entrevistadas, sobre o uso do preservativo masculino. Ainda que algumas delas tivessem dificuldade para falar do órgão sexual masculino, lançando mão de diminutivos (**pipi**), ou metáforas para a ereção (**agitado**), podemos supor que houve a apreensão do saber de como se deve usar corretamente o preservativo.

Observamos que embora as mulheres lancem mão de diminutivos para darem conta dos aspectos técnicos que a temática envolve, elas não contemplam a possibilidade de a mulher participar no processo, compartilhando a intimidade que o ato sexual envolve e que o uso do preservativo pode inibir.

Em outras palavras, o que queremos abordar é o fato de que, embora as mulheres conheçam tecnicamente o preservativo masculino, nestas falas a responsabilidade de incorporá-lo no relacionamento sexual/amoroso é dos homens, o que para a prevenção não é eficiente, visto que o necessário é compartilhar uma intimidade que passe pelo cuidado de si: uma intimidade em que os corpos se toquem e toquem naquilo que possa garantir a saúde para ambos: o preservativo.

Mais do que a técnica, o que precisamos enfatizar é o direito às estratégias de intimidade segura, criando um novo referencial para um novo tempo: um tempo em que cada um cuida de si, compartilhando todo o tempo.

12ª. Questão

Como colocar o preservativo feminino?



Na décima segunda questão procurávamos o saber relacionado ao preservativo feminino que, embora seja pouco acessível às populações de baixa renda, foi tema do Projeto Colmeia, como forma de construir a autonomia feminina em relação à prevenção das DSTs/Aids e ao método seguro de contracepção.

A imagem associada era a de um casal, ele deitado nu e ela de pé, tentando colocar o preservativo feminino nele. Ao apresentar a imagem, além de questionar se estava correto ou incorreto e porquê, provocávamos as entrevistadas para saber se elas entendiam a diferença entre os dois preservativos e a autonomia que a mulher teria em colocar em si mesma, até mesmo antes das preliminares sexuais, o preservativo feminino.

Regina: Eu lembro que pode ser colocado antes da relação, mas não lembro como é.

Anita: sei que deixa a beira para fora.

Silvia: Este desenho tá errado porque ela bem que quer colocar o preservativo nele, tá errado.

Nesta questão houve uma parcela de entrevistadas que não responderam ou que disseram não lembrar corretamente. Porém a maioria demonstrou saberes, ainda que fragmentados. Considerando que o preservativo feminino é bem menos acessível e mais dispendioso (se comparado ao masculino), e que provavelmente a única oportunidade dessas mulheres o manipularem tenha sido o Projeto Colmeia, é possível dizer que foi satisfatório, afinal seria muito difícil que elas incorporassem o saber de algo que elas sequer têm acesso cotidianamente.

Também nesta questão observamos a apreensão de aspectos técnicos somente, sem considerar o diferencial que é poder ter o controle sobre o corpo, sobre a prevenção, ao decidirem como cuidar de seu próprio corpo.

Muitas de nossas entrevistadas mostraram-se surpresas com o tamanho do preservativo feminino, demonstrando não compreender o porquê do tamanho. Tendo em mente o preservativo masculino, elas achavam o preservativo feminino muito grande. Ainda que algumas delas dissessem que é **errado colocar o preservativo nele**, não associavam o tamanho do preservativo feminino ao tamanho do canal vaginal – talvez porque ignorem suas dimensões.

Foi possível observar que, embora o preservativo feminino não seja tão comum quanto o preservativo masculino, ele não é um tabu, mas para a sua utilização é mais intensa a necessidade de manipulação do corpo feminino, e este sim ainda se constitui em um tabu, revelando a dificuldade de conhecer e assumir este corpo, delegando aos homens a tarefa de usar o preservativo.

13ª. Questão

Como se negocia o uso do preservativo?



Na décima terceira questão buscava-se entender se, de posse dos saberes sobre o uso do preservativo (feminino ou masculino), ficaria garantido seu uso. Gostaríamos de compreender os elementos que poderiam ser evocados em uma negociação para o uso de preservativos, partindo do princípio que é minimamente sabido como usá-los e que, no caso do preservativo masculino, ele está acessível, devido à distribuição gratuita em postos de saúde e em várias ONGs parceiras do Ministério da Saúde.

Através da imagem de um casal em uma cama, ela oferecendo a ele o preservativo e ele negando-se a pegar, questionávamos como elas faziam ou imaginavam que poderiam fazer para convencer o parceiro a usar preservativos – masculinos ou femininos.

Os elementos que elas evocam para esta negociação estão relacionados com o domínio do saber e da própria experiência de si, no sentido de realizar operações sobre seu corpo e sua alma para serem mais felizes e mais saudáveis. As entrevistadas argumentaram:

*Sandra: **Conversando** muito com seu parceiro. Quem **ama** cuida.*

*Dulce: A maioria dos homens não gosta de usar, mas com **jeitinho** e **conversando** tudo se resolve.*

*Maura: Preservativo tem que ser usado para não pegar outras doenças também. É só fazer um **carinho** que ele acaba concordando.*

*Catarina: Em uma conversa ou até **chantagem**.*

*Anita: Se não usar, **não vou fazer sexo!***

*ângela: Pede para o parceiro usar, explicando o motivo. Caso seja negado, não transe. **A menos que seja casada e confie nele.***

*Eunice: Os homens não querem usar preservativos. Dizem que é a **mesma coisa que chupar bala com papel...***

*Sueli: Primeiro ela deve cobrar, se ele não usar, usa ela. **Senão ele vai embora.***

*Maura: Tem que ter **diálogo, muito amor e respeito.***

*Janice: Com toda **sabedoria**, solicitar ao parceiro, informando os riscos da aids, caso ele discorde, insistindo em não usar, o melhor é não fazer nada.*

Embora as entrevistadas estejam sob forte influência dos meios de comunicação de massa – sobretudo a televisão que oferece, no mínimo, a relação sexual como espetáculo de sedução e performance, e no máximo (nos últimos anos) o indicativo da necessidade de uso do preservativo – estes não problematizam a necessidade de se negociar quem e porquê usa o preservativo. É de domínio público a existência de preservativos, mas ainda não é como fazê-lo para que efetivamente se use. Desta forma, não se minimiza os preconceitos que cercam quem o usa.

Estes preconceitos geram um impedimento de se falar na relação sexual como forma implicada de prevenção. O que pudemos constatar, através das entrevistadas, é que elas reconhecem a necessidade de **diálogo** e de **conversa**, mas elas assumem uma perspectiva de atuação fortemente permeada por atitudes maternas em relação ao parceiro, do tipo com **carinho, jeitinho**, com **muito amor**, ou mesmo sem questionar o velho mito de que preservativo é o **mesmo que chupar bala com papel**. Em outras palavras o que queremos destacar é a ausência de um papel feminino que se coloque em nível de igualdade na relação, resistindo a uma atitude preconceituosa e machista, embora elas saibam como se prevenir, elas não se reconhecem com igual quantidade de poder para fazer frente a estas atitudes.

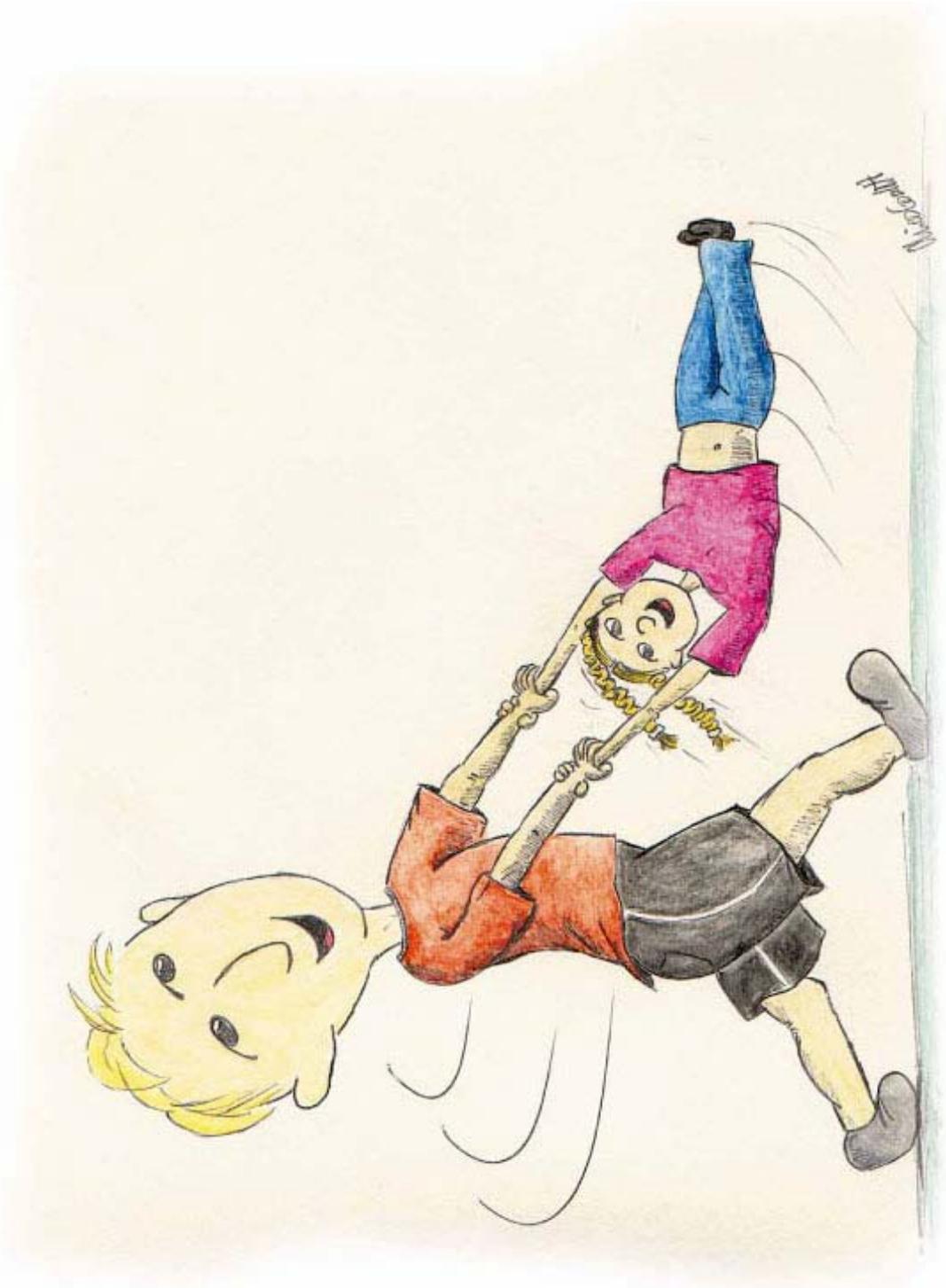
Há uma clara dificuldade em assumir parcela de responsabilidade e requerer o uso do preservativo como uma atitude de amor próprio, e não ao outro. Amor a si mesma.

Algumas destas respostas demonstram uma certa ingenuidade, uma singeleza, na medida em que estas mulheres demonstram negociar não apenas o sexo, sugerindo fazer **chantagem** como subterfúgio para a dificuldade de se relacionar, com o medo de perder o companheiro, sem valorizar a própria experiência (saber dos riscos) e existência (a própria vida).

Ao que tudo indica, mais uma vez a aids é um mote para discutir não apenas formas de prevenção e de saúde, mas os papéis sociais fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa, mais igualitária, mais saudável e mais feliz.

14ª. Questão

**Como é o relacionamento com portadores de
HIV?**



Na décima quarta questão, assim como na próxima, tratávamos da prevenção de forma indireta, abordando temas correlatos a saber: a solidariedade e a cidadania, respectivamente.

Com relação à solidariedade, acreditamos que este tema é fundamental para a efetiva prevenção dado que, sem a solidariedade o que prevalece é o preconceito e o medo. Porém, como já discutimos em questões anteriores, o risco de infecção não se apresenta de forma clara e bem definida – o vírus é, em certa medida, virtual – então ter medo de quem ou do quê? Por outro lado, se houver a solidariedade, se houver a capacidade de reconhecer o outro como igual, existe a possibilidade de minimizar o preconceito e o medo e de formar conceitos para as atitudes mais adequadas de prevenção.

A imagem associada a esta questão era a de um jovem “brincando de roda” com uma criança. Escolhemos estes personagens porque acreditamos que se fossem adultos, poderia haver um reconhecimento imediato por parte das entrevistadas com a situação, levando a uma aproximação, uma necessidade de estabilizar o sentimento de preconceito ou medo. Objetivávamos provocar profundamente o não reconhecimento, para questionar sobre o relacionamento com os portadores e para buscar a necessidade de ser solidário. Assim, neste desenho, há uma certa dificuldade em identificar quem é o portador: ambos são muito jovens, e normalmente quando pensamos em portadores de HIV pensamos em pessoas adultas - raramente em crianças ou adolescentes – porque há muito mais casos entre adultos.

Questionávamos sobre como era o relacionamento com pessoas portadoras, se a participação no Projeto Colmeia tinha provocado mudanças de atitudes de solidariedade em relação aos portadores.

Porém, talvez pelo fato de serem mães e terem se confrontado com o fato de que crianças e adolescentes também poderem ser portadores, as

entrevistadas não se mostraram muito eloqüentes, argumentando de forma a naturalizar o relacionamento com portadores, conforme segue:

*Marli: **Normal**, mas muitas pessoas por **não querer se informar**, têm muito **preconceito**.*

*Heloísa: Sabendo que ele é portador, o relacionamento deve ser **normal**. Porque amizade, carinho e conquista **não é sexo**.*

*Catarina: Eu ajo **normalmente**, porque eu acho que **preconceito** não só vai levar a pessoa ao **desespero** como também a **morte**.*

*Ângela: O relacionamento deve ser normal, mas eles vivem com muito **preconceito**, é triste, pois a sociedade é muito preconceituosa.*

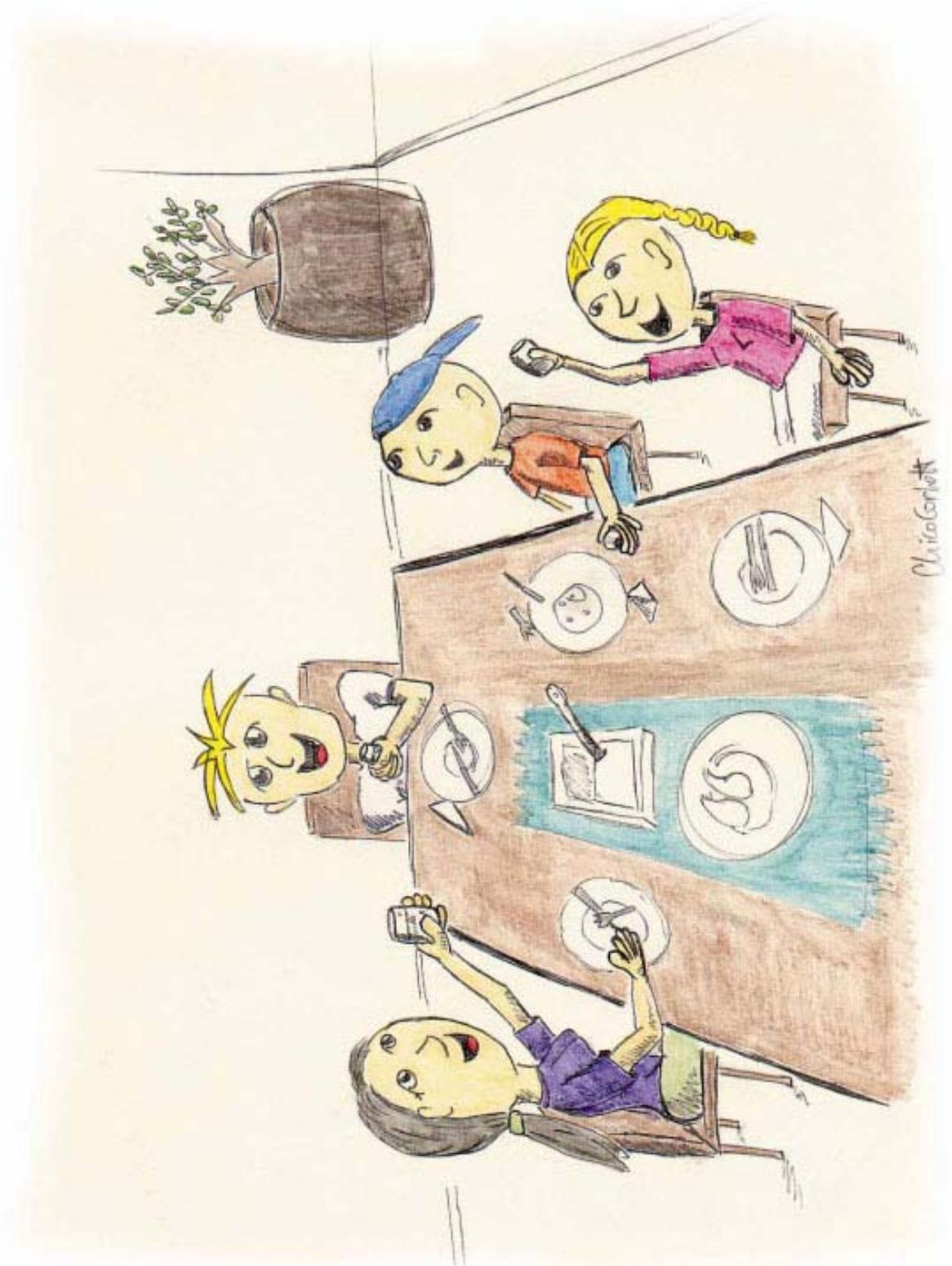
*Eunice: Eu acho assim: antes de eu participar do Projeto Colmeia, eu tinha muito **preconceito**. No bairro tem muita gente com aids, eu tinha medo de cumprimentar as pessoas, e depois mudou. Eu até tratava do meu vizinho que tem aids. Eu levava comida para ele, e ele mesmo me mandava jogar o prato fora, então eu dizia que não era bem assim. **Isolar** não adianta.*

As respostas apontaram para um reconhecimento de que as atitudes frente ao portador devem ser **normais**. Ao que tudo indica, elas entendem o normal como sendo a ausência de discriminação, embora elas reconheçam haver ainda “muito preconceito”. O fato de já reconhecerem o preconceito pode ser entendido como uma superação de um estágio anterior, no qual sem o saber, elas também tinham atitudes preconceituosas, como nas palavras da entrevistada Eunice, que reconheceu ter atitudes de **preconceito** antes de participar do Projeto

Colmeia. Porém, em nenhum momento houve uma aproximação com a idéia de solidariedade no sentido de que qualquer uma delas poderia estar na situação de portador, mas sempre como se fosse algo que acontecesse com um “outro” e que era necessário um outro conjunto de atitudes socialmente aceitas, identificado no uso corrente da idéia de que é preciso tratar como **normal** – o que seria politicamente correto. É como se elas tivessem o saber de que **isolar não adianta**, mas ainda não percebem o porquê: o risco está para todos nós, e ele só se desfaz tomando atitudes de prevenção, até porque como Heloísa disse, amizade e carinho **não é sexo**.

15ª. Questão

Como é a vida de um portador HIV?



Na décima quinta e última questão, o que se pretendia era identificar os saberes que envolvem os direitos de cidadania do portador de HIV/Aids – mais especificamente em relação aos direitos deste viver ativa e socialmente, na medida do possível. Assim como na questão anterior, que abordava os aspectos relacionados à solidariedade, nesta questão destacamos a cidadania como forma indireta de prevenção. Ambos os temas foram objetivos do Projeto Colmeia, como forma de minimizar o preconceito e potencializar a prevenção, na medida em que aceitar e reconhecer os direitos de uma vida comum para o portador afasta o preconceito e o medo em relação à aids.

A imagem associada era a de uma família reunida na hora da refeição, sem identificar quem era o portador. Questionávamos então se as entrevistadas que aquela situação era normal para um portador, se ele poderia ter um convívio familiar normal. Nesta questão elas pontuaram:

*Anita: O portador se sente **diferente** das outras pessoas porque tem o vírus e as outras pessoas não tem.*

*Marli: A vida de um portador é difícil, ela sabe que é **diferente**, que tem aids, mesmo se a família der todo o apoio.*

*Joana: O portador se sente **rejeitado** por todos e se sente só, porque ele tem o vírus ele acha que não tem que ter amigos.*

*ângela: O importante é que o portador não se sinta **excluído** do relacionamento familiar, social.*

*Inês: Acho que a vida do portador não é fácil, porque sofre muito. Ainda tem muito **preconceito***

Uma análise possível para estas respostas é a de que as entrevistadas entendem que a vida do portador passa pela dificuldade de

eles serem aceitos igualmente a qualquer outra pessoa por terem, de alguma forma, se diferenciado como portadores do vírus.

Porém, elas demonstram dificuldade em reconhecer os direitos de os portadores terem uma vida normal, ainda que seja porque eles mesmos se sentem **rejeitados, excluídos, diferentes**. De certa forma elas naturalizam estes sentimentos, na medida em que se limitam a reproduzir uma situação que elas observam na sociedade em geral (família, amigos).

Independente do comportamento, a própria condição de portador ainda é objeto de discriminação – mas o fato de elas reconhecerem tal discriminação se constitui num êxito que pode ser associado ao Projeto Colmeia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao iniciar este trabalho com uma reflexão no campo dos Estudos Culturais, procuramos a compreensão do fenômeno da educação em saúde a partir das fontes de construção dos discursos em prevenção. Neste percurso, nos deparamos com a necessidade de compreender as relações de poder que se estabelecem nas práticas discursivas, nas quais os sujeitos se constituem como fonte e efeito de poder. Para tanto, buscamos como “**caixa de ferramentas**” (Foucault, 1979:71) alguns textos de Michel Foucault, nos apropriando de alguns conceitos para uma aproximação do que seria o nosso objeto: a prevenção da aids.

Desta forma, procuramos nos aproximar, num nível mais amplo, dos discursos governamentais voltados para a prevenção da aids, dado que eles expressam as políticas públicas, ao nosso ver **biopolíticas** que regulam conjuntos de saberes e práticas em prevenção, voltados para a população em geral e que funcionam como regimes de verdade.

Em um outro nível, procuramos nos aproximar dos discursos da prevenção, também regimes de verdade, que são construídos em um programa específico de prevenção, no interior de uma ONG/Aids, o Projeto Colmeia, voltado especificamente para mulheres. Neste nível é de nosso interesse a discussão das ONGs, como fontes de discursos de prevenção que são beneficiados através da sua capilaridade (ou proximidade com a população alvo), e do **duplo condicionamento**, na medida em que consideramos as mulheres para as quais estes discursos se voltam como detentoras de poderes capazes de apreender e reconhecer, a seu modo, o que é importante para a prevenção, para o cuidado de si.

Acreditamos que o **cuidado de si** é uma estratégia fundamental para qualquer discurso de prevenção e, neste sentido a educação vista “como forma de manter ou modificar a apropriação dos discursos” (Foucault,

1996:44), como uma nova perspectiva educacional deve ser incluída efetivamente, e não apenas expressando uma vontade política (Teixeira, 1997:58), conforme discutido no segundo capítulo de nosso trabalho.

Desta forma, nos ocupamos de analisar como os diferentes **regimes de verdades**, enquanto discursos de prevenção da aids, se constituem em saberes vivenciados por nossas entrevistadas, privilegiando os temas desenvolvidos no Projeto Colmeia. Porém, destacamos que é impossível atribuir somente às atividades de qualquer projeto o conhecimento de mulheres em relação à aids, DST, corpo e sexualidade. Elas estão sob a influência de diversas outras fontes de aprendizagem, como as campanhas governamentais de prevenção ou campanhas desenvolvidas por outras ONGs/Aids, conversas informais com amigos, experiências com profissionais de saúde, ou mesmo telenovelas, etc.

Ao analisarmos os discursos governamentais de prevenção – enquanto regimes de verdade nos quais diferentes conceitos (grupo de risco, comportamento de risco e graus de vulnerabilidade) foram utilizados como forma de delimitar um saber e uma prática em prevenção e assim reduzir a transmissão do HIV – nos deparamos com os limites destes discursos, dado que não são reconhecidos pelo conjunto da população que efetivamente corre risco, independente de pertencer a “grupos”; geram mais preconceitos, quando são direcionados para grupos ou comportamentos; ou em última instância, quando tratam da vulnerabilidade, não distinguem os diferentes graus que esta admite, enquanto resultado das relações sociais que o indivíduo estabelece.

Afirmamos que tais regimes de verdade se esgotam na medida em que são biopolíticas, baseados em estatísticas, modelos epidemiológicos que passam ao largo do que é cotidianamente vivenciado pela população que se quer atingir ou controlar suas morbidades. Afirmamos ainda que o controle pode ser também produtivo para a consecução dos objetivos, no caso da prevenção, mas ele deve vir inserido como uma estratégia do

multiculturalismo crítico, no qual questiona-se o significado político das estratégias para cada ação, considerando os sujeitos envolvidos.

Ao analisar estes discursos de prevenção, identificamos a necessidade de explicitar as **relações de poder** que tornam um ou outro discurso possível ou que lhes serve como suporte, ou ainda como estas relações de poder são rearranjadas como efeito do poder ou de sua resistência.

Como conseqüência desta necessidade de compreensão dos discursos, nos apoiamos nas quatro **“prescrições de prudência”** que Foucault (1984) faz para a análise do discurso, destacando que não se trata de uma interpretação, mas sim de uma analítica do poder contido nas relações que o discurso estabelece. Assim:

1) O discurso possui um **conteúdo imanente** que, no caso da prevenção, corresponde aos princípios clínicos e epidemiológicos que direcionam as práticas preventivas. Neste caso, acreditamos que este conteúdo imanente deve estar também relacionado com os conteúdos culturais referidos ao público alvo dos discursos da prevenção, e não somente com os princípios clínicos e epidemiológicos, como é o caso dos discursos que envolvem os conceitos de vulnerabilidade, comportamento e grupo de risco.

Para as mulheres entrevistadas, o conteúdo imanente – resultado das experiências culturais que elas têm do fenômeno da aids – é o medo e o sofrimento (referidos também nas alusões à religião), a revolta, a solidão e a vergonha (primeira e quinta questões). Mas, por outro lado, também é a oportunidade de elas colocarem em prática outras experiências culturais adquiridas pelo conteúdo informativo das campanhas de prevenção ou das próprias experiências de gênero, ao expressarem a ausência de “príncipe encantado” ou de que a “camisinha não é aliança” (nona questão).

Este conteúdo imanente das experiências desta parcela tão significativa para o fenômeno da aids, também pode ser incorporado aos discursos da prevenção, de forma a que as mulheres se identifiquem e possam então reconhecer a necessidade de serem cuidadas não por outros (seres ou instituições), mas por elas mesmas, incorporando novos saberes e agindo em direção ao cuidado de si.

2)O discurso possui **variações contínuas** que decorrem do fato de que o poder é difuso, está em toda parte, não havendo portanto aquele que o contém e aquele que simplesmente sofre seus efeitos repressivos. O que implica em rearranjos constantes sobre o discurso, visto que aquele que sofre as suas ações, ao resistir, também produz mudanças. Assim, as ONGs/Aids oferecem oportunidades de aproximação com o público alvo, na medida em que atuam diretamente com segmentos sociais, compreendendo suas estratégias de significação, sobrevivência e resistência. Estratégias estas que produzem as inflexões necessárias para as variações dos discursos.

Em nossa pesquisa de campo, observamos que estes rearranjos estão presentes quando as mulheres incorporam os saberes específicos sobre a aids (formas de transmissão, por exemplo), e os aplicam nas experiências cotidianas, como na segunda questão, em que nossa entrevistada Eunice compreende que pernilongo não transmite aids e explica ao marido.

Este é apenas um exemplo em que acreditamos ser possível o reconhecimento – através de programas voltados para populações específicas – das formas de atuação que elas têm, quando os discursos estão adequados.

3) O discurso possui **polivalência tática** e, neste sentido, alguns dos elementos que o compõe pode ser utilizado em estratégias diferentes, levando a incorporação ou não deste discurso. Assim, a utilização do

conceito de grupo ou comportamento de risco, ao mesmo tempo em que pode promover o cuidado de si para grupos específicos (ao afirmarem a necessidade destes se protegerem), pode também gerar o medo e o preconceito que os afastam das práticas preventivas. Da mesma forma, ao ser enfatizado o uso de preservativos masculinos (que são os que são distribuídos gratuitamente – compondo o enunciado discursivo das campanhas governamentais), faz recair sobre os homens a responsabilidade exclusiva de proteção, na medida em que não são disponibilizados os preservativos femininos e nem são criadas outras formas de significação para a mulher em nossa sociedade, de maneira que elas possam se sentir menos submissa e menos objeto do desejo do outro e assim negociarem o uso de preservativo feminino ou masculino, aproveitando o conhecimento para o cuidado de si.

As nossas entrevistadas, embora soubessem como usar o preservativo masculino (conforme resultados da décima primeira questão), revelaram dificuldades em negociar o seu uso (décima terceira questão). A dificuldade está em lançar mão de chantagens, do amor que têm pelo outro como forma de negociação, e não em função da valorização de um saber para o cuidado de si.

4) O discurso possui o **“duplo condicionamento”** e, neste sentido, atua em um campo das correlações de força (Foucault, 1997a:97), no qual o público alvo para o qual este discurso se volta é capaz de produzir um saber que também o condiciona.

Assim, nossas entrevistadas apontam a necessidade de novos discursos condicionados a partir das dificuldades que elas encontram em relação, por exemplo, às formas de transmissão perinatal ou na amamentação (sétima e oitava questão, respectivamente). Se admitirmos que as mulheres possuem representações sobre a maternidade e a amamentação altamente positivas, a dificuldade pode estar em atribuir a

estes eventos o risco da aids que, por sua vez, possui uma representação negativa.

Na nona questão, sobre as formas de transmissão, também temos indicativos da importância de relacionar a prevenção com as representações sociais, elementos que condicionam e beneficiam a eficácia dos discursos. Nesta questão, as entrevistadas relacionaram a inexistência de “príncipes encantados” com a necessidade de prevenção, já que a infidelidade existe mesmo no casamento, porque “aliança não é camisinha”.

Em outras palavras, tudo o que é dito, como forma de expressão das representações sociais da doença, é o conteúdo o qual devemos nos apropriar para formular discursos de prevenção que mudem o pensar e o agir em relação à aids.

Como resultado de nossa pesquisa de campo, podemos afirmar que o conhecimento que as mulheres têm da aids não se restringe ao conjunto de informações técnicas que elas obtêm através dos discursos de prevenção, mas é permeado pelos sentimentos e valores que elas vivenciam em seu cotidiano.

Assim, foi identificada em nossa pesquisa de campo a necessidade de buscar este saber do público alvo da prevenção, na medida em que este saber condiciona o sentido atribuído aos discursos da prevenção, reconhecendo os elementos subjetivos que constituem a experiência de si. Ao apontar a aids como uma doença que envolve preconceito e medo, as entrevistadas oferecem-nos a dimensão subjetiva com a qual elas apreendem o fenômeno, e nos oportuniza a compreensão das formas como a aids se apresenta para elas.

Não são propriamente os saberes das entrevistadas sobre prevenção o que aqui mais nos interessa, mas também o que é possível aprender com

estas atividades, de modo a mapear os erros e acertos de um tipo de discurso de prevenção para dar continuidade às atividades de prevenção.

Independente da fonte de aprendizagem, as entrevistadas expressam saberes e nos dão pistas de compreender como estes saberes são adquiridos, por vezes lembrando em que o Projeto Colmeia as beneficiou ou mesmo facilitou outras aprendizagens, tornando estes temas mais próximos e passíveis de serem discutidos e apreendidos por elas.

Torna-se central neste tipo de atividade de prevenção o estudo detalhado das representações que o público alvo tem acerca da aids. Afinal, como produto histórico, estas representações são as respostas dadas coletivamente para o enfrentamento dos fenômenos sociais.

Acreditamos que a perspectiva educacional dos programas desenvolvidos no Centro Corsini e, em particular o Projeto Colmeia, vem ao encontro daquela aqui privilegiada (Foucault, 1996:44), na qual os sujeitos devem ser valorizados em suas especificidades de modo a se apropriarem dos discursos da prevenção.

Talvez nosso maior desafio enquanto educadores seja o de considerar as diferenças, o lugar de onde cada um “fala” para então definir “currículos” como caminhos de existência do sujeito (Silva, 1999), de modo que este possa ser questionador e crítico dos arranjos sociais existentes, seja para a prevenção da aids ou seja para qualquer outra necessidade humana.

A atuação do Centro Corsini – embora consideradas as dificuldades de sustentabilidade comum às ONGs/Aids e mesmo as confusas representações sobre o que é atuar profissionalmente nestas instituições, onde há o profundo envolvimento com o social sem ter a estabilidade do funcionalismo público e sofrendo a instabilidade comum à iniciativa privada – aponta para a necessidade de discussões mais efetivas sobre as

identidades, não só do Terceiro Setor como também para o público para o qual se volta.

Ainda que nossa análise tenha enfatizado a atuação exitosa do Centro Corsini, não pretendemos aqui fazer apologia às ONGs/Aids. Há em nossa sociedade instituições concebidas para a valorização do social. Se as ONGs assumem os papéis destas instituições e passam a executar suas funções, é preciso investigar as razões desta transferência. É provável que, dadas as características de aproximação com o público para o qual se voltam, as ONGs sejam historicamente necessárias para nos apontar os limites e as possibilidades de serviços efetivos direcionados para o atendimento das necessidades das populações consideradas diferenciadas.

Resguardadas as dificuldades, acreditamos ser o Centro Corsini uma instituição que preza pela dignidade de seus públicos com os diversos programas e projetos desenvolvidos, na medida em que interage numa perspectiva de valorização da vida em todas as suas dimensões e contemplando diferenças.

Em resumo, podemos dizer que o Projeto Colmeia, na medida em que mobiliza sentimentos, pode ser um caminho exitoso para a construção de novas representações capazes de enfrentar a epidemia da aids.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, P. & HERZLICH, C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

ALMEIDA, Lúcio F. *Entre o local e o global: poder e política na atual fase de transnacionalização do capitalismo*. In: DOUBOR, Ladislau & IANNI, Otávio (orgs). Desafios da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997.

ANDERSON, Perry. As origens da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1998.

AYRES, José Ricardo de C.M. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Texto distribuído no Seminário "Metodologia de Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade". NEPO/Unicamp, 1998.

BARBOSA, M. R. & VILLELA, W. V. *A trajetória feminina da AIDS*. In: PARKER, Richard & Galvão, Jane (orgs). Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará Editores, 1996.

BASTOS, F. & COUTINHO, K. *Tão longe, tão perto... as pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil*. In: Parker, Richard, GALVÃO, Jane & BESSA, Marcelo S (orgs). Saúde, Desenvolvimento e Política. Respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1999.

BERER, Marge. Mulheres e HIV/AIDS. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. A construção social da realidade. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 21^a ed, 2002.

BERLINGUER, Giovanni. Ética da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BERQUÓ, Elza (Coord.) Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Ministério da Saúde, 2000.

BIRMAN, Joel. Entre Cuidado e Saber de Si. Sobre Foucault e a Psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000a.

BIRMAN, Joel. *Subjetividade, contemporaneidade e educação*. In: CANDAU, Vera M. (Org). Cultura, linguagem e subjetividade no ensinar e aprender. Rio de Janeiro: DP&A, 2000b.

BOITO, Armando Jr. Política Neoliberal e sindicalismo no Brasil. São Paulo: Xamã Editora, 1999.

BRAZ, Marlene. *Onde mora a vontade livre?* In: A moralidade dos atos científicos- 1º Seminário. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

CACCIA BAVA, Silvio. *O Terceiro Setor e os Desafios do Estado de São Paulo para o Século XXI*. In: CADERNOS ABONG n. 27: ONGs: Identidades e Desafios atuais. São Paulo: Editora Autores Associados, 2000.

CADERNOS ABONG N. 27. ONGs: identidades e desafios atuais. São Paulo, 1991.

CADERNOS ABONG N. 28. Direitos humanos, cidadania e aids. São Paulo, 2000.

CÂMARA, Cristina & LIMA, Ronaldo M. *Histórico das ONGs/Aids e sua Contribuição no Campo das Lutas Sociais*. In: CADERNOS ABONG n. 1: Direitos Humanos, Cidadania e AIDS. São Paulo: Editora Autores Associados, 1991.

CAMARGO Jr. Kenneth R. *As ciências da aids e a aids das ciências. O discurso médico e a construção da aids*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.

CAMARGO, Ana M. F. de. *A AIDS e a sociedade contemporânea: Estudos e histórias de vida*. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1994.

CANDAU, Vera M. (Org). *Cultura, linguagem e subjetividade no ensinar e aprender*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

CARDOSO, Ruth. *Fortalecimento da sociedade civil*. In: Ioschpe, Evelyn B. 3º Setor: Desenvolvimento social sustentado. São Paulo: Editora Paz & Terra, 1997.

CARVALHO, Edgar de Assis (org.). *Ética, solidariedade e complexidade*. São Paulo: Palas Athena, 1998.

CARVALHO, Nanci V. *O terceiro sujeito: um novo ator para um velho cenário*. In: DOUBOR, Ladislau & IANNI, Otávio (orgs). *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.

CENTRO CORSINI. *Relatórios de Atividades (de 1987 a 2001)*. Campinas, mimeo.

COHEN, Jeffrey J. *A cultura dos mostros: sete teses*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da. *Pedagogia dos mostros*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

COSTA, Marisa V. *Sujeitos e subjetividade nas tramas da linguagem e da cultura*. In: CANDAU, Vera M. (Org). *Cultura, linguagem e subjetividade no ensinar e aprender*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CZERESNIA, Dina et al. AIDS. Pesquisa social e educação. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

DHALIA, Carmen B.C. et al. *A Aids no Brasil. Situação atual e tendências.* In: CADERNOS ABONG N. 28. Direitos humanos, cidadania e aids. São Paulo, 2000.

DANIEL, Herbert & PARKER, Richard. Aids. A terceira epidemia: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DIAS, Reinaldo & TRALDI, Maria Cristina. Monografia passo a passo. Campinas: Alínea, 1998.

DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DOMINGUES, José Maurício. Teorias Sociológicas no século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

DOMINGUES, José Maurício. Criatividade social, subjetividade coletiva e a modernidade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999.

DOMINGUES, José Maurício. Sociologia e Modernidade. Para entender a sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DOUBOR, Ladislau & IANNI, Otávio (orgs). Desafios da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997.

DUBY, Georges. Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

DUSCHATZKY, Silvia & SKLIAR, Carlos. *O nome dos outros. Narrando a alteridade na cultura e na educação.* In: LARROSA, Jorge & SCLIAR, Carlos (orgs). Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

EDUCAÇÃO E REALIDADE V.24, n.1. Perspectivas sobre o sujeito. Porto Alegre: Editora da UFRGS, jan/jun 1999.

ESCOSTEGUY, Ana Maria. Estudos culturais. Uma introdução. In: SILVA, Tomás Tadeu da (org. e trad.) O que é, afinal, Estudos Culturais? Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FERRÉS, Joan. Televisão Subliminar: Socializando através de comunicações despercebidas. Porto Alegre: Artmed, 2ª ed, 1998.

FERNADES, Rubem César. Privado porém público. O Terceiro Setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FERNANDES, Rubem César. *O que é Terceiro Setor?* In: 3º Setor: Desenvolvimento social sustentado. São Paulo: Editora Paz & Terra, 1997.

FERNANDES, Heloisa R. (org.) Tempo do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FIGUEIREDO, Gabriel. O príncipe e os insanos. São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCALUT, Michel. O poder e a norma. In: Psicanálise, poder e desejo. (Vários autores). Rio de Janeiro: Editor Chaim Sammuel Kats, coleção IBRAPSI, 1975.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade (2): O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade (3): O cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1987.

FOUCAULT, Michel. *Tecnologias del yo*. In: Tecnologias del yo y otros textos afines. Barcelona: Paidós, 1990.

FOUCAULT, Michel. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.

FOUCAULT, Michel. *Entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow*. In: DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade (1): A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997a. (12ª. Edição)

FOUCAULT, Michel. Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997b.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.

GALLO, Silvio. *Repensar a educação: Foucault*. Revista Filosofia, Sociedade e Educação, número 1. Unesp, Marília, 1998.

GALVÃO, Jane. *Aids no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34/ABIA, 2000.

GALVÃO, Jane. *As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids*. In: Parker, Richard (org.). Políticas, Instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997.

GIDDENS, Anthony. *A terceira via. Reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.

GIROUX, Henry. *Praticando Estudos Culturais nas Faculdades de Educação*. In: Silva, Tomaz Tadeu. Alienígenas em sala de aula. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995.

GOERGEN, Pedro. *Pós-modernidade, ética e educação*. Campinas: Editora Autores Associados, 2001.

GOHN, Maria da Glória. *Os sem-terra, ONGs e cidadania*. São Paulo: Cortez, 1997.

GORE, Jennifer M. *Foucault e Educação: Fascinantes desafios*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) *O sujeito da educação: estudos foucautianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GUARESCHI, Pedro & JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

HADDAD, Sérgio. *Apresentação*. In: *CADERNOS ABONG n. 1: Direitos Humanos, Cidadania e AIDS*. São Paulo: Editora Autores Associados, 1991.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

HUNTER, Ian. *Subjetividade e governo*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da. *Pedagogia dos monstros*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

IBANEZ, Nelson. *Globalização e saúde*. In: DOUBOR, Ladislau & IANNI, Otávio (orgs). *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.

IMBERNÓN, Francisco. *A educação no Século XXI: Os desafios do futuro imediato*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

IOSCHPE, Evelyn B. (et. al.). *3º Setor: desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

JOHNSON, Richard. *O que é, afinal, Estudos Culturais?* In: SILVA, Tomáz Tadeu da (org. e trad.) *O que é, afinal, Estudos Culturais?* Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

JOVCHELOVITCH, Sandra. *Representações sociais e esfera pública. A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.

KEHL, Maria Rita. *A razão depois da queda*. In: FERNANDES, Heloisa R. *Tempo de Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LARROSA, Jorge. *Tecnologias do Eu e Educação*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) *O sujeito da educação: estudos foucautianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

LARROSA, Jorge & SCLIAR, Carlos (orgs). *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MACHADO, Roberto. *Introdução: por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes/UNICAMP, 1989.

MANN, Jonathan & TARANTOLA, Daniel J.M. & NETTER, (orgs). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará, 1993.

MARSHALL, James. *Governabilidade e Educação Liberal*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) *O sujeito da educação: estudos foucautianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MARTINS, José Pedro S. *Vocação solidária: flashes da história da assistência social em Campinas*. Campinas: Fundação FEAC, 1998.

MATIAS, Walter. *Sobre o discurso em Foucault*. Universidade Federal de Alagoas, mimeo: 2002.

MENDES, Eugênio V. Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de DST/aids. Princípios e Diretrizes. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília, 2000.

MONTAGNIER, Luc. Vírus e homens. AIDS: seus mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MORAES, Maria C. O paradigma educacional emergente. Campinas: Papirus, 1997.

MOREIRA, Antonio F.B. Currículo: Políticas e Práticas. Campinas/SP: Papirus, 2002. (a)

MOREIRA, Antonio F.B. *Multiculturalismo, currículo e formação de professores*. In: Moreira, Antonio F.B. Currículo: Políticas e Práticas. Campinas/SP: Papirus, 2002. (b)

NELSON, Cary, TREICHLER, Paula A & GROSSBERG, Lawrence. *Estudos Culturais: Uma introdução*. In: Silva, Tomaz Tadeu. Alienígenas em sala de aula. Petrópolis/RJ: Vozes, 2ª ed, 1998.

NEMES, Maria Inês B. Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

OLIVEIRA, Inês B. & ALVES, Nilda (orgs). Pesquisa no/do cotidiano das escolas. Sobre redes de saberes. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

PARKER, Richard G. Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.

PARKER, Richard & BASTOS, Cristina & GALVÃO, Jane (orgs). A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: ABIA, 1992.

PARKER, Richard. A construção da solidariedade. Aids, sexualidade e políticas no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará Editores, 1994.

PARKER, Richard & Galvão, Jane (orgs). *Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumaré Editores, 1996.

PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed.: ABIA, 1997.

PARKER, Richard, GALVÃO, Jane & BESSA, Marcelo. *Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à aids no Brasil*. São Paulo: Editora 34 Ltda/ABIA, 1999.

PARKER, Richard. *Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil*. In: Parker, Richard (org.). *Políticas, Instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997.

PEGORARO, Olinto A . *O que é o ser humano? In: A moralidade dos atos científicos- 1º Seminário*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

PETERS, Michael. *Governabilidade Neoliberal e Educação*. In: SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) *O sujeito da educação: estudos foucautianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PETERS, Michael. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Tradução de Tomás Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PIMENTA, Sônia A . *AIDS: Uma doença, vários discursos*. Campinas, UINCAMP/FE, 1997a. (Dissertação, Mestrado em Educação).

PIMENTA, Sônia A *“O Brasil do jeitinho”*. In: KUPTAS, Marcia (org). *Identidade Nacional em Debate*. São Paulo: Editora Moderna, 1997b.

SACRISTÁN, Gimeno J. *Poderes instáveis em educação*. Porto Alegre/RS: Editora Artes Médicas Sul, 1998.

SACRISTÁN, José G. *A educação que temos, a educação que queremos*. In: *A educação no Século XXI: Os desafios do futuro imediato*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SANCHES, Renate M. *Escolhi a vida. Desafios da Aids mental*. São Paulo: Editora Olho D'água, 1997.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

SCHEINBERG, Gabriela. *Congresso expôs doença na África*. Folha de São Paulo, 16/07/2000. C5.

SENNETT, Richard. O declínio do homem público. As tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SESSIONS, Glenn. Avaliação em HIV/AIDS: Uma Perspectiva Internacional. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) O sujeito da educação: estudos foucautianos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994a.

SILVA, Tomáz Tadeu da & GENTILI, Pablo A. A. (Org.) Neoliberalismo, qualidade total e educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) Alienígenas na sala de aula. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SILVA, Tomáz Tadeu da. Identidades terminais; as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) Liberdades reguladas – A pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

SILVA, Tomáz Tadeu da. Documentos de Identidade; uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org. e trad.) O que é, afinal, Estudos Culturais? Belo Horizonte: Autêntica, 2000a.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) Antropologia do ciborgue – as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: autêntica, 2000b.

SILVA, Tomáz Tadeu da (org.) Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000c.

SILVA, Tomáz Tadeu da. Pedagogia dos monstros. Belo Horizonte: Autêntica, 2000d.

SILVA, Tomáz Tadeu da. Teoria cultural e educação – um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000e.

SILVA, Tomáz Tadeu da. O currículo como fetiche. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SONTAG, Susan. A AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1984.

SOUZA, Pedro. Confidências da carne. O público e o privado na enunciação da sexualidade. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

SPINK, Peter. Avaliação Democrática: Propostas e práticas. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

TEIXEIRA, Paulo R. *Políticas públicas em AIDS*. In: Parker, Richard (org.). Políticas, Instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

TENÓRIO, Fernando G. (org.). Gestão de ONGs. Principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

THOMPSON, Andrés. *Do compromisso à eficiência? Os caminhos do Terceiro Setor na América Latina*. In: IOSCHPE, Evelyn B. (et. al.). 3º Setor: desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

TRONCA, Ítalo. As máscaras do medo: lepra e aids. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

VEIGA-NETO, Alfredo José (org). *Michel Foucault e educação: há algo de novo sob o sol?* In: VEIGA-NETO, Alfredo José (org). Crítica pós-estruturalista e educação. Porto Alegre: Sulina, 1995.

VEIGA-NETO, Alfredo José (org). Crítica pós-estruturalista e educação. Porto Alegre: Sulina, 1995.