LÚCIA MÁRCIA ANDRÉ

REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS
PREVENTIVAS DA AIDS EM COLETORES
DE LIXO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Tese apresentada para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública,
pelo Departamento de Prática de
Saúde Pública, da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo.

Orientador: Prof. Tit. Aracy W. P. Spinola

São Paulo

1999

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura

Data

Esta pesquisa foi realizada com
financiamento da Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa.... mais um degrau.... mais uma vitória.... Nada disto teria sido possível sem a ajuda de muitas pessoas que povoaram minha vida desde o meu nascimento até este momento. Impossível nomeá-las todas sem cometer qualquer tipo de injustiça... Portanto, a todas as pessoas de minha vida: **MUITO OBRIGADO!**

Alguns agradecimentos especiais fazem-se necessários.

A meus pais que não estão mais aqui para acompanhar este momento de vitória.

A todos meus amigos que sempre confiaram na minha capacidade de chegar até aqui.

À Marilu, companheira da vida, pela fé em meu potencial de pessoa. Você é parte integrante de minha vida e de minha felicidade.

À mestra de primeiras letras que plantou a primeira semente ao alfabetizar-me.

A todos os professores que me ensinaram o que hoje sei.

À Professora Aracy, orientadora e amiga, figura imprescindível em toda minha vida acadêmica.

À Professora Nilza, pelo auxílio amigo nas dificuldades estatísticas com que me defrontei.

Aos membros da banca examinadora pelas preciosas sugestões que somente enriqueceram este trabalho.

A todos meus colegas de trabalho que sempre possuem um sorriso, uma palavra amiga e que fazem com que eu seja muito feliz por conviver com eles.

Às empresas coletoras de lixo que autorizaram esta pesquisa.

Finalmente, porém não menos importante, muito obrigado a vocês, coletores do município de São Paulo. Obrigado pela acolhida, pela disponibilidade, por abrirem mão

de preciosos minutos de descanso com a finalidade de participarem desta pesquisa. Obrigado por terem se mostrado, obrigado por existirem. Espero não decepcioná-los. Que o resultado deste trabalho reverta, de uma forma ou de outra, em melhoria de vida para todos vocês.

RESUMO

Procurou-se estudar a construção do conhecimento sobre Aids entre coletores de lixo de três empresas de limpeza pública no município de São Paulo, com o objetivo de investigar a representação e as práticas preventivas desta categoria profissional, de maneira que possibilitasse desvelar a forma como construíram esse conhecimento e mapear suas práticas preventivas. Foram aplicados 500 formulários em três garagens de uma empresa e realizadas 25 entrevistas em duas outras (1 garagem de cada). Os resultados mostraram que os trabalhadores representam a Aids como doença dos chamados “grupos de risco” construindo sua percepção a partir das informações recebidas pelos meios de comunicação de massa e percebidas através de uma doutrina de vida que pauta seu comportamento social. O uso do preservativo parece simbolizar o rompimento com essa doutrina de vida e as práticas mais citadas foram: fidelidade conjugal e escolha de parceiros sexuais.

ABSTRACT

This study tried to focus on the construction of the knowledge concerning Aids between garbage collectors from three companies responsible for the garbage collecting in the city of São Paulo. The objective was to investigate that the disease means to them and the actual prevention methods in this professional category, in which a way that it could allow us to understand how they have built this knowledge, and also describe their prevention methods. 500 forms were distributed in 3 garages of a company and 25 interviews were done in 2 other garages (1 in each). The results show that the workers understand Aids as a disease which belongs to “risk groups”, and they build their perception from the information they receive from the media and understood according with their own way of life, which is responsible for their social behavior. The use of condoms seems to represent a break with this “way of life”, with their be the prevention methods mentioned were: marital fidelity and choosing the sexual partner.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO	01
 CAPÍTULO 2	
OBJETIVOS	06
 CAPÍTULO 3	
REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	07
3.1- O conceito de representação	07
3.2- A construção do conhecimento popular sobre o processo saúde – doença	13
3.3 - Aids, sexualidade, medo e morte - a hipótese teórica.	18
3.4 - Aids: descoberta, primeiras respostas e a questão da vulnerabilidade.....	20
3.5 - Aids enquanto objeto.....	22
3.6 - Os modelos teórico - metodológicos	28
3.7 - O recorte sócio - profissional x recorte “sexual”	30
3.8 - A questão paradigmática.....	33
3.9 - A questão epistemológica.....	33
 CAPÍTULO 4	
PROCEDIMENTOS	36
4.1 - Algumas questões metodológicas	37
4.2 - A população e a amostra	39
4.3 - A construção do campo.....	39
4.4 - Instrumentos e técnicas	40
4.5 - As etapas da coleta de dados	42
4.6 - Tabulação, análise e interpretação	47
4.7 - A análise do discurso	48
 CAPÍTULO 5	
RESULTADOS.....	52
5.1 - O campo	52
5.2 - Caracterização da amostra e trajetória individual	54
5.3 - A vida	55
5.4 - Estratégias de sobrevivência	59
5.5 - A associação	60
5.6 - Fontes e busca ativa de informações	64
5.7 - Representações da Aids.....	67

5.8 - Estimativas de risco	69
5.9 - Estimativa de risco relativa a comportamentos.....	72
5.10 - Motivos para se preocupar	74
 CAPÍTULO 6	
DISCUSSÃO	85
6.1.-A mediação no processo de construção do conhecimento.....	85
6.1.1 - Representação e práticas preventivas: o papel dos valores religiosos e da doutrina de vida e da ciência.....	85
6.1.2 - Representação e fontes de informação.....	91
6.1.3 - O hiato entre conhecimento e prática (o uso/ não uso do preservativo).....	93
6.2 - A mediação e a vulnerabilidade.....	94
 CAPÍTULO 7	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
 ANEXOS	105
ANEXO I- FORMULÁRIO	I
ANEXO II - ENTREVISTA ABERTA	II
ANEXO III - MANUAL DE COLETA DE DADOS	III

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Durante as primeiras décadas da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a questão da heterossexualidade foi ignorada pelos pesquisadores, sendo que alguns sequer consideravam as mulheres como vulneráveis ao HIV (Giffin,1998)

A análise da história social da síndrome mostra que os primeiros casos descritos em homossexuais masculinos, residentes nos Estados Unidos, fez com que os estudos epidemiológicos associassem, de forma quase exclusiva, esse quadro à homossexualidade, isto é, a infecção pelo HIV era uma “doença do mundo gay” . (Parker, 1994)

Em todos os momentos dessa história, a preocupação central parecia ser a busca da ligação entre infecção e homossexualidade; data dessa época o conceito de “grupo de risco”: seriam os indivíduos que, em consequência de sua orientação sexual, fatores genéticos (hemofilia), ou de uso de drogas injetáveis, estariam expostos à infecção, que a eles ficaria restrita.(Parker, 1994)

Todas estas descobertas foram e são amplamente cobertas e divulgadas pela imprensa falada, escrita e televisiva no mundo inteiro, transmitindo estas informações e conceitos com muita velocidade.

As suposições epidemiológicas passaram a se modificar com o avanço das pesquisas e com casos de Aids notificados em mulheres. A epidemia na África contribuiu de forma decisiva para o reconhecimento das principais formas de transmissão do vírus: via sexual, endovenosa (transfusão hospitalar ou reutilização de agulhas não esterilizadas) e a perinatal ou vertical (de mãe a filho, no útero ou no parto). (Parker, op. cit.).

Esta modificação no comportamento da epidemia levou a campanhas dirigidas à população como um todo, produzidas pelos órgãos governamentais de saúde e divulgados pelos meios de comunicação de massa. É a época, no Brasil, do “todos estão sujeitos à Aids”.

Como acontece com toda nova doença muitas são as teorias desenvolvidas e abandonadas que tentam explicar o processo de difusão de novos casos; mas os estudos epidemiológicos iniciais, não obstante sua importância, foram responsáveis, segundo Parker (1994), pela concepção de uma “doença” vinculada à marginalidade, às práticas sexuais consideradas desviantes e à figura da prostituta, estigmatizando e reforçando certas percepções em relação a esses grupos “excluídos”: homossexuais, prostitutas e dependentes de drogas.

Além do acréscimo no número de mulheres contaminadas, a distribuição da mortalidade pela síndrome transformou-se ao longo dos últimos anos.

No Brasil, a epidemia surgiu em primeiro lugar nos grandes centros urbanos, Rio de Janeiro e São Paulo, atingindo estratos mais altos da população (classe média e alta), além de artistas e intelectuais; predominava em pessoas do sexo masculino, jovens e homossexuais o que favoreceu muito sua divulgação pelos meios de comunicação de massa, este perfil começou a alterar-se com o aumento da transmissão por drogas intravenosas. (Buchalla, 1994).

Enquanto os primeiros casos notificados eram de pessoas que pertenciam às classes sociais mais privilegiadas, hoje, a mortalidade vem aumentando entre a população de segmentos mais baixos da sociedade, ocorrendo uma “pauperização” da epidemia. (Grangeiro, 1994 e Buchalla, op. cit.)

Quando se considera a ocupação, os trabalhadores braçais são exemplo dos que apresentam acréscimo nesta taxa de mortalidade que evoluiu de 0,8% em 1985 para 4,5% em 1991 e 19,96% entre 1991 e 1993 na categoria profissional (Buchalla, op. cit.; INST, 1994), sendo que neste último ano era a categoria sócio - profissional mais atingida..

A síndrome tornou-se ponto de partida para discussões de características de nossa sociedade como as questões ligadas à sexualidade, ao uso de drogas; as medidas de prevenção parecem estar pouco incorporadas e continua sendo uma “doença estigmatizante”, embora muito se tenha caminhado no sentido da não segregação do doente e do portador do HIV, principalmente em decorrência da atuação de

organizações não - governamentais de apoio e prevenção a essas pessoas. (Buchalla op. cit.)

A prevenção e o controle da pandemia estão mais fortemente ligados a componentes comportamentais do que a intervenções técnicas como vacinas e medicamentos. Este é o grande desafio que a Aids trouxe para a saúde pública.

É importante considerar que a mudança de comportamento para a prevenção, neste caso, está diretamente relacionada a aspectos psicológicos, uma vez que a sexualidade ainda é envolvida por tabus, preconceitos, normas e preceitos morais, valores estes de difícil mudança.

De outra parte, o preservativo tem sido, historicamente, tratado com desdém, visto como algo de mau gosto, ridículo ou como motivos de chacota pela população. Usado como proteção às doenças sexualmente transmissíveis e tradicionalmente associado às relações com prostitutas, com o advento da Aids adquiriu uma imagem ainda mais negativa, pois passou a simbolizar a sexualidade furtiva e não aceita socialmente.(Lupton,1994)

Como método contraceptivo, o preservativo foi minado pela popularidade da pílula anticoncepcional, considerada como método mais seguro pelos próprios meios científicos, o que facilitou sua aceitação e adesão da população ao seu uso; Barbosa (1995) também enfoca a questão do uso da pílula lembrando que a introdução do contraceptivo oral favoreceu o afastamento da responsabilidade masculina sobre questões relativas ao planejamento familiar, deixando à mulher, ao lado do controle sobre a concepção, a responsabilidade exclusiva sobre a mesma. De outra parte, o preservativo, como proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, tornou-se obsoleto com a descoberta de penicilina pois estas doenças passaram a ser perfeitamente curáveis.

Ainda segundo Lupton (op.cit.), estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que em 1988 apenas 5% dos casais em idade reprodutiva usavam o preservativo como método contraceptivo.

Segundo Rodrigues (1996), as pesquisas sobre prevenção da AIDS vêm demonstrando, de maneira sistemática, uma defasagem entre conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV e as práticas sexuais, uma falta de interesse pelo tema e superestimação dos riscos que independem do controle do indivíduo associadas à subestimação das situações que impliquem na prática do seguro. Para esta autora, estes resultados sugerem a hipótese da existência de uma estratégia defensiva construída e compartilhada de maneira social e inconsciente que visa enfrentar uma realidade intolerável.

A pandemia do HIV exacerbou também uma questão presente há tempos na área da saúde pública; enquanto as doenças parasitárias e contagiosas passaram a ser controladas por meio de ações de saneamento básico e de imunizações em massa, um novo desafio foi colocado: como controlar as doenças que são, hoje, as principais causas de morte da população? As doenças de etiologia desconhecidas (câncer e distúrbios do sistema cardio - vascular) têm sua prevenção mais ligada a mudanças no estilo de vida do que a ações instrumentais (intervenções técnicas). (Susser, 1997)

Neste mesmo tipo encontra-se a Aids, embora com algumas nuances que a diferencia das citadas por Susser. O agente etiológico foi isolado, o mecanismo de transmissão é bem conhecido e a prevenção aparentava ser simples: o uso do preservativo era suficiente para impedir a disseminação do vírus. Isto, todavia, não acontece desta maneira.

As estratégias até hoje desenvolvidas para a prevenção são questionadas, pois se todas as pessoas usassem preservativos não nasceriam crianças, visto que se trata de um método contraceptivo. (Giffin, op. cit.)

Esta é uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde diante deste desafio: como diminuir a vulnerabilidade das pessoas frente à infecção?

Um aspecto importantes em nossa sociedade, é o fato de que não é apenas a distribuição da renda e da riqueza que se dá de maneira desigual: o conhecimento também é desigualmente distribuído.

Quanto mais destituído de capital econômico menor o capital simbólico de um grupo; explicar o mundo e os fatos da realidade para uma fração de classe destituída de capital simbólico é utilizar-se sempre de experiências remotas que não têm como ser reavaliadas, como o faz aquele que detém o conhecimento. (Bourdieu, 1973)

Este pode ser um aspecto que esteja subjacente à mudança no perfil “social” da Aids. Quanto mais próximo um grupo estiver do centro produtor de conhecimento, quanto mais rapidamente conseguir obter e decodificar as informações recebidas e quanto mais se utilizar desses conhecimentos para rever suas práticas, maior será a possibilidade de mudança.

Quando o indivíduo não está preocupado de maneira suficiente ou não está motivado para considerar que o perigo da infecção pelo HIV lhe diz respeito; quando faltam capacidades individuais, acesso a serviços, suprimentos ou equipamentos e o poder e a confiança para manter ou implementar mudanças no comportamento, sua vulnerabilidade aumenta. (Mann, 1993)

O fato dos pesquisadores e cientistas terem reconhecido não existir grupos de risco, como se presumia a princípio, parece não estar suficientemente esclarecido para a população em geral.

A hipótese desta investigação é uma construção, por analogia, da hipótese que norteia o trabalho de Christophe Dejours. Assim como este autor reconhece que trabalhadores não usam equipamento de proteção individual por considerarem que estes podem não garanti-los totalmente contra os riscos do trabalho, optando, de maneira inconsciente, pela elaboração de estratégias defensivas para esconjurar o perigo a que estão sujeitos, da mesma forma estratégias defensivas como negação e fuga podem estar subjacentes à super estimação de riscos que estejam fora do controle individual e à sub estimação dos riscos sob controle individual, como os dados da pesquisa em grupo foco (André, op.cit., 1995) parecem ter demonstrado.

Por estas razões compreender como se constrói o conhecimento e a partir desta construção a representação que a Aids pode ter para um determinado segmento sócio - profissional pode ser importante para repensar intervenções, de maneira que estas se coadunem com o universo desse mesmo segmento social.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral:

O objetivo geral do presente estudo é, a partir de resultados obtidos em pesquisa anterior (André et al.,1995) realizada com trabalhadores braçais utilizando a técnica de grupo foco, investigar se as representações e práticas preventivas em relação à Aids entre trabalhadores braçais entrevistados são ou não semelhantes às de um conjunto maior em população com as mesmas características, no presente estudo os coletores de lixo.

2.2 - Objetivos específicos

São objetivos específicos:

- compreender como coletores de lixo constróem a teoria explicativa para essa síndrome
- mapear quais práticas este grupo sócio - profissional tem adotado para prevenir-se;
- verificar como esta categoria percebe-se ou não como vulnerável ao HIV
- avaliar a vulnerabilidade de acordo com os critérios apontados por Mann e colaboradores (1993)

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

3.1. O conceito de representação

O marco teórico que apoia este trabalho tem como foco a mediação entre agente social e sociedade. Para conhecer essa mediação, Bourdieu(1986) tece considerações sobre os princípios teóricos que embasam o conhecimento nas ciências sociais.

A proposta teórica de Bourdieu(op. cit.) é a superação de um antagonismo, por ele entendido como falacioso, entre o que se convencionou chamar de “objetivo” e “subjetivo”.

Bourdieu (1986) assim define sua concepção teórica: “por estruturalismo ou estruturalista, quero dizer que existem, no próprio mundo social e não apenas nos sistemas simbólicos - linguagem, mito, etc. -, estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, as quais são capazes de orientar ou coagir suas práticas e representações. Por construtivismo quero dizer que há, de um lado, uma gênese social dos esquemas de percepção, pensamento e ação que são constitutivos do que chamo de “habitus” e, de outro, das estruturas sociais, em particular do que chamo de campo e grupos, e particularmente do que se costuma chamar de classes sociais.”(Bourdieu, op. cit. pág.149; gg.nn.)

Esta abordagem tem como objeto as relações dialéticas estabelecidas entre as estruturas objetivas e as disposições subjetivas, critica as perspectivas objetivista e subjetivista nas ciências sociais e os métodos empregados por estas correntes para conhecimento da realidade social: a primeira, ao tratar os fatos sociais como coisas desconsidera o conhecimento (ou desconhecimento) que deles tenham os agentes sociais. Para a segunda abordagem, esses mesmos fatos sociais existem em decorrência das representações que deles fazem os agentes e então “a tarefa da ciência social

consistiria em produzir “explicação das explicações” (account of the accounts) produzidas pelos sujeitos sociais.” (Bourdieu, 1986, pág. 150)

O positivismo e o estruturalismo são representantes das correntes objetivistas ou fisicalistas nas ciências sociais; o interacionismo simbólico e a etnometodologia são as abordagens de base fenomenológica.

Para a sociologia fenomenológica, o mundo social objetivo é constituído por uma rede de relações intersubjetivas que resulta em uma ação para o outro e que tem como resposta o compartilhamento do mundo social no qual essas ações se desenvolvem.

Para Bourdieu (1986), agir não é executar, mas construir um núcleo de significação do mundo, onde os aspectos objetivos não são negligenciados. Toda comunicação é socialmente estruturada de tal forma que os agentes que falam ocupam uma determinada posição no que ele denomina de campo social .

A interação não é complementar, mas permeada por uma relação de poder, reprodutora da distribuição desigual de poderes da sociedade global, e esta é uma importante questão introduzida : o poder que dá o direito à palavra - a competência simbólica.

A noção de “*habitus*” implica o reconhecimento de que as práticas não se dão num “vazio” ou que estejam relacionadas apenas a estímulos do meio ambiente; supera, também, os limites da antropologia, uma vez que reconhece existir uma interferência da estrutura da sociedade sobre os indivíduos que a compõem, não enxergando as diferenças apenas como questão de “relativização cultural”.

A abordagem “cultural”, a etnometodologia e o interacionismo limitam-se a explicar as práticas tal como elas se apresentam e procurar descobrir no grupo onde elas surgem os mecanismos de sua produção, “reduzindo a estrutura objetiva da relação entre os indivíduos agrupados à estrutura conjuntural de sua interação numa situação e grupos particulares, querem explicar tudo o que se passa numa interação experimental ou observada pelas características experimentalmente controladas da situação, como a posição relativa no espaço dos participantes ou a natureza dos canais utilizados.” (Bourdieu, 1972, pág. 75)

A teoria das representações sociais, introduzida em 1978 por Moscovici com a publicação de “Representação social da psicanálise” e desenvolvida por seus discípulos: Jodelet, Herzlich, Farr, entre outros, à semelhança de Bourdieu, parte do pressuposto de que não há um corte “dado” entre os planos objetivo e subjetivo, mas existe uma mediação entre estes dois lados da mesma moeda, mediação esta realizada pelas representações sociais, consideradas como mecanismos psicológicos que permitem a construção de uma teoria explicativa do mundo.

Para esta escola a característica básica das representações sociais é unir linguagem e pensamento, considerada como o observável (linguagem) e o não observável (pensamento). As representações sociais são construções cognitivas, uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, modalidades de pensamento prático, que é comunicado e que objetiva dar um sentido ao ambiente social, material e ideal. (Jodelet, 1984).

As representações sociais inserem-se em dois planos: simbólico e social. Simbólico é sinônimo de elaboração cognitiva dos significados, a construção de uma teoria sobre um determinado fato e o social é considerado como contextos e condições dessa elaboração “teórica”, influenciadas pelas formas de comunicação, circulação e interação entre as pessoas e seu mundo social.

Esta teoria tem sido objeto de muitas críticas, uma das quais tecida por Crochik (1995), que aponta para dois aspectos em que a teoria das representações sociais falha: em primeiro lugar, esta escola não considera que a necessidade de tornar familiar o que é estranho origina-se da impotência social de determinados grupos em uma sociedade hierarquizada; em segundo lugar, por não apontar para os fatores subjetivos que levam à representação social e “quando o faz, ao dizer que a representação social não é mera reprodução de conteúdos sociais, não os localizar em lugar nenhum.” (pág. 182)

Jahoda(1978) também criticou a teoria das representações sociais, afirmando que Moscovici não considera que a construção de uma determinada teoria explicativa do mundo está intimamente relacionada a aspectos como sexo, idade, poder social, etc.

Desta maneira a abordagem de Moscovici e seus discípulos acaba por deter-se no plano cognitivo, deixando de lado aspectos afetivos, emocionais e sociais importantes na

construção da representação; esta ênfase nos aspectos cognitivos acaba por relegar a um segundo lugar a questão da inserção social.

Para Bourdieu (1972) todas as relações estabelecidas pelo ser humano são dominadas pelo que denomina de “estrutura objetiva das relações”, isto é, pelo espaço social que cada um de nós ocupa em decorrência de nossas origens familiares, poder aquisitivo, nível de escolaridade e da ética que adquirimos em função dessa mesma posição no campo social, que não deve ser confundido com o espaço geograficamente definido.

Portanto, não se pode subestimar a força que existe no “par ideológico” formado pelo objetivismo e subjetivismo, pois existe o risco de cair no equívoco de considerar o indivíduo como um “epifenômeno”, quando, na realidade, toda ação coletiva é “produto de uma conjuntura, isto é, conjunção necessária das disposições e de um acontecimento objetivo.” (Bourdieu, 1973, pág. 76)

Embora tecendo críticas à Psicologia Social clássica, que pretende conhecer as dinâmicas da interação por meio de experiências controladas experimentalmente, talvez seja Bourdieu o teórico que melhor possibilite à Psicologia Social o estabelecimento da ligação entre os três elementos: indivíduo, grupo e sociedade, uma vez considerado que a intersubjetividade não se dá entre atores e sim entre sujeitos sociais, o que permite estabelecer articulações entre os registros subjetivos e os coletivos; dadas condições objetivas semelhantes, pode-se considerar que a ação é produto de um modo de perceber - “*habitus*” - a partir do qual a análise de uma determinada prática social pode ser universalizada e particularizada simultaneamente, visto que o agente é produtor e reproduzidor deste mesmo sentido objetivo.

Como reconhece o próprio Bourdieu(1989), sua teoria aproxima-se da teoria da dinâmica de grupo de Kurt Lewin, sendo a noção de campo uma das fundamentais ao lado da de “*habitus*” na sua construção teórica; campo de produção como espaço social onde se dão as relações objetivas fundamentais na construção do que se denomina “subjetividade”. Neste sentido, o psicológico não é sinônimo de individual e sim uma instância onde a mediação sujeito/sociedade é construída, elaborada, construída “a partir das experiências de vida, das relações entre o indivíduo e o ambiente, segundo mecanismos mentais típicos do ser humano.” (Rodrigues, 1989, pág. 85)

Para Lewin(1973),o grupo ao qual o indivíduo pertence determina suas percepções. Assim, cada um de nós atua no mundo de acordo com o grupo social em que está inserido e que é regido pelos seguintes aspectos: a ambiência, a assimilação, a pertinência e “valência positiva”.

O conceito de ambiência constitui-se no fundo de toda ação e relaciona-se com o “terreno” onde o indivíduo se move, “terreno” que pode ser definido como as condições sócio-econômicas onde esse grupo está inserido.

A ambiência é responsável pelo julgamento, compreensão e percepção que o indivíduo tem do mundo social e confere sentido a cada fato ocorrido. Muitas vezes não é percebida, visto que se constitui em “fundo” e o evento transforma-se em “figura”.(Lewin, 1973)

A pertinência é um dos elementos desse “terreno” onde cada indivíduo atua; para a criança o ambiente familiar é, muitas vezes, o “terreno” principal, tanto que, afirma Lewin (1973): ”sabemos que a instabilidade do grupo familiar pode levar a uma instabilidade do adulto.” (pág. 160)

Bourdieu (1972) também enfatiza a importância da família como núcleo formador do ethos e do “*habitus*”: “são as estruturas características de um tipo determinado de condições de existência que, através da necessidade econômica e social que elas fazem pesar sobre o universo relativamente autônomo das relações familiares, ou melhor, no interior das manifestações propriamente familiares dessa necessidade externa (por exemplo, interditos, preocupações, lições de moral, conflitos, gostos, etc.), produzem as estruturas dos “*habitus*” que estão, por sua vez, no princípio da percepção e da apreciação de toda experiência ulterior.” (pág.64)

Assim, “as práticas se expõem sempre a receber sanções negativas, portanto um ”reforço secundário negativo”, quando o meio com o qual elas se defrontam realmente está muito distante daquele ao qual elas estão objetivamente ajustadas.”(Bourdieu, 1972, pág. 64, aspas do autor)

Os “*habitus*” são estruturados a partir do primeiro núcleo socializador - a família - que possui toda uma história social: origens, inserção profissional de seus membros (que

determina, em nossa sociedade o acesso aos bens econômicos e simbólicos disponíveis).

Esta família está inserida em um determinado campo social, representado pelo grupo social mais amplo a que pertence. É das regras desse grupo maior que os valores e as formas de perceber o mundo são construídas - os "*habitus*" - este é então vestido, como o hábito de um monge e é ele que "faz a pessoa social" (Bourdieu, 1972, pág.75) e, portanto, incorporado inconscientemente que provoca esquecimento de que foram as estruturas objetivas que produziram essas "quase natureza". (Bourdieu, 1972)

Não há, portanto, para estes dois autores (Bourdieu e Lewin), na ação apenas o tipo de relação mecânica ou do modelo "estímulo - resposta", mas uma orquestração entre condições objetivas e disposições subjetivas que se interrelacionam de tal maneira que é muito difícil estabelecer onde começa uma ou termina outra.

Renunciar a uma abordagem mecanicista, não implica reconhecer um livre arbítrio, nem construir uma "teoria conspiratória da história" ao se imaginar que determinadas ações ou obras humanas são fruto de uma intencionalidade consciente e deliberada. (Bourdieu, 1972)

As várias práticas e as explicações do mundo ocorrem por transferência analógica de esquemas, dada pela mediação entre dois sistemas: as estruturas objetivas e a conjuntura. (Bourdieu, 1972)

Estes mecanismos não se dão num vazio afetivo; as pessoas são afetadas por idéias, valores e concepções. Estes constructos acabam por adquirirem uma valência, um peso, um valor que pode ser atrativo ou repulsivo. São estas valências que acabam por auxiliar na aceitação ou rejeição das normas de conduta sociais construídas pelos representantes dos núcleos de conhecimento e poder da sociedade.

Quando nos referirmos daqui por diante à **representação** sempre o faremos neste sentido teórico, isto é, de que "construir a noção de "*habitus*" como sistema de esquemas adquiridos que funciona no nível prático como categorias de percepção e apreciação, ou como princípios de classificação e simultaneamente como princípios

organizadores da ação, (...) construir o agente social na sua verdade de operador prático de construção de objetos. (Bourdieu, 1986, pág.; 26)

3.2 - A construção do conhecimento popular sobre o processo saúde-doença.

Luc Boltanski desenvolveu diversas pesquisas procurando explicar como se construía, nas diversas frações sociais, o conhecimento do processo saúde-doença. Baseando-se nas noções de “*habitus*” e de “campo social” de Bourdieu, Boltanski, durante o final dos anos 60, estudou a representação da doença e das práticas sanitárias na puericultura (1967), no consumo de medicamentos (1968) e na percepção e explicação da doença(1968).

Em seu estudo sobre a difusão das regras de puericultura, Boltanski(1967) tinha como objeto o nascimento de um tipo de saber organizado em torno de alguns princípios fundamentais que constituíam um corpo coerente de conhecimentos teóricos e regras práticas; para ele este tipo de saber permitia que se estudasse como essas técnicas e saberes eram difundidos, compreendidos e aplicados numa sociedade estratificada. Esta pesquisa inseria-se num projeto maior, que objetivava conhecer como os membros das diferentes classes sociais percebiam a medicina e seus corpos.

Em “La decouverte...”(1969) estuda o cuidado e a automedicação de mães pertencentes às classes baixas e à fração mais baixa das classes médias face às doenças de suas crianças. Para este autor, a análise do comportamento em saúde dos membros dessas frações de classe é importante pois são exemplares da relação que esses membros estabelecem com a ciência e os detentores do conhecimento. A população é considerada como o elemento “profano” numa sociedade hierarquizada e tecnológica, onde o saber adquirido em consequência da escolarização é o único saber reconhecido como “competente”.

Nas classes populares, a doença é reconhecida por certos sinais que são amplamente estereotipados; alguns podem ser secundários, mas há sempre um sintoma que é compreendido como o que “manifesta a doença”. Há um repertório de doenças: cada uma é reconhecida por um sinal particular que permite distingui-la das outras; todas doenças conhecidas são organizadas segundo uma ordem de gravidade crescente.

Doenças são julgadas como mais graves se, em comparação com as doenças conhecidas, necessitarem ser tratadas por um médico, o único sujeito que tem o direito de tratar todas doenças, inclusive as desconhecidas, aquelas que sequer se supõe a existência, visto que não são conhecidos sua natureza, sinais, e na maioria das vezes, o seu nome. (Boltanski,1967)

A população possui uma espécie de nosografia das doenças, classificando-as em benignas e malignas; quanto às benignas, principalmente as infantis, são categorizadas pela sua suposta etiologia: “doenças causadas pelo frio, doenças de inverno (resfriados, gripes, anginas, bronquites), doenças “digestivas” (constipação, cólicas, indigestão e as doenças infantis propriamente ditas: coqueluche, cachumba, varicela, sarampo, rubéola” (Boltanski, op.cit.,pág.13)

Para esta classificação entram em jogo duas operações mentais: relacionar termo a termo, em primeiro lugar, os sinais encontrados com um repertório preexistente de sinais conhecidos, o que identifica a doença; em segundo lugar estes “sinais” são relacionados a um repertório conhecido de remédios, que são ministrados para a “cura”. Neste caso, assegura Boltanski(1968), os atos da medicina familiar são imitativos, reproduzem os gestos e as palavras dos médicos da maneira como são percebidos e da maneira como as palavras conseguem ser entendidas. É do saber médico que as frações de classe mais baixas recebem os nomes das doenças; não há uma construção própria do conhecimento comum e sim uma imitação das práticas médicas legítimas, que são tomadas pelo seu “valor facial”, isto é, como são percebidas pelas pessoas.

Desta maneira são reconhecidos dois corpos de conhecimento distintos: um, o saber “oficial”, “científico”, compartilhado pelos produtores desse saber e as camadas superiores da sociedade e um saber “popular”, vasto corpo de crenças que é utilizado pelos grupos que se situam mais à margem do campo social do saber e que estão, devido às suas condições objetivas, distantes dos núcleos produtores do conhecimento.(Boltanski, op.cit.)

A antiga medicina popular ignorava a origem científica do conhecimento, o que não ocorre com o conhecimento hoje existente, quando há necessidade de recorre-se ao saber “competente” e “oficial” para construir uma explicação, um conhecimento.

Esta consciência de não possuir um saber legitimado socialmente, esta ansiedade e impotência perante aquilo que desconhecem decorrente de sua posição na estrutura social é um dos fatores ignorados pela escola moscoviciana.

Quando Jodelet(1984) descreve a explicação dada por habitantes de uma pequena cidade francesa acerca das doenças mentais, não considera que essas pessoas, na verdade, estavam evocando múltiplas associações que as remetiam à medicina “oficial”, com termos emprestados da linguagem médica, que utiliza palavras estranhas ao vocabulário de determinadas frações de classe e não estranhas à população como um todo.

O que ocorre para Boltanski (1968), é que a população recebe, na verdade, fragmentos de informação e precisa, portanto, reconstruí-la em sua integridade, a fim de dar-lhe algum sentido.

Se o universo do conhecimento popular é desconhecido pelo mundo da ciência, o mundo da doença e da medicina é, para as classes populares, um universo onde tudo é possível, um mundo imaginário que não pode ser relacionado com o universo do cotidiano.

O que os membros desta população fazem, habitualmente, é dar um novo sentido, reinterpretar esses fragmentos de informação recebidos, incorporando-os ao seu universo lógico ou transpondo categorias de maneira analógica a fim de incorporar esses fragmentos ao seu universo familiar. Esta transposição de categoria pode resultar no uso correto ou incorreto da regra. (Boltanski, 1968)

Nota-se com maior clareza a diferença da abordagem teórica elaborada pela escola de Moscovici e por Bourdieu.

Os mecanismos descritos por Jodelet como objetivação e ancoragem partem do pressuposto de que as pessoas recortam um determinado fato da realidade,

transformando a idéia abstrata numa imagem - naturalização do objeto representado - (objetivação) e, para explicá-lo, remetem-no para um cabedal de conhecimentos anteriores(ancoragem).

Embora o conceito de ancoragem possa pressupor um componente social como origem do cabedal de conhecimentos, este processo à semelhança do descrito por Jean Piaget para explicar o desenvolvimento cognitivo: os mecanismos de assimilação e acomodação, centra-se muito mais no indivíduo do que no grupo e sua inserção no campo social.

Para Boltanski(1984) e Bourdieu (1983) o recorte não é feito. Um dado da realidade chega mais fragmentado quanto maior a distância social entre as camadas da sociedade e os núcleos produtores do saber, fazendo com que sua intelecção ocorra por transposição analógica de categorias; os “*habitus*” são as matrizes na construção dessas percepção e interpretação.

Desta maneira, pode-se construir o seguinte caminho para o conhecimento popular sobre a Aids.

Se para os próprios cientistas e pesquisadores restam muitas perguntas, dúvidas e discussões acerca da infecção pelo HIV* e as possíveis formas de transmissão do vírus, para a população compreender exatamente estes mecanismos e como a ação do vírus acaba por diminuir a capacidade imunológica e provocando a síndrome conhecida como “ a doença Aids” acaba por ser ainda mais difícil, à medida que se encontram mais longe dos núcleos produtores do conhecimento.

Desconhecer os mecanismos pelos quais um vírus se multiplica, como infecta seus hospedeiros e passa a reproduzir-se, acabam provocando medo do desconhecido e para superar este medo faz-se necessária uma explicação que deve lançar mão de recursos pré - existentes para compreender esta nova “doença”.

*A este respeito conf. Gir, E.; Moriya, T.M. & Figueiredo, M.A.C. - *Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Goiânia, AB Ed., 1994.

Como sempre que se trata de saúde, compete aos médicos, principalmente, o papel de divulgadores e informantes privilegiados das descobertas científicas. Se em um tempo anterior esta transmissão se fazia na relação face - a - face, no consultório, o que se convencionou chamar em saúde “relação médico - paciente”, e neste caso específico, estes profissionais são chamados pelos meios de comunicação de massa para divulgar seus conhecimentos em programas de televisão, rádio e na imprensa escrita.

Por mais didáticas e/ou simples que sejam suas exposições, pelo fato de estarem se referindo a um universo totalmente estranho à população, o conhecimento transmitido é, ainda, fragmentado e as pessoas necessitam reinterpretar estas mensagens de maneira a adequá-las ao seu universo simbólico.

A persistência da idéia do “grupo de risco” adequa-se muito bem, na população a este pano de fundo cultural; é muito mais fácil admitir a ocorrência entre aqueles que se comportam “mal” que não obedecem aos preceitos morais vigentes em nossa sociedade e culpabilizá-los ou responsabilizá-los pelo seu estado de saúde.

Como demonstrou Loyola (op. cit.) em seu estudo, as pessoas consideram-se imunes à infecção à medida que seu comportamento presente não lhes parece “arriscado”: não ser usuário de drogas injetável, não ter parceiros sexuais desconhecidos e nem ser homossexual.

3.3 - Aids, sexualidade, medo e morte - A hipótese teórica

Acompanhando o estigma que historicamente marca as doenças sexualmente transmissíveis, a questão da Aids esbarra num dos interditos da civilização ocidental: a sexualidade e suas diversas formas de manifestação.

Como qualquer outra DST vincula-se fortemente ao sexo escuso no imaginário da civilização judaico - cristã; entretanto e por ter sido associada desde os primórdios de sua descoberta a comportamentos socialmente considerados como “desviantes”, notadamente relações homossexuais masculinas e por se tratar de uma manifestação na qual as idéias de sexo e morte estão fortemente associadas, sua marca parece ser muito mais forte do que as demais doenças sexualmente transmissíveis.

Enquanto nas últimas três décadas a sexualidade foi, aparentemente, desmistificada com o advento da chamada revolução sexual dos anos sessentas, do controle das DST pelo uso de antibióticos e da gravidez indesejada com a introdução e popularização do uso da pílula anticoncepcional, a morte continua sendo o grande interdito da sociedade contemporânea.

Existe uma substituição gradativa entre estes dois interditos: sexualidade e morte.

Na Idade Média e na época vitoriana as crianças eram expostas à morte e aos moribundos com toda naturalidade e as questões ligadas ao sexo eram totalmente omitidas de sua educação; hoje, as crianças são educadas em relação ao sexo e a morte é omitida de seu universo. Desta maneira, a morte pode ser considerada como o grande interdito contemporâneo. (Ariès, 1977)

Esta interdição, esta morte negada como a denomina Ariès (op. cit.) faz com que se estabeleça uma ligação com a teoria desenvolvida por Dejours (1987).

Em algumas situações de trabalho, os seres humanos deparam-se com um desafio intransponível: executar determinada tarefa apresenta-se como algo extremamente arriscado; os trabalhadores sabem que o conteúdo de sua tarefa, por sua natureza, pode causar-lhes a morte real ou a incapacidade precoce e permanente para o trabalho que significa sua morte social, implicando na perda de uma identidade construída no e pelo trabalho.

Além dos riscos existentes (reais) os trabalhadores também reconhecem que os equipamentos de proteção individual não eliminam todos estes riscos percebidos na atividade, os quais perduram apesar da proteção - estes são os riscos residuais - e podem ser atribuídos também a possíveis falhas no equipamento de proteção. Além dos riscos residuais existem também aqueles ainda não avaliados ou para os quais os equipamentos de proteção não foram projetados: são os riscos desconhecidos. (Dejours, 1987)

Para enfrentar o dilema que se lhes apresenta: superar as dificuldades e executar a tarefa que lhes assegura a sobrevivência, os trabalhadores necessitam negar todos estes aspectos de sua atividade, elaborando estratégias defensivas que os auxiliam a sentir-se

totalmente seguros em seu trabalho (a negação do risco) . Para que a negação tenha efeito é preciso não usar os equipamentos, pois estes presentificam o perigo e o medo que precisam ser esconjurados. Estas estratégias são coletiva e socialmente construídas e, para que sejam eficazes, devem ser compartilhadas pelo grupo. (Dejours op. cit.)

Transpondo-se este raciocínio para a Aids pode-se verificar como as situações são análogas.

Satisfazer as pulsões sexuais é tão importante para a sobrevivência do indivíduo e da espécie humana que Freud em “Mal Estar na Civilização” afirma que a sociedade constituiu-se da maneira como a conhecemos para inibir a libido em suas finalidades (sexualidade) possibilitando mecanismos para a sublimação e postergação da realização do desejo, se isto não ocorresse, o ser humano ao sabor de suas pulsões deixaria de lado todas suas atividades para desfrutar única e tão somente do prazer sexual. (Freud, 1974)

Após um longo período histórico de repressão, o exercício do prazer sexual parecia estar ao alcance da humanidade: movimentos sociais organizados lutavam e conseguiam alguma liberdade de manifestação para orientações sexuais tidas como minoritárias, o tabu da virgindade parecia estar derrubado, o movimento feminista parecia começar a ganhar o direito ao reconhecimento da sexualidade feminina; como já referido, a ciência parecia dominar as doenças sexualmente transmissíveis pelos antibióticos e o uso da pílula anticoncepcional parecia ter posto fim à gravidez indesejada. A necessidade social da postergação do prazer ainda estava presente mas não se precisava mais reprimi-lo...

É neste cenário psicossocial que eclode a epidemia da Aids, que foi apresentada como uma doença cujos portadores haviam cometido abuso do prazer sexual, uma vez traz a marca da transgressão das regras da moral sexual vigente, pois foi introduzida com símbolo emblemático dos desvios sexuais. (Camargo Jr., op. cit.)

Este cenário histórico e psicossocial é importante para compreensão dos mecanismos de construção do conhecimento sobre a síndrome e a interpretação para as medidas preventivas a serem adotadas pelas classes populares pois são os arcabouços sobre os quais construíram sua matriz perceptiva.

3.4 - Aids: descoberta, primeiras respostas e a questão da vulnerabilidade

Segundo Mann(1996) a compreensão dos caminhos seguidos pelas ações de prevenção à Aids passam por dois aspectos: o primeiro é a concepção biomédica, que possibilitou a identificação da etiologia da síndrome e a compreensão de seus mecanismos de ação sobre o sistema imunológico; o segundo, as ações que voltou suas atenções para os comportamentos individuais e coletivos, no sentido de procurar desenvolver capacidades para prevenir a transmissão do HIV.

O primeiro período de descoberta situa-se entre 1981-1984, quando as preocupações centrais foram o reconhecimento da nova “doença”. Os estudos epidemiológicos foram muito importantes, como já dito anteriormente, no sentido de identificar as formas de transmissão e os principais comportamentos associados com o aumento do número de casos. As principais ações preventivas diziam respeito a estimular a mudança do comportamento individual. (Mann, 1996)

Neste contexto, ressalta Mann(1996), a noção de risco referia-se à probabilidade estatística de infecção por intermédio de comportamentos específicos (sexo sem proteção), padrões de comportamento sexual (múltiplos parceiros) ou situações específicas.

A análise epidemiológica, entretanto, não foi capaz de identificar aspectos relacionados ao contexto social, como a postura social frente à sexualidade e as relações de gênero, por exemplo. (Mann, 1996) Assim, este autor conclui afirmando que os métodos utilizados durante o primeiro período da epidemia determinaram que o “risco” de infectar-se era considerado uma questão individual. Data deste período a construção da noção de “grupos de risco”.

O segundo período da epidemia, denominado por Mann(1996) de período das respostas precoces, compreende o período de 1985-1988 que propiciou o desenvolvimento de três programas de prevenção. Dois deles, segundo este autor, embasados em idéias tradicionais de saúde pública: programas de prevenção ao HIV com ênfase na transmissão de informações, distribuição de preservativos, centros de testagem e aconselhamento e outras ações destinadas a prover um suporte social e de serviços que favorecesse o controle da infecção e a mudança de comportamento.

Uma terceira vertente foi apontada por Mann(1996) como inovadora: a preocupação com a discriminação dos portadores e doentes de Aids. A discriminação foi reconhecida como um fato contraproducente no controle da epidemia, reconhecer esta importância possibilitou que portadores e doentes procurassem os serviços e participassem mais ativamente de programas preventivos.

No período atual Mann(1996) reconhece que, se as ações até hoje desenvolvidas para reduzir o risco de infecção pelo HIV, não são suficientes para controlar a epidemia, porque se estas ações são eficazes para determinados grupos da população, algumas experiências mostram que não são válidas para outros.

Reconhecendo que todos os seres humanos são biologicamente vulneráveis ao HIV, Mann formula em 1993 critérios para avaliar a vulnerabilidade à infecção, reconhecendo que o comportamento individual tem relações com a sociedade sendo, portanto, importante avaliar-se este aspecto “mediado através de dois conjuntos de fatores: acesso à informação/educação e serviços de saúde e sociais que dependem da qualidade da comunidade ou programas nacionais de combate à Aids; e as influências sociais amplas que aumentam, sustentam ou reduzem a responsabilidade pessoal.” (Mann, 1993, pág. 277-78)

3.5 - Aids enquanto objeto

A Aids e sua prevenção são objeto de inúmeras pesquisas. O critério de seleção aqui utilizado foi escolher aquelas que poderiam dar alguma indicação sobre aspectos como: perfil sócio-econômico da síndrome no município de São Paulo, local delimitado para este estudo; representações em diferentes grupos; pesquisas desenvolvidas na área de ciências humanas sobre o tema e a sexualidade e fatores de risco à infecção pelo HIV.

Dos artigos encontrados sobre a distribuição sócio - econômica dos casos no município de São Paulo, foram utilizados os estudos de Grangeiro(1994), além de Buchalla(op.cit.) como parâmetro para compreensão de seu perfil e evolução.

Grangeiro(op.cit.) aponta em sua pesquisa que o número de casos notificados cresceu, no período de 1980 a 1990, entre as pessoas que referiam ter ocupação servente/serviços gerais. O resultado de seus levantamentos aponta que nas atividades

ocupacionais que exigem menor qualificação (categoria esta onde o autor inclui ocupações como vendedor, motorista, ajudante industrial e policiais) o padrão de transmissão mais freqüente foi uso de drogas endovenosas e atividades heterossexuais. No período por ele pesquisado(1980-1990), 11% dos serventes e ajudantes gerais tinham em suas fichas de notificação apontado o uso de drogas injetáveis como forma de transmissão, sendo que as relações heterossexuais apresentavam um índice de 4,5%.

O Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador, ao considerar que a classificação utilizada pelos órgãos oficiais nem sempre corresponde à inserção no mercado de trabalho, categorizou os dados de mortalidade do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do município de São Paulo, buscando adequá-lo ao mercado e distribuindo esses dados de mortalidade por categoria profissional/setor de atividade econômica; dessa maneira, o referido Instituto sistematizou 3.126 óbitos ocorridos no período de 1991 a 1993, que tinham como causa morte Aids e cujas ocupações correspondessem à estrutura sindical concluindo que os trabalhadores braçais eram a categoria mais atingida pela epidemia.

No final de 1993, a fundação SEADE apontava a Aids como primeira causa de morte em mulheres da faixa etária de 20-35 anos e a segunda entre os homens da faixa etária de 25-40 anos.

Évidente que estes dados não podem ser comparados uma vez que se trata de eventos diferentes que estão sendo computados: a notificação e o óbito. Todavia, a morbidade e a mortalidade são importantes parâmetros para discussão do comportamento da epidemia no município de São Paulo e mostram como parece estar havendo mudanças cada vez mais rápidas no perfil sócio - econômico, em relação à distribuição social e ao sexo.

Qualquer que seja o indicador ou o critério de classificação, parece que os estratos mais baixos da população estão sendo cada vez mais atingidos pela epidemia.

Grangeiro(op. cit.) conclui seu trabalho considerando de que as categorias por ele utilizadas ou criadas: as categorias ocupacionais e as regiões geográficas homogêneas não possibilitavam a descoberta de um “sujeito/objeto que possua consciência, voz ou ação. Ainda resta, portanto, a tarefa de se conseguir dinamizar os vários segmentos

sociais aos diversos níveis (social, cultural, ético, etc.”(pág. 112), para que se pudesse encontrar esse sujeito/agente a partir de recortes sociais.

Buchalla (1994) relata que os primeiros grupos a serem atingidos foram os homossexuais, principalmente artistas e intelectuais, assim como os hemofílicos, que foram à época denominados “grupos de risco”. Esta autora também demonstra a modificação ocorrida ao longo dos anos: em relação aos hemofílicos e ao risco de contaminação por transfusão de sangue passa a existir um controle de qualidade do sangue doado, pré-testado para soropositividade do HIV; no que diz respeito aos homossexuais, artistas e intelectuais presume-se que passaram a adotar práticas preventivas, de forma a ter diminuído a mortalidade nesse mesmo grupo.

Para Grangeiro(1994) esta mudança deve-se ao “imaginário social falseado” que buscava associações entre homossexualidade e Aids, portanto não começa a existir “uma inversão no comportamento da doença, mas sim um acirramento das diferenças já observadas quando do surgimento dos primeiros casos...”, e mais adiante:”(...)dos 23 casos hoje conhecidos, menos da metade possui ocupação que requer maior conhecimento técnico-científico.”(págs. 97-8). Na série histórica estudada(1980-1990), o número de casos notificados aumenta entre os trabalhadores industriais e de serviços gerais, enquanto começa a diminuir, a partir de 1985 entre trabalhadores burocrático-administrativos, bem como entre os da categoria técnico-científicas e de estética/serventia/segurança.

A propagação da infecção entre as mulheres no Brasil, começa a mostrar um novo padrão de transmissão, mais próximo ao da África e Caribe. Quando Gir et al. publicaram seu livro, em 1994, a proporção de número de casos de infecção entre homens e mulheres era de 4:1; em 1997 esta proporção já atingia 3:1, segundo dados do Ministério da Saúde.

Apesar de uma vasta bibliografia sobre o HIV, a síndrome e os fatores de risco “os dilemas psicológicos, sociais e éticos são pouco explorados fazendo com que a Aids seja encarada como um fenômeno que abala os medos e preconceitos e não somente uma infecção viral (...) esta ansiedade difusamente despertada na sociedade em parte é devida às características da doença, pois se as doenças transmissíveis são por si só carregadas

de estigmas e preconceitos, a Aids acentua estes aspectos visto que, além de transmissível, é fatal e associada, principalmente, a comportamentos discriminados pela sociedade.”(Gir et al., op. cit., pág. 8)

Parker (1996) ao analisar pesquisas realizadas sobre comportamento sexual considera que estas, em sua maioria, são dirigidas a comportamentos individuais e pouco procuram entender como as mudanças de comportamento podem ser afetadas pelo grupo e conclui ser este o maior desafio da atualidade: começar a sair do plano individual e procurar entender melhor o comportamento sexual dentro de um determinado grupo, considerando sua influência sobre as pessoas.

Os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e “culturais” da síndrome fizeram com que as Ciências Humanas a tomassem e à sexualidade como objeto de estudo.

Uma das maiores pesquisas realizadas na área de Ciências Humanas no Brasil foi coordenada por Loyola e publicada em 1994.

Esta pesquisa abrangeu três estratos populacionais, classificados de acordo com as ocupações dos entrevistados: alto - profissionais de nível superior: médio - bancário e baixo - metalúrgicos. No estrato alto foram incluídos estudantes de nível superior.

Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos entrevistados afirmaram saber quais os mecanismos de transmissão do vírus; dos três mecanismos mais divulgados pelos meios de comunicação de massa: contato sexual, transfusão de sangue e uso compartilhado de seringas, nem todos aparecem de forma muito clara. “Assim é que a transmissão por via sangüínea, por se apoiar numa cultura sanitária que tem no sangue um elemento central na explicação do funcionamento orgânico e do processo saúde-doença aparece de forma muito mais elaborada no discurso dos informantes do que a transmissão por via sexual (...) Já a transmissão através do ato sexual, embora citada por praticamente todos os entrevistados, aparece na maioria das vezes sem nenhuma especificação. Alguns informantes fazem menção ao sêmen e ao coito anal, mas são relativamente poucos e estão em geral incluídos entre os profissionais de nível superior.” (Loyola, 1994, pág. 27)

Para a autora “as pessoas não se interessam por aprofundar seu conhecimento a esse respeito (transmissão por vias sexuais) porque não levam a sério a possibilidade de serem contaminadas por essa via.”(Loyola, op. cit. pág. 28)

No que se refere ao conhecimento de práticas preventivas, as mais citadas foram: reduzir o número de parceiros sexuais (28,8%); usar preservativo, evitar contato com sangue contaminado(38,8%) e não usar drogas ou seringas comunitárias (8,6%) (Loyola, op.cit.).

Em pesquisa realizada com trabalhadores braçais da Universidade de São Paulo, utilizando a técnica de grupo foco, foram obtidos resultados que serviram como ponto de partida para esta investigação e que se pretende verificar encontram-se numa população ampliada, com características sócio - econômicas semelhantes.(André e Spinola, 1995)

Os trabalhadores pesquisados percebiam Aids como doença incurável, de origens obscuras para a própria ciência; a descrição que faziam sempre se remetia aos aspectos ligados à deterioração do físico. As vias de transmissão que escapam ao controle individual foram super estimadas nas falas, com acentuação de riscos que perduram, apesar da prevenção: aventavam que algumas formas de transmissão podiam não ser ainda reconhecidas, tais como a transmissão pela saliva, uso comum de objetos, doação de sangue ou excreções em geral, incluindo-se fezes, sempre a favor de uma certa “impotência” da ciência em explicar e controlar a epidemia; argumentavam que a “doença” não era conhecida antes da década de 80 podendo ter vitimado muitas pessoas antes de sua descoberta.

O uso do preservativo, como forma de prevenção, foi avaliado como inseguro pela possibilidade de “estourar” e essa noção de insegurança, reforçada pela experiência vivida de uma gravidez na esposa como consequência do rompimento do mesmo; outros percebiam as campanhas preventivas “como um comércio”, onde o interesse é aumentar o consumo de preservativos.

A forma de prevenção mais citada nos grupos foi a mudança de práticas, permeada por valores morais e religiosos: casar-se, ser fiel ao cônjuge, não ser promíscuo, não ter

relações sexuais com prostitutas, não andar à noite pelos bares, pois a bebida pode fazer com que se “caia em tentação”. (André e Spinola,1995)

A mulher aparecia como “vilã”, a principal via de difusão da doença na sociedade: com seu comportamento sedutor; ela é a responsável pela “perda do homem”, é quem o afasta do “bom caminho”. Esta imagem era justificada pelas campanhas educativas que à época estavam sendo divulgadas pela televisão, com o objetivo de alertar as mulheres para o aumento do número de casos no sexo feminino e que foram reinterpretadas de outra forma pelos entrevistados. A reinterpretação foi: tanto é verdade que as mulheres são as responsáveis pela transmissão que “na televisão já estão fazendo campanha mostrando que são as mulheres que transmitem.”

Um outro aspecto que os entrevistados levantaram foi semelhante aos resultados obtidos por Loyola (1994) - Aids como a doença do “outro” - “drogueiros, trafi, travestis, bichas...”-, indivíduos com os quais os trabalhadores não se identificam. Estas teorias explicativas podem provocar um certo desinteresse pelas informações e mesmo pelas campanhas educativas veiculadas pelos meios de comunicação de massa.

Em pesquisa realizada no Zaire, utilizando a técnica de grupo foco, foram entrevistados encarregados de serviços.(Kathleen,I. et al, 1991). Os resultados desta investigação apontam que embora os homens e mulheres entrevistados possuíssem um nível de informação bastante bom acerca das causas da infecção pelo HIV, alguns mitos e concepções errôneas ainda perduravam tais como: acreditar que picadas de mosquito fosse uma forma de transmissão, além de diversas outras formas de contatos casuais; mesmo conhecendo e sabendo que o preservativo seria uma das melhores formas de prevenção à infecção pelo HIV, poucos participantes o utilizavam, sendo justificativas para o não uso: redução do prazer, facilidade com que se rompem, ser pouco familiar; muitos não acreditavam que o preservativo pudesse, de maneira consistente, prevenir a infecção pelo HIV, uma vez que a transmissão poderia se dar por outros contatos corporais íntimos além do sexo com penetração.

Resumindo, esta discussão, as pesquisas apresentadas parecem confirmar a hipótese desta investigação.

O mecanismo subjacente às estratégias de prevenção citadas pelos trabalhadores parecem ter a mesma origem. Assim como é impossível exercer uma tarefa sem negar o risco (Dejours, 1987) também o é ter relações sexuais sem negar o risco de infecção, lembrando que a construção destas estratégias defensivas está vinculada à falta de conhecimento que os trabalhadores têm sobre o risco a que estão sujeitos.

Sexualidade e trabalho estão intimamente relacionados na vida humana. É no trabalho - “teatro deserotizado” - que o ser humano procura realizar-se, utilizando para isso parte de sua energia libidinal.

O trabalho, como afirma Dejours (op. cit.), nem sempre é uma fonte de prazer, um lugar onde as cargas psíquicas possam ser adequadamente investidas; um outro aspecto, ligado à outra fonte de prazer fundamental da espécie humana, a sexualidade começa a ser interdita pela ameaça de morte.

Talvez em nenhum outro momento da história da humanidade sexo e morte estiveram tão próximos como hoje, com o aparecimento da Aids, principalmente no imaginário popular.

Do ponto de vista simbólico, o uso do preservativo pode representar um conflito direto com determinados valores, se considerada a importância das estruturas sociais na construção e na reprodução das práticas: “o desejo de intimidade, fidelidade, confiança está em oposição direta ao uso do preservativo, enquanto o sexo sem proteção simboliza intimidade, o preservativo simboliza múltiplos parceiros, quebrando a confiança e a intimidade” (Giffin, op. cit. pág.154)

Da mesma forma que é necessário negar o risco no trabalho, cujas origens e gravidade desconhecem, não usando equipamentos de proteção individual, ou mesmo dizendo que estes não protegem o suficiente, também é necessário negar o risco de morte presente nas relações sexuais, não usando preservativo, dizendo que este não protege o suficiente.

3.6 - Os modelos teórico - metodológicos

Abordar a Aids como uma questão psicológica implica em discutir alguns aspectos relevantes.

Na trilha da concepção positivista os estudos que buscam compreender o homem e seu comportamento definem como objeto as relações estabelecidas entre duas variáveis: situações e respostas.

Parte-se do comportamento (observável) para descrever a conduta (o expressivo); ignoram-se, no entanto, aspectos importantes do ser humano - sua “intenção” e o significado dos fatos que o rodeiam . (Japiassu, 1995)

Os pressupostos de ordem filosófica condicionam as pesquisas e implicam numa determinada concepção de homem.

Quando o comportamento é definido como tudo aquilo que um organismo vivo faz ou diz em determinada situação e pode ser observado a partir do exterior, os métodos objetivos de estudo do comportamento devem relacioná-lo à situação em que é produzido. O fato psicológico é a relação entre comportamento e a situação que propicia seu aparecimento.

Esta decisão epistemológica de limitar o objeto ao observável pode constituir-se num perigoso redutor quando se trata de uma questão como a Aids que implica na mobilização de elementos que dizem respeito à impressionabilidade e à intelecção.

Pela sua natureza sexualmente transmissível, Aids é uma questão que não pode ser estudada separadamente de aspectos como a imaginação, os afetos, os sentimentos e as emoções, funções estas intermediárias da vida mental.

Enquanto pensado como resposta a um estímulo que age sobre o organismo, o comportamento mudará à medida que for variado o estímulo (S) e a resposta (R) deverá variar de acordo com S.

Esta concepção elimina a consciência; coloca-se fora de questão tudo aquilo que se refere ao significado, ao sentido atribuído, à vida mental.

Esta abordagem positivista (o behaviorismo psicológico) foi questionada pela fenomenologia, psicologia da Gestalt e pela psicanálise de Freud.

A fenomenologia pretende ser uma técnica apoiada por uma teoria que permita a apreensão da consciência em todas suas dimensões: intuição, percepção, imaginação e desenvolvimento da representação (aquilo que está no lugar de...). Na concepção fenomenológica, o ser humano não é um ser da natureza, uma coisa entre outras coisas, mas antes de tudo, é um ser de significados.

Mais do que qualquer outra corrente em psicologia, a psicanálise freudiana representa o maior rompimento com a psicologia comportamental por enfatizar a emoção e a afetividade como fatores subjacentes ao comportamento observado.

O objeto de estudo da psicanálise é o conteúdo de representações e afetos que somente pode ser alcançado mediante o relato daqueles que o vivem, utilizando-se da técnica de associação livre, quando determinados termos são associados a idéias e assim verbalizados.

Este relato é o material que a psicanálise admite como tendo conexão com o fato mental vivido por seu autor: é a expressão do fato.

Enquanto na perspectiva behaviorista a palavra é objetiva, sem referência à vida mental e tem um significado em si, na psicanálise o relato não pode ser separado do que representa: o que é dito relaciona-se diretamente com o fato mental (representações e afetos) sendo sua expressão objetiva. O relato é mediador e ao mesmo tempo realidade material da intersubjetividade; compreender seu significado é desvelar o sentido, a significação que os termos têm para aquele que fala.

3.7 - O recorte sócio-profissional x o recorte “sexual”

A organização do mundo percebido processa-se no intrapsíquico, não como “postulação do problema do comportamento humano em termos estritamente individuais” (Rodrigues, 1989, pág.85), mas em consequência de uma internalização de condições objetivas que se exteriorizam no comportamento, obedecendo certos mecanismos e instâncias (Rodrigues, 1997).

A estruturação e reinterpretação dos conteúdos que são internalizados estão estreitamente relacionados com a inserção no campo social, decorrem de nexos entre condições objetivas - aspectos sócio - econômicos e culturais (no sentido que lhe dá Bourdieu), a “competência cultural adquirida em um grupo homogêneo” (Bourdieu, 1972, pág.75) e a matriz das percepções (o “*habitus*”) consciente e inconsciente, motivo pelo qual o estudo das representações e das práticas delas decorrentes só é possível a partir de uma análise concreta de uma categoria social, que se define por sua inserção no campo do trabalho. (Rodrigues, 1989)

A inserção no campo do trabalho reúne aspectos ligados tanto à força de trabalho como à classe social.

Não é suficiente, para determinar uma “classe”, estabelecer nível de renda ou de escolaridade. O mesmo pode-se dizer de várias outras amplas categorias sociais: mulheres, negros, deficientes físicos, etc.

Embora compartilhando de alguma característica comum, estes grupos são por demais abrangentes para que se possa dizer que constituam grupos sociais; este mesmo raciocínio se aplica às diversas orientações sexuais dentro de nossa sociedade.

Não basta, para caracterizar um grupo, considerar a atividade sexual das pessoas. Há homens e mulheres homo e heterossexuais em todos grupos sociais, com diferente acesso à informação, diferentes percepções e interpretações desta informação, níveis de escolaridade os mais diversos...

Por este motivo nesta investigação pretende-se um novo recorte para a pesquisa: a inserção sócio - profissional, não importando a orientação sexual.

Por trabalhadores braçais, entende-se aqueles que se caracterizam pelo exercício de tarefas que não exigem nenhum tipo de conhecimento formal, escolar, nenhum tipo de especialização, ou de experiência prévia para sua admissão. Neste grupo sócio-profissional estão todos aqueles que executam trabalhos manuais, que requerem, em boa parte das vezes, força física para realizar tarefas “pesadas”, por vezes “suas” ou “difíceis” como eles mesmos as definem.(André, 1994)

Neste grupo estão as ocupações denominadas como “ajudantes de serviços gerais” ou “auxiliares de serviços gerais”. Caracterizam-se por empregos de alta rotatividade, de fácil reposição de mão-de-obra.

Este segmento pode representar, com muita propriedade, características objetivas específicas, não só do ponto de vista de sua biografia (aqui entendida como trajetória social) mas como de um grupo, que possui uma história social e um tipo de inserção em relação aos demais grupos.

O que hoje se sabe é que as mensagens devem ser dirigidas a segmentos da sociedade (Ministério da Saúde, 1998) que se caracterizam não só por sua atividade sexual, mas que devem estar relacionadas à forma como cada um destes segmentos percebe a questão da sexualidade.

Deve-se considerar também que o acesso a um conhecimento fragmentado, muito mais obtido nos meios de comunicação de massa do que através do discurso médico direto (relação médico - paciente), deve ser compreendido a partir de um capital simbólico anteriormente estruturado de maneira que o fato (Aids) possa fazer algum sentido para as pessoas.

No caso das camadas mais baixas da população, o capital simbólico é muito pequeno: a maioria das pessoas nascidas em famílias com baixo nível de escolaridade e instrução têm uma dificuldade maior em ampliar este conhecimento, seja por freqüentar durante poucos anos escolas, seja porque estas não possuem um ensino condizente com as necessidades de crescimento intelectual.

Além disto não se deve desprezar as conotações de ordem moral que acabam por representar Aids como castigo, refletindo uma reação à liberalização sexual vivida a partir do final dos anos sessentas, em alguns segmentos da sociedade, ao mesmo tempo que aparece como sinal evidente das formas de sexualidade consideradas desviantes (Camargo, 1994): homossexuais, prostitutas e promíscuos sexuais (seja qual for o critério utilizado para considerar uma pessoa “promíscua”).

Outro aspecto importante relativo aos membros classes baixas é o fato de que sua condição social obriga-os a viver sobre a linha que demarca, de maneira tênue, o bom, o

honesto, do bandido, do fora da lei: muitas vezes convivem lado a lado e permanecer no lado do bem exige uma rigidez moral muito maior do que nas camadas mais elevadas da sociedade, mesmo que esta rigidez moral seja apenas um discurso e não uma prática, em determinadas circunstâncias de vida, especificamente na área da vida sexual.

O sinal de distinção (Bourdieu, 1986) para esta população é muito mais identificar-se com a figura de honesto e trabalhador do que com signos de status social como carros, casas ou outros bens que lhes são inacessíveis.

3.8 - A questão paradigmática

Para Kuhn (1972), paradigma é o marco conceitual e teórico cujo método é reconhecido pela comunidade científica como modelo para investigação.

A visão cartesiana de ser humano, cindido em razão - emoção é impeditiva para que se consiga vislumbrá-lo em sua integridade. A alegação do paradigma dominante de que os sentimentos não são objetos da ciência pois não podem ser medidos pode ser o ponto central da crise paradigmática que a infecção pelo HIV vem demonstrando em todas as pesquisas: aspectos que restam pouco ou nada explicados e que, talvez, estejam no substrato das dificuldades encontradas para o controle da pandemia.

Se o paradigma dominante na ciência contemporânea mostrou-se bem sucedido na resolução de muitos problemas de saúde, o mesmo parece não estar ocorrendo em relação à prevenção da Aids.

Segundo Kuhn (op.cit.) o paradigma é responsável pela existência de uma “sólida rede de compromissos e adesões - conceituais, teóricas metodológicas e instrumentais” (pág.65) e acaba por determinar quais fenômenos devem constituir-se em objeto do conhecimento científico.

A visão de ser humano como ente racional que domina e conhece seu mundo, a negação da importância dos sentimentos e valores na prática cotidiana acabam por fazer com que na área da saúde pública aspectos relacionados à prevenção e promoção da saúde acabem negligenciados, por não serem compatíveis com os métodos, instrumentos e conceitos proporcionados pelo paradigma dominante.

Desta maneira, novas abordagens do problema parecem fazer-se necessárias.

3.9 – A questão epistemológica

O conhecimento praxiológico, como o concebe Bourdieu (1972), considera que as interações simbólicas no interior de um grupo qualquer dependem não somente das estruturas do grupo de interação como das estruturas sociais (relações de classe). É preciso que se distinga os que só emitem dos que respondem e os que respondem às emissões dos primeiros e transmitem para os segundos, o que significa estabelecer a dependência das relações de força simbólica em relação à estrutura das relações de força política.

O sentido de um elemento lingüístico depende da forma como o receptor relaciona, no meio de um leque de significados que podem estar correspondendo a uma palavra, aquele que é compatível com as circunstâncias tal como ele as percebe.

Portanto, a comunicação depende, em grande parte da estrutura que comanda a forma das interações observadas numa conjuntura particular.

A abordagem objetivista não contempla o princípio das produções das regularidades encontradas, transforma conceitos científicos em verdades autônomas, eficazes socialmente e capazes de explicar a prática.(Bourdieu, 1972)

Na teoria da prática são considerados outros fatores que intervêm em ações sociais que visem tanto à prevenção quanto à promoção em saúde. Um destes é a percepção.

No processo perceptivo o elemento social que empresta significado ao percebido oculta-se aos sujeitos que percebem.

A percepção subordina-se a uma instituição definida por um conjunto de formas, modelos e moldes de conduta admitido em dada sociedade e destinado a exercer certas funções; é fator que auxilia conhecer a realidade, “visa um sentido e tem relação com a subjetividade do sujeito que a exprime.” (Japiassu, 1995, pág.88).

Percepção é resultado de uma interação figura - fundo: percebe-se aquilo que se destaca do fundo (a figura) e por meio de uma organização interna que condiciona as estruturas perceptivas e modifica os elementos que a compõem. (Japiassu, 1995)

Desta maneira, o “*habitus*”, quando considerado como “matriz de percepções, de apreciações e ações” (Bourdieu,1972, pág.65) tem grande importância na compreensão das interações entre sujeitos e agentes sociais em relação na saúde.

A compreensão e conseqüente respostas às necessidades das pessoas que possibilitam às mesmas exercer um controle pessoal e social sobre sua saúde passa, necessariamente, pelo reconhecimento de que o mesmo fato não é percebido da mesma forma pelos dois grupos em questão (profissionais de saúde/população), dadas diferenças existentes que decorrem de localização em diferentes espaços do campo social, gerando pontos de vista diferentes.

A compreensão do discurso popular passa pela reconstrução do sistema de relações que o produziu, aqui incluídas todas condições sociais dos emissores do discurso.

Conhecer esta matriz ou este “modus operandi” pode facilitar estratégias de intervenção que se coadunem aos “*habitus*” do grupo – alvo, definindo-as em coerência com o campo das possibilidades objetivas.

CAPÍTULO 4

PROCEDIMENTOS

4.1 – Algumas questões metodológicas

Para atingir os objetivos propostos no presente estudo foi necessária a utilização de duas técnicas diferentes de coleta de dados; na primeira fase foi utilizado um instrumento composto por questões fechadas e abertas que não procurou estabelecer a regularidade do fato, nem sequer a estruturação ou elaboração de uma “lei” que regesse o descrito nos resultados obtidos.

Procurou-se, ao aplicar 500 formulários entre trabalhadores em coleta de lixo, superar o que Bourdieu (1983) denomina de “objetivismo metódico” e “ir do opus operatum ao modus operandi, da regularidade estatística ou da estrutura algébrica ao princípio da produção dessa ordem observada e construir a teoria da prática, ou, mais exatamente, do modo de engendramento das práticas...” (Bourdieu, 1983, pág. 60)

Tratou-se de tentar apreender empiricamente como um tipo particular de meio que se encontra socialmente estruturado pode influenciar a matriz de percepção que é o “*habitus*” noção que designa uma propensão, uma predisposição, uma tendência. (Bourdieu, op. cit.) e como este se apresenta enquanto tendência ou propensão a determinadas práticas em relação à Aids na categoria profissional estudada.

Quando as pesquisas recortam as pessoas segundo sua orientação sexual ou sua fase de vida (adolescência, por exemplo) relegam a segundo plano o meio socialmente estruturado, que tem importância fundamental na construção do “*habitus*”, da mesma forma que as ações que visam essa prevenção, podem estar cometendo o equívoco de não considerar estas variáveis do meio e transmitir, portanto, mensagens que podem ser incorretamente interpretadas, não pela forma de expressão senão pelo próprio conteúdo da mesma.

Entender a regularidade estatística é “um momento necessário de toda pesquisa, a título de instrumento de ruptura com a experiência primeira” (Bourdieu, 1983, pág. 60)

Na segunda fase procurou-se, através dos relatos orais, avaliar se e quando temas relativos à Aids apareciam nas falas dos entrevistados quando não inquiridos sobre ela.

Como a hipótese que norteia este trabalho é teórica, a triangulação de duas técnicas de coletas pareceu mais adequado visto que se tratou de interpretar, mediante a teoria da prática de Bourdieu e a das estratégias defensivas de Dejours o pensamento e as ações dos coletores entrevistados.

4.2 - A população e a amostra

Quando se coloca enquanto sujeitos deste estudo trabalhadores braçais, depara-se com a dificuldade de localizá-los: trata-se de uma categoria profissional dispersa pelos mais diversos ramos de atividade econômica: são serventes, empregados no comércio como lavadores de pratos, faxineiros de lojas, ajudantes sem qualificação profissional na indústria de transformação, além da construção civil e aqueles ligados a serviços de limpeza pública: coletores de lixo e varredores de rua, além de outros.

Seria, portanto, impraticável investigar esta população, a menos que se delimitasse melhor suas características, aqui incluídas sua inserção no mercado de trabalho.

Para delimitação do tipo de trabalhador braçal a ser objeto deste estudo foram adotados como critérios a facilidade de acesso aos trabalhadores, que os deveriam estar agrupados em um determinado local onde fosse autorizada a realização da pesquisa e que se assegurasse um número mínimo de trabalhadores “disponíveis”.

Por todos estes motivos, os trabalhadores na área de limpeza pública pareceram ser os mais adequados para a realização desta pesquisa; esta população é composta por pessoas do sexo masculino, concentradas em cinco grandes empresas responsáveis pelo trabalho de limpeza pública no município de São Paulo, e dentre estes, optou-se pelos coletores de lixo, cuja faixa etária apresenta uma baixa variabilidade, pois idade é um dos critérios de seleção para o ingresso nesta ocupação (mínima de 18 e máxima de 35 anos).

Segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (1995), os casos notificados de Aids estão mais concentrado nas faixas etárias de 20-24 anos(12,9%), 25-29 anos(23,2%) e 30-34 (23,2%), para o sexo masculino, em todas categorias de exposição.

O fato de serem pessoas do sexo masculino é importante tendo em vista o aumento no número de casos entre pessoas do sexo feminino o que demonstra a necessidade de se conhecer melhor a sexualidade masculina; de acordo com dados do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo(1995), a transmissão sexual é a principal forma de contaminação entre mulheres, sendo importante em todos os graus de escolaridade e principal para as que estão abaixo do 2o. grau incompleto; transmissão sexual entre mulheres casadas e com parceiros únicos são 43,8% dos casos notificados no Estado, no período de 1983 a 1992.

A idéia básica aqui envolvida é a de que as representações de uma determinada população (trabalhadores braçais) possam estar refletidas nesta amostra, formada por 500 coletores de lixo.

Para o cálculo desta amostra considerou-se que para um universo de 776 trabalhadores um mínimo de 386 entrevistas deveriam ser realizadas para assegurar que 95% das proporções calculadas na amostra (estimativas) fossem diferentes dos valores populacionais por apenas mais ou menos 5% (Lwanga, SK e Lemeshow, S., 1991).

Para proteger esse nível de precisão contra possíveis perdas ou recusas, foram sorteados 557 nomes do total de trabalhadores que compõem a população de estudo.

A amostra foi obtida por sorteio estratificado, sob critério de partilha proporcional, mantendo-se constante a probabilidade de seleção de qualquer unidade a ser entrevistada.

A tabela nº 1 apresenta a composição da população segundo os seis estratos definidos por período de trabalho e região de localização das garagens da empresa coletora de lixo e o número de trabalhadores sorteados em cada grupo.

Tabela 1 - Composição da população segundo estratos (período de trabalho), garagens e número de trabalhadores sorteados.

N	ESTRATO	Nh(Número trabalhadores população)	de na nh(número trabalhadores sorteados)	de
1	Manhã, Garagem I	194	141	
2	Manhã, Garagem II	102	74	
3	Manhã, Garagem III	128	93	
4	Noite, Garagem I	156	113	
5	Noite, Garagem II	93	68	
6	Noite, Garagem III	93	68	
	TOTAL	776	557	

Na etapa qualitativa, foram entrevistados 25 trabalhadores de duas empresas de limpeza pública, também coletores, utilizando diferentes estratégias de abordagem que serão descritas no item Métodos, Instrumentos e Técnicas.

4.3 - A construção do “campo”

Utiliza-se o conceito de campo social de Bourdieu: trata-se de um espaço social que não necessariamente coincide com um espaço geográfico, onde se estabelece o jogo das relações sociais e onde se definem o capital econômico e simbólico de cada um dos agentes sociais. (Bourdieu,1984)

Para conhecer este campo são necessárias técnicas específicas; o campo é o cenário onde os agentes sociais estão desempenhando suas atividades e deve ser construído a partir de sua observação.(Bourdieu, 1984)

O campo social em questão é o trabalho braçal em limpeza pública, desenvolvido por empresas, e para sua construção foram realizadas visitas a empresas do gênero e levantados alguns dados: critérios de seleção para ingresso, períodos e/ou turnos de trabalho com horários de entrada e saída, dados estes que foram obtidos junto ao

Departamento de Recursos Humanos, além de aspectos ligados à temática central deste trabalho – Aids - e alguns outros ligados ao cotidiano destes trabalhadores que foram também observados durante a fase de coleta de dados.

4.4 - Instrumentos e técnicas.

A reconstrução da trajetória de vida de um indivíduo desde sua infância até a fase em que se encontra tem como objetivo compreender como as condições objetivas relacionam-se às disposições subjetivas na formação da matriz de percepção que é o *“habitus”*.

A realização de uma entrevista com uma proposta ampla (“fale-me da sua vida”) visa compreender como as relações se constroem e interpretar a distribuição de uma determinada percepção num contexto que considere tanto os vínculos afetivos estabelecidos quanto as práticas desenvolvidas. (Guirado, 1994)

À medida que o próprio entrevistado escolhe o que dizer, como dizer e em que sequência dizer, este acaba por deter o fio condutor de sua narrativa, utilizando para sua construção conteúdos de seu universo e de sua posição no campo social, expressando livremente seu ponto de vista e desta maneira este tipo de entrevista acaba por se tornar num rico instrumento para avaliar o quanto a Aids realmente faz parte da vida dos entrevistados.

A história de vida é mais do que a história de um indivíduo, é a expressão oral da compreensão que este tem sobre o mundo, seus valores e regras de conduta que foram construídos na e pela interação social.

Num segundo momento, a pontuação de alguns aspectos auxilia a focalizar a fala do narrador para o tema de interesse do pesquisador, bem como auxilia na reconstrução das condições objetivas de sua história de vida.

Para levantamento dessa história, foi utilizada a técnica de entrevista de Rodrigues (1995), em duas partes, realizadas, rigorosamente na seguinte sequência: após a abordagem e o consentimento do entrevistado, onde não lhe foi revelado o objetivo verdadeiro da pesquisa, solicitou-se que este produzisse um discurso livre.

Neste momento a intervenção do entrevistador foi a menor possível, limitando-se à pergunta inicial: “fale-me de sua vida” e, ao longo da fala apenas introduzindo, se necessário, intervenções como: “muito bem, é isso mesmo, está muito bom...”.

Desta maneira deixou-se livre para o narrador a construção de sua narrativa, objetivando que este utilizasse muito mais de seus próprios conteúdos de maneira a traçar o fio de sua fala, que o próprio indivíduo escolhesse e discorresse sobre os temas que mais lhe parecessem importantes e da forma que lhe fosse conveniente e aceitável.

No segundo momento da entrevista, esta foi dirigida através de perguntas abertas, procurando conhecer a história de vida do entrevistado, condições objetivas de sua vida, dados estes que foram relacionados com as disposições subjetivas trazidas pelo discurso livre.

Aspectos ligados ao conhecimento sobre Aids e suas formas de prevenção foram introduzidos na 2a. parte da entrevista, reproduzindo as duas questões gravadas nos formulários.(Anexo II)

A construção do campo foi baseada em observações assistemáticas, entrevistas informais, anotadas no “diário de campo”.

4.5 – As etapas de coleta de dados

Na primeira etapa da pesquisa foi aplicado um formulário, composto por questões fechadas e abertas, cujas categorias foram construídas a partir dos resultados obtidos em investigação com grupo foco, com as representações dos trabalhadores convertidas em questões, além de outras que investigam práticas sexuais e preventivas dos trabalhadores e sua percepção acerca de seu próprio risco de serem infectados pelo vírus, o que poderia demonstrar a vulnerabilidade no plano individual e enquanto grupo.

Na abordagem desta fase, foi informado ao entrevistado que: “estamos realizando uma pesquisa sobre Aids. É nosso interesse saber o que as pessoas sabem e pensam sobre a Aids. Gostaríamos de contar com a sua colaboração, uma vez que é importante que tenhamos o maior número possível de pessoas nesta pesquisa. Você aceita participar?”

A primeira parte do formulário (anexo I), foi composta por questões que se destinaram a caracterizar a população sob os seguintes aspectos: origem familiar, migração, tempo de moradia em S. Paulo (para os migrantes), nível de escolaridade dos pais e do entrevistado, estado civil, religião.

Para investigar a representação comum aos membros dessa categoria sócio-profissional, foi elaborada uma pergunta aberta, gravada a cada 10 entrevistados na 1ª fase e para todos da 2ª que buscou conhecer que sentido era atribuído à palavra Aids: este discurso permitiu a análise do que a população investigada associou a esta palavra.

As questões fechadas foram elaboradas de 2 formas diferentes. Algumas tiveram suas respostas estimuladas e outras respostas espontâneas. Esta dupla forma procurou controlar a dominação simbólica do entrevistador.

As questões 14 e 15 servem para um “aquecimento” do entrevistado e visavam detectar quais as principais fontes de informação para esta categoria em relação à síndrome, bem como verificar se existe uma preocupação com o assunto (busca ativa de informação), ou se, como demonstrado na pesquisa com grupo foco, esta categoria também percebe a Aids como “doença do outro”.

A questão 16 foi composta por categorias explicativas que emergiram dos grupos foco realizados com trabalhadores braçais (André et al, 1995) e procurava conhecer a distribuição da frequência de concordância com estas assertivas numa população maior, que possuía características bastante semelhantes aos componentes dos grupos; a questão 17 teve por objetivo conhecer como os entrevistados estimavam os “riscos” ali apresentados, super estimar o que escapa ao controle individual e a sub estimar o que pode ser controlado foram os critérios para delinear a existência de possíveis estratégias defensivas. (Rodrigues, 1997)

A questão 18 referia-se a determinados “tipo de pessoas” e a percepção de risco do “outro” enquanto a questão 19 avalia a percepção do próprio risco e as práticas preventivas referidas. Estas duas questões, ainda, permitiram verificar a vulnerabilidade individual dos entrevistados.

Na questão 20 procurou-se o valor social atribuído ao preservativo e a representação sobre o mesmo; na questão 21 as idéias sobre o preservativo do ponto de vista do entrevistado; a questão 22 abordou critérios para escolha de parceiros que surgiram nos grupos foco com trabalhadores braçais e está relacionada com as teorias explicativas da questão 16; a questão 23 versava sobre doenças sexualmente transmissíveis e procurou avaliar possíveis práticas de sexo sem proteção, assim como funcionar como “indicador” de possíveis situações de exposição ao HIV, que podem ter sido negadas nas questões anteriores.

Quanto à última questão serviu para avaliar quantos dos casos relatados foram diagnosticados por médicos e quantos por outros modos de tratamento.

Este instrumento foi pré - testado em estudo piloto, realizado com 50 serventes de pedreiro, cujas características sócio - econômicas e grau de escolaridade são semelhantes às da população alvo desta investigação.

Os dados da 1ª etapa foram analisados utilizando-se o programa EPI versão 6.04 e a análise estatística utilizou frequências e porcentagens, além de testes estatísticos não paramétricos, associando algumas variáveis no sentido de procurar possíveis relações, no que se referia às representações e práticas preventivas avaliadas; os resultados foram apresentados em tabelas resumidas.

As falas das entrevistas abertas foram confrontadas com os resultados da 1ª parte da investigação, com o objetivo de construir o universo representacional desta categoria sócio-profissional em relação ao tema representação da Aids e práticas preventivas.

A aplicação dos formulários foi realizada por entrevistadores previamente selecionados, segundo estes critérios: experiência prévia em pesquisas acadêmicas e conhecimento da técnica de aplicação de formulários.

Foram realizadas duas reuniões de treinamento.

Na primeira, foram instruídos acerca das características da pesquisa: objeto, objetivo e discutido com eles o manual de trabalho de campo (anexo III), além do instrumento de coleta de dados, instruções sobre a necessidade de anotarem comentários tecidos pelos entrevistados durante a aplicação do formulário, anotando-os ao lado da questão correspondente, uso do gravador para as questões a serem gravadas a cada 10 entrevistados, observações pessoais acerca de fatos que considerassem relevantes, além das observações normais a serem feitas após a aplicação de instrumentos similares ao utilizado na 1ª fase da investigação.

Mesmo o instrumento já tendo sido pré – testado anteriormente, solicitou-se aos entrevistadores que aplicassem 3 formulários em pessoas do sexo masculino que desenvolvessem trabalhos braçais e que numa próxima reunião trouxessem suas dúvidas e dificuldades encontradas na aplicação.

Na segunda reunião, foram discutidos aspectos referentes ao tempo de aplicação do formulário, dúvidas apresentadas pelos entrevistadores e entrevistados, bem como a extensão do mesmo.

A partir das discussões desta reunião foram introduzidas mudanças tanto na forma como no conteúdo do instrumento, o que parece ter resultado num aprimoramento do mesmo, com diminuição da extensão de algumas questões, excluindo-se algumas categorias.

Os formulários foram aplicados em 3 garagens de uma das empresas coletoras de lixo localizadas nas Zonas Oeste, Sul e Sudeste do município de São Paulo, nos turnos diurno e noturno de coleta.

Para cada turno em cada garagem foi designado um pesquisador, de maneira a garantir um menor viés na pesquisa; à medida que a coleta de dados começou a processar-se de forma muito lenta na garagem maior localizada na Zona Sul da cidade, durante uma das supervisões, optou-se pela alocação de dois pesquisadores para esta garagem em cada período de trabalho.

Durante todo o processo de coleta de dados foram realizadas reuniões de supervisão ao final de cada dia de coleta (pela manhã para os entrevistadores do período noturno e à noite para os do período matutino) além de acompanhamentos sistemáticos por telefone, quando necessário.

As reuniões de supervisão buscavam corrigir possíveis falhas na coleta de dados, além da verificação dos formulários preenchidos de maneira a garantir a fidedignidade dos mesmos.

Para a realização das entrevistas abertas, apenas um pesquisador foi responsabilizado pela etapa, tendo sido previamente treinado em sua aplicação, visto que a possibilidade de vés do entrevistador, nesta forma de coleta é maior do que numa entrevista estruturada.

Foi utilizada a abordagem direta, procurando os trabalhadores na porta de algumas garagens, diferentes daquelas onde foi realizada a parte quantitativa para evitar o “efeito contaminação” e marcando com os entrevistados horário e local que lhes eram mais convenientes.

Apesar de não ser aconselhável realizar uma entrevista aberta como a proposta no local de trabalho, parte devido à sua duração que pode ser grande, parte devido à profundidade que a mesma atinge, podendo, no ambiente de trabalho eliciar fantasias persecutórias ou depressivas com maior facilidade do que no ambiente doméstico, ou em outro escolhido pelo entrevistado (Rodrigues, 1978), este local foi escolhido face a algumas dificuldades encontradas durante a abordagem.

A primeira delas foi uma certa relutância dos indivíduos a realizarem as entrevistas em sua residência.

Três episódios ocorridos ilustram bem este aspecto: um deles disse ao pesquisador que iria encontrá-lo na porta da garagem no domingo a uma determinada hora pois seria difícil encontrar seu endereço e não apareceu; um segundo forneceu o endereço errado e o terceiro simplesmente recusou-se a fazer a entrevista em sua residência.

Como não sabiam que a pesquisa era sobre Aids que poderia provocar algum tipo de receio em relação à família, pensou-se que tais recusas deviam-se ao fato de terem vergonha ou algum sentimento semelhante em função de sua condição social.

Para contornar este problema, mesmo considerando-se as implicações de realizar este tipo de entrevista no local de trabalho: limitação tanto do tempo quanto do tipo de fala, possíveis interferências do local de trabalho sobre o discurso e a possibilidade de sentirem-se coagidos a participar da pesquisa, resolveu-se que seria tentado o local de trabalho para a realização das entrevistas.

Solicitou-se aos responsáveis pelas garagens uma sala isolada, como ocorrera na 1ª fase e iniciou-se o processo de coleta.

O pesquisador chegava à garagem no intervalo entre a chegada dos caminhões que haviam saído pela manhã e a saída dos caminhões do período noturno. Desta maneira poderiam ser entrevistados trabalhadores de ambos os turnos.

A abordagem era feita no pátio da empresa pelo próprio entrevistador e houve apenas uma recusa clara e concisa: “Não vou falar da minha vida para ninguém não.”

Os demais mostraram-se acessíveis e apesar de alguns estarem chegando da rua naquele horário não se recusaram a ficar mais um pouco na empresa para realizar a entrevista.

As falas dos entrevistados parecem explicar essa relutância em realizar a entrevista em suas casas: o que parece ter ocorrido é que dispõem de muito pouco tempo para ficar ao lado da família, bem como domingo é o único dia da semana que têm para descansar; durante a semana o período de sono é considerado curto, assim a visita de uma pessoa desconhecida em casa talvez significasse um transtorno em suas vidas.

Contornadas estas dificuldades iniciais, foram realizadas 25 entrevistas com duração mínima de 20 e máxima de 80 minutos.

4.6 - Tabulação, análise e interpretação.

À medida que os formulários eram entregues pelos pesquisadores fazia-se a tabulação. Este procedimento possibilitou a correção de algumas imperfeições na máscara do

programa utilizado (Epi info versão 6.04), bem como a conferência da digitação.(Silva, 1998)

Como já foi dito anteriormente, algumas questões necessitavam de alguns critérios pré – estabelecidos para sua análise, principalmente a questão 17.

Neste trabalho considerou-se como “percepção de risco” a avaliação que os entrevistados fizeram de sua condição enquanto indivíduos frente à infecção pelo HIV; a vulnerabilidade foi avaliada por meio de questões relativas ao valor social atribuído ao preservativo e à construção por eles elaborada dos chamados “comportamentos de risco”.

Para fins de classificação, na questão relativa às formas de transmissão do HIV, considerou-se como certas as respostas que consideraram transmissão por beijo na boca como “ pouco perigoso”; transmissão por contato social, fomites, vetores ou doação de sangue como “não tem perigo”, relações sexuais sem preservativo como “perigoso” ou “muito perigoso”; uso compartilhado de seringas e agulhas como “muito perigoso” e relações sexuais com preservativo como “não tem perigo” ou “pouco perigoso”

A interpretação pautou-se na noção de “*“habitus”*” e objetivou reconhecê-lo como “sistema de esquemas adquiridos que funciona no nível prático como categorias de percepção e apreciação, ou como princípios de classificação e simultaneamente como princípios organizadores da ação” que também implicou em “construir o agente social na sua verdade de operador prático de construção de objetos.” (Bourdieu, 1986, pág. 26)

As entrevistas abertas foram gravadas e transcritas com total fidelidade e seu conteúdo analisado de acordo com o descrito a seguir.

4.7 - A análise do discurso

A definição de comportamento e o referencial teórico sobre os quais se apoia este trabalho, inclui as representações intrapsíquicas enquanto resultado de uma estruturação

dialética das experiências de vida, relações estabelecidas entre o indivíduo e seu meio ambiente.

O nexo que se estabelece entre as condições objetivas e o sistema de disposições duráveis (“*habitus*”), somente pode ser apreendido na produção de um discurso livre capaz de fazer emergir “a trilha das determinações internas” (Rodrigues, 1986, pág. 88), captando a lógica e o princípio da estruturação das representações e das práticas segundo o investigado, dimensões estas que só podem ser recuperadas a partir da lógica do entrevistado.

O procedimento de análise do discurso livre foi feita por um tratamento especial.

O discurso foi entendido como linguagem que faz sentido para os sujeitos inscritos na posição social que efetivamente ocupam, ou seja, para trabalhadores em coleta de lixo e uma enunciação como correlato desta posição sócio – histórica ocupada, onde quem fala é insubstituível e a linguagem foi entendida como o instrumento que permite construir e modificar as relações entre os interlocutores, seus enunciados e referentes. (Maingueneau, 1996)

A análise do discurso, segundo Guirado (1994), estabelece determinados recortes teórico - metodológicos que se fazem importante esclarecer: o que define a orientação dada à análise do discurso é a intersecção entre as condições de produção deste discurso e o entendimento deste como um fato de linguagem.

Para Maingueneau (1993) trata-se de rearticular um discurso sobre uma cena de enunciação e aprofundar o que denomina “caráter institucional da atividade discursiva” (pág. 21)

A fala não é considerada como um dado “objetivo”, ou em seu conteúdo; não se limita a examinar o que foi dito, mas a maneira como foi dito, procurando o que está latente nos textos que emergiram das entrevistas, dentro de um contexto social, histórico e profissional.

Não basta analisar o que um sujeito disse, deve-se considerar a posição social de onde é emitido o discurso e que todo discurso é fruto não somente de uma subjetividade como decorrente de uma inserção institucional daquele que o emite.

A linguagem ou o falar está inscrito em espaços institucionais e deve ser considerada como uma forma de ação: “cada ato de fala é inseparável de uma instituição, aquela que este ato pressupõe pelo simples fato de ser realizado.” (Maingueneau, op. cit. Pág. 29)

Todo discurso implica em uma forma de comportamento intencional, regida por determinadas regras (Maingueneau, op. cit.)

Os verbos são o determinante do discurso e é a partir deles que o pensamento se desenvolve e relaciona-se com as instituições de onde foram enunciados.

Relacionaram-se substantivos e adjetivos que designam atributos, qualidades conferidas pelos sujeitos às situações vividas; na estrutura sintática considerou-se o lugar das palavras, a categoria gramatical a que pertenciam e como e a quem se referiam na fala.

O desenvolvimento da narrativa, sua construção, quais situações foram descritas e qual o papel que o narrador desempenhava possibilitou captar como se viam em seus atos e desvelar o avesso dessa posição, que se configura pela análise.

A análise do discurso é uma abordagem que procura desvelar o que é revelado pelo modo como os sujeitos se expressam, considerando para isso não só **o quê** é dito mas **o tom com que é dito, aspectos igualmente importantes e inseparáveis.**

No caso das classes populares a relação com o mundo social é, de certa forma, “inseparável de toda uma relação com o corpo, determinada pela repulsa aos maneirismos ou afetações e pela valorização da virilidade” Maingueneau, op. cit. pág. 49)

Também foram observadas, na a análise: seqüência que o entrevistado deu à sua fala; forma de relacionamento com o entrevistador e com as coisas de que está falando; categorias de percepção (visão de mundo) do entrevistado; forma de raciocínio utilizado (linear? Circular?); ordem dada aos temas; tempo e importância atribuídos a cada tema

emergente e o não dito que se expressa pelas inflexões de voz e silêncios, bem como pela associação de idéias elaborada. (Rodrigues, 1989).

Os temas que emergiram espontaneamente na entrevista configuraram as preocupações centrais dos interessados e considerou-se as circunstâncias discursivas em que estes apareceram.

Estratégias de sobrevivência, estilo de vida, sistema de regras, atrações e repulsas foram analisadas a partir da mediação do *“habitus”*, bem como traços de ambigüidade porventura presentes e em relação a que tema do discurso livre esta se revelou; presença ou ausência de temas ligados à Aids que foram cotejados com o respondido na segunda parte da entrevista.

Esta desmontagem torna-se um ponto de apoio para desvelar as significações; são os recortes da análise e a reconstrução da fala que permitem o reconhecimento, no discurso, tanto do narrador como das condições objetivas da construção.

Dizer aos entrevistados que a pesquisa era sobre Aids poderia levá-los a produzir uma série de “lugares comuns”, um discurso estereotipado, que poderia não permitir perceber se cada um deles colocava (ou não), no conjunto de sua vida, a possibilidade de ser infectado pelo HIV.

Os dados assim elaborados foram apresentados, analisados e interpretados simultaneamente.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 - O campo

A mão de obra na coleta de lixo é oriunda da lavoura, construção civil, outras empresas do setor de limpeza (hospitais e metrô, por exemplo).

O recrutamento é interno: os homens que já estão trabalhando na coleta indicam amigos, parentes ou conhecidos para vagas existentes, o que faz com que os componentes deste setor tornem-se cada vez mais homogêneos, pois como afirma Bourdieu(1986) há uma forte tendência a que sejam estabelecidas relações de amizade e parentesco (principalmente casamentos) entre pessoas pertencentes ao mesmo campo ou grupo social.

É praxe nas empresas dar prioridade para admissão aos que residam nas imediações das garagens, pois isto evita que greves nos transportes coletivos ou outro tipo de transtorno impeça os trabalhadores de chegarem e dificultem a coleta de lixo na cidade.

Estas garagens estão localizadas em locais distantes e de difícil acesso, na periferia da cidade. Esta “exigência” da empresa acaba por determinar uma distribuição geográfica bastante semelhante entre os trabalhadores: bairros periféricos, pobres e segundo informações dos responsáveis por Recursos Humanos, muitas vezes em favelas circunvizinhas.

Outro aspecto do campo que merece ser aqui apontado, pela sua interferência direta no assunto objeto desta pesquisa, diz respeito às atividades desenvolvidas durante as Semanas Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT): além dos treinamentos relativos à segurança no trabalho e uso de equipamentos de proteção individual também são desenvolvidas atividades cujos temas são as Doenças Sexualmente Transmissíveis / Aids e tabagismo.

Em uma das garagens onde foi realizada a pesquisa, a SIPAT havia ocorrido poucos dias antes, com distribuição de folhetos educativos sobre DST e Aids e um preservativo para cada participante.

Segundo a assistente social responsável pela área de Recursos Humanos, um dos trabalhadores levou para casa o folheto e o preservativo. Como sua esposa não sabia ler, não entendeu porquê o marido havia levado um preservativo para casa e julgou que ele a estivesse traindo. Foi necessária a intervenção da assistente social para o restabelecimento da “paz” no casal.

Este fato pode levantar uma pequena ponta da cortina que envolve a questão do uso do preservativo: como este marido poderia negociar com sua esposa o uso do preservativo nas relações do casal, se o simples fato de ter levado um para casa provocou uma celeuma que cessou apenas com a intervenção da assistente social?

Outro fato bastante importante diz respeito à existência de trabalhadores soropositivos; à exceção de uma garagem, em todas as outras houve relatos de trabalhadores contaminados.

Em uma delas, a assistente social referiu a dificuldade até mesmo dos trabalhadores de conhecerem seu diagnóstico. Segundo informações prestadas, os trabalhadores recebem o resultado de seu exame de sangue sem maiores explicações; como não sabem ler, na maioria dos casos, desconhecem o resultado e referem-se às assistentes sociais para conhecê-lo (trata-se de exame realizado em laboratório do convênio de saúde da empresa).

Representativo do fato de haver coletores soropositivos, um deles foi escolhido pela amostra. O pesquisador iniciou a aplicação do formulário, quando, ao chegar à questão 12 e 12-A, que se referiam ao controle para doenças sexualmente transmissíveis e estava formulada como: você já ouviu falar de doença que se pega de mulher? E você já teve uma dessas doenças, o entrevistado respondeu que conhecia “doença que se pega de mulher” e que “tinha Aids”. Neste momento, foi interrompida a entrevista e reforçado o fato de não haver obrigação de responder ao restante do formulário; entretanto, o trabalhador insistiu em participar, dizendo que dessa forma poderia aprender mais sobre a “doença”.

5.2. Caracterização da amostra e trajetória individual

A amostra investigada foi composta por homens de 18 a 65 anos de idade, sendo que até 38 anos encontravam-se 90,4 % dos entrevistados; 89% é migrante e 85,9% nasceu em áreas rurais.

Quanto às profissões dos pais 49,6% são filhos de pais agricultores, com baixo nível de escolaridade (51,6% com 1º grau incompleto e 43,6% com 1º grau completo); as mães de 47,9% dos entrevistados apenas desenvolviam tarefas domésticas enquanto 28% trabalhavam na lavoura.

Quanto à situação de moradia, 63,4% declarou residir com esposa e 5% com companheira, portanto, 68,4% tem parceiras sexuais fixas.

Este mesmo perfil foi encontrado nas entrevistas abertas. Oriundos de pequenas cidades do interior de estados do Nordeste, Sudeste (Minas Gerais) e Paraná os entrevistados são filhos de agricultores com baixo grau de escolaridade.

Nestas entrevistas observou-se que tanto os entrevistados como seus irmãos estudaram durante muito pouco tempo; cedo deixaram a escola (abaixo dos 10 anos de idade) para prover o sustento da família auxiliando os pais nos trabalhos agrícolas ou em outras atividades.

“...na faixa de uns oito anos já carregava frete na cabeça, carregava frete, carregava caminhão, carregava caminhão de açúcar, cortava cana, fazia de tudo...”

Os empregos anteriores referidos são sempre em trabalho braçal; carga e descarga de caminhões, serviços gerais em empresas de limpeza, serventes na construção civil, tendo ingressado na coleta de lixo após um período de desemprego que variou, entre os 25 entrevistados, de 2 meses a 3 anos.

À exceção de um caso, todos os demais vieram diretamente de suas cidades para São Paulo; aqui moram com irmãos, tios, primos e amigos quando solteiros; se casados, a tônica é residirem apenas com a família nuclear (esposa ou companheira e filhos).

A renda declarada é de R\$ 345,00 que com os benefícios de vale transporte e vale refeição acaba por chegar a R\$ 500,00, para famílias com 5 pessoas, em média; apesar deste nível de renda, suas esposas não trabalham, apenas cuidam da casa e dos filhos, o que parece reproduzir a figura materna que também não tinha emprego fora do lar, o trabalho desenvolvido pelas mães, além das tarefas domésticas, era apenas o de auxiliar o pai na lavoura.

Quanto ao aspecto religioso aqueles que se declararam católicos afirmaram que ir à missa (praticar religião) aqui em São Paulo é muito difícil e que quando moravam “no Norte” como expressam eram muito mais religiosos.

5.3 - A vida

Ao se referirem às suas vidas, emerge no discurso dos entrevistados a questão do trabalho em uma relação ambígua, ao mesmo tempo em que é importante trabalhar para sobreviver, o trabalho toma-lhes muito tempo na vida, pouco restando para viver:

“É que... eu gosto do trabalho, eu acho bom trabalhar porque sem o trabalho não vive, não é?”

“O que eu tenho de importante é só minha vida mesmo que o resto é só serviço mesmo, mais nada.”

“A gente trabalha para caramba, trabalha 12 horas aqui, então quando chega em casa tem que dormir logo porque acorda muito cedo, então é isso a vida”

A vida também é feita de sacrifícios, sendo necessário enfrentar diversas dificuldades: solidão, ausência de lazer:

“minha vida é só trabalho aqui...não tem mais nada...aqui é só trabalho, não tem muita diversão assim... Meu negócio é quando eu vou para o interior, aí sim(...) só que é meio difícil eu ir(...)”

Há muito a lamentar: a falta de estudo que os obriga a este tipo de trabalho, a impossibilidade financeira de continuar estudando, a perda do filho que não chegou a nascer, a morte da esposa, a falta de direitos e mais uma vez a ambigüidade em relação ao trabalho:

“De importante é que eu tinha vontade de fazer curso, mas não vai dar, por causa da questão salarial...O salário é baixo, não dá para quase nada, só a condução(...)”

“(...) a gente tem muita coisa para lamentar,(...) estou viúvo faz sete anos, (...)”

“Só trabalho e não tenho nada...preciso ter alguma coisa na vida, não posso continuar assim, trabalhar e não ter nada(...) a vida é essa... é sonhar...”

“(...) mas eu estou por aí, no jogo deles, não tem esse negócio de ter direito, tem que andar na linha para não se prejudicar...”

“(...)quando eu comecei a estudar meu pai brigava comigo(...)brigava para a gente sair da escola , ele não dava roupa, essas coisas para a gente, aí fui obrigado a sair(...) e aqueles nós que somos analfabetos, a gente não vai conseguir mais nada(...)”

“(...) que a minha esposa perdeu minha filhinha com 6 meses de vida, seis meses de gravidez(...) Então foi um sofrimento muito grande(...) Foi embora minha felicidade e ninguém pode trazer de volta(...)”

O trabalho constitui-se num risco cotidiano que deve ser enfrentado, porque desse enfrentamento depende a sobrevivência, própria e da família:

“(...)mas o serviço é um pouco perigoso(...) você corre risco de se machucar, tem que ter cuidado de atravessar um farol(...)trabalhar atrás de um caminhão(...) você está correndo, você anda rápido, pode vir um carro e te pegar(...) tem que trabalhar no lixo porque se você não trabalha, você tem que ter estudo para arrumar outro emprego, não é isso?”

“(...) mesmo que a gente está trabalhando no lixo, mas é um serviço que garante o pão da gente, para segurar a família da gente, que se a gente ficar desempregado(...) os filhos vão morrer de fome...”

Deve-se considerar, nesta análise, a importância das doutrinas que “estabelecem limites, quando marcam os portadores de suas verdades e de seus discursos, firmando, com isso, sua adesão exclusiva; vinculam os indivíduos a certos tipos de enunciação e com isso vinculam-nos entre si e os diferenciam dos restantes.” (Guirado, op. cit. pág.40)

A doutrina de vida rege o discurso de todos os entrevistados e manifesta-se como regras de comportamento, respeito a valores comunitários: a dignidade do trabalho, a dignidade pessoal, a lisura das atitudes, o esforço para melhorar, doutrina esta que parece derivar do “*habitus*” desta camada da população.

Existe no discurso menção àqueles que estão do outro lado, isto é, aqueles que estão pelas ruas, os marginais, os usuários de drogas, que às vezes, também são vistos como ameaça à segurança da família, além daqueles que podem “viver a vida”.

“(...)cumpro meu horário de serviço, não sou capaz de faltar, falto quando tem necessidade, se estiver doente mesmo, porque preciso cuidar da casa, acho que aí já faz parte mesmo do homem: ter responsabilidade. Que às vezes a pessoa não tem nada e falta no serviço(...) faltei dois dias mas não foi por vagabundagem (...) o que tem que fazer, o que não pode fazer, eu sei da minha obrigação(...) se alguém chamar a atenção tem que abaixar a cabeça(...) eu não falo nada

de colega, que meus pais me ensinaram isso. (...) Que nem eu passo de noite, de madrugada, uma hora, duas horas (...) está tudo ali, eu tenho que passar por uma ponte (...) está todo mundo ali, eu passo: oba, oba e vou para minha casa (...) não critico, também não me misturo (...) não sou acostumado com luxo, não tenho luxo nenhum e não tenho inveja de ninguém (...) Porque o luxo, depois que você morre você não leva (...) acho que isso (o dinheiro) não traz felicidade... (...)”

“(...)nunca que aconteceu de eu passar 6 meses desempregado. Nunca peguei um seguro - desemprego completo (...)eu não consigo ficar parado nem na fila do seguro desemprego e não escolho trabalho”

“(...) eu queria mesmo era que acabasse com esse negócio de droga nas escolas, isso é difícil. Eu falo para o meu menino: filho, você não anda com esses meninos e ele responde: mas se eu não andar com eles eu vou ficar sozinho e eu respondo: filho não sai, não faz. Mas ele fala: pai, eu não vou fumar. E eu falo: mas você fica andando com eles, se acontecer alguma coisa, você está no rolo. (...)É isso que mais me preocupa.”

“(...)esse negócio de sair para zoear não dá futuro, não. A pessoa só gasta, gasta, chega aí no futuro, pensa: se tivesse guardado o dinheiro, quem sabe não estava melhor?”

Esta espécie de código, de doutrina de vida, parece ser o substrato da percepção que têm da vida e as informações e as normas de prevenção contra a Aids vão de encontro a esta doutrina que expressa “aspirações e práticas objetivamente compatíveis com as condições subjetivas e, de uma certa maneira, os acontecimentos mais improváveis se encontram excluídos, antes de qualquer exame, a título do *impensável*, ou pelo preço de uma *dupla negação* que leva a fazer da necessidade virtude, isto é, recusar o recusado e amar o inevitável.” (Bourdieu, 1972, pág. 63, itálicos do autor)

A preocupação sempre presente é a sobrevivência, a manutenção do emprego, do status de ser honesto e digno, tendo sempre em conta a impossibilidade concreta de possuir o luxo, o dinheiro, o lazer.

Os discursos restringiram-se à explanação da doutrina de vida como já apontado acima e referiram-se de maneira constante às dificuldades encontradas no cotidiano, o que parece demonstrar que na situação social em que se encontram é necessário encontrar um motivo forte para continuar seu trabalho, que exige a superação de suas limitações.

Outro aspecto que se apresenta de maneira constante nas falas é a convivência diária com vários fatores ameaçadores à vida como o próprio trabalho e a vizinhança hostil; desta maneira, sobreviver à morte está tão embutido no dia a dia desses homens de maneira tão mais palpável, que a Aids parece representar algo muito mais distante, visto

que dadas suas condições objetivas, a eles é muito mais fácil evitá-la do que às ameaças constantes a que estão submetidos.

Doenças sexualmente transmissíveis apareceram espontaneamente em uma das entrevistas, cujo trecho está transcrito abaixo:

“falar mais o que? (pausa) (E- Está bom, pode continuar) (pausa) Ah, é que tem uns folhetos aí que eu preciso pegar, sobre doença venérea, é isso mesmo. Eu previno o máximo que posso, não é, porque é horrível ficar doente, às vezes até por falta de informação, não é, que acontece as coisas. Que nem a gente estava discutindo na escola, a professora falou pega lá, porque quanto mais informação tiver sobre isso é melhor”

Este exemplo demonstra como é importante considerar as condições de produção do discurso: este entrevistado acabara de sair do curso de alfabetização feito na empresa.

Aparentemente, pelo início da fala havia um interesse espontâneo para se informar sobre “doenças venéreas”, na sequência, porém, revela que a professora havia dito que era importante pegar o folheto (o mesmo já mencionado, que vinha acompanhado de um preservativo) e que o assunto pelo desenrolar da fala, acabara de ser discutido em sala de aula:

“(...)Às vezes a gente fica na dúvida como é que pega, como é que não pega, não é. Então, se a gente está mais ou menos informado é melhor. O folhetinho que eles dão a gente pega, é um bom exemplo para todo mundo seguir. Ficar lendo é legal.”

5.4 – Estratégias de sobrevivência.

Devido à baixa renda, os trabalhadores precisam encontrar formas de aumentar o salário, uma delas é utilizar os vale transporte como alternativa de renda e ir para o trabalho a pé ou de bicicleta:

“Eu venho para o trabalho de bicicleta para economizar o transporte e os vales eu vendo, faço alguma coisa, mas ainda é pouco.”

Como não lhes sobra tempo, visto que trabalham 12 horas diárias, não referem ter outras fontes de renda.

“Levanto às três e quarenta da manhã, entro às seis aqui, às vezes eu faço 12 horas, saio 6 horas da tarde, vou embora para casa, chego em casa tomo um banho e mal dá tempo para descansar”

Não reconhecem o trabalho feminino (da esposa) como uma alternativa de renda porque reproduzem a estrutura de sua família de origem, pois é a partir do núcleo familiar, das condições de existência, das primeiras experiências que se constroem:

“(...)então, trabalhar para que? Tem o moleque que já está deste tamanho (mostra a altura) tem que levar os garotos para a escola, tem que buscar, então fica pesado não é. Ela trabalhava e eu falei para ela: sai fora do serviço, porque o que eu ganhava era suficiente, mas vai saber, não é. Mas aí nasceu um filho, nasceu outro e começou a ficar difícil (ri), ela agora tem que fazer o que? Tem que pegar o enteado para trabalhar para me ajudar”

Na fala acima pode-se perceber claramente como a prática da vida é autônoma em “relação à situação considerada em sua imediatidade pontual, porque ela é o produto da relação dialética entre uma situação e um *“habitus”* (Bourdieu, 1973, pág.65).

Apesar de sua situação de vida atual, das dificuldades financeiras vividas é preferível que a esposa não trabalhe (e, neste caso específico, o enteado a que o entrevistado se refere tem 23 anos de idade).

5.5. A associação

Há uma diferença entre o que é associado à Aids nos formulários e nas entrevistas abertas.

Quando previamente estimulados pela abordagem, os entrevistados referiram-se à síndrome como uma doença fatal, perigosa, que provoca medo, pois não tem cura e acaba por provocar enfraquecimento, perda das capacidades físicas e a morte.

Referiram também a necessidade de “evitar” a Aids: não tendo relação sexual com mulher desconhecida, não usando drogas injetáveis, evitando situações em que possa estar exposto ao “perigo”, reproduzindo um discurso em que as regras de comportamento são a principal tônica.

Uma dos tipos de associação referia-se ao medo, representando a síndrome como sinônimo do fim da vida, da perda do vigor físico.

Em algumas associações, a consciência da ilegitimidade de seu saber desemboca na clara invocação da autoridade: pelo que o médico explica...

Alguns entrevistados referiram conhecer pessoas portadoras do vírus ou já com a síndrome desenvolvida, no entanto, faziam questão de frisar que esse contato era, de uma certa forma, distante.

“Medo”(ênfase)

“Ah, é uma doença muito terrível porque ela mata, né, vai matando aos poucos e a gente sabe que é muito prejudicial à saúde. Sem cura, né, até o presente momento.”

“O que me vem à cabeça? (É o que vem na tua cabeça)(5”) Em termos de perigo assim? De consequências?(É, o que você pensar) É, tudo de ruim, né. Acho que Aids é o fim da vida. Para mim eu penso assim.”

“Vem tudo, né. Porque é uma doença que provoca fraqueza, né, fica indisposto, a pessoa fica com diversos tipos de doença, tipo assim, você fica com diarreia no começo assim geralmente isso aí ela ataca, no osso da pessoa, a pessoa fica com fraqueza, calor no corpo, cala...calafrio no corpo, né. Porque já tive contato com pessoas assim que chegou em mim e falou, aconteceu assim e assim. Que sentia isso, assim e assim e acabou cego. Contato assim diante, de boca, né. E só.”

“Dá para ficar pensativo, né. Aids porque é uma doença muito grave. Pelo que o pessoal fala, o médico explica, é muito grave.”

“Aids....o que vem na minha cabeça, o pensamento que vem na minha cabeça é não praticar aquilo, né. Porque se você falar a palavra Aids que você fala, é o cara aprontar. Então assim, fazer loucura, esse negócio assim, não apronto não.(...) Não ando em zoeira, dou um trampo, chego em casa vou dormir, final de semana fico em casa vendo televisão, só. Não gosto de sair. Não sou de gandaia, essas coisas assim.”

“Não ter relacionamento com mulher estranha nem com homossexual, seringa, droga na veia, só isso”

Note-se das duas últimas falas acima como a questão da prevenção não está diretamente associada ao uso do preservativo, sequer como norma.

Parece que os trabalhadores incorporaram as normas que lhes foram passadas, reinterpretando-as e incorporando-as à sua doutrina de vida, como normas de conduta “não ter relacionamento com mulher estranha” e como a Aids aparece como doença daqueles que transgridem as normas aceitas de comportamento.

Alguns comparam seu comportamento aos chamados comportamentos de risco e acabam por concluir que não se enquadram como pessoas expostas ao vírus.

A negação como defesa contra a Aids apareceu claramente em várias falas: “não pensar em nada” quando ouvem a palavra, não se preocupar com a doença porque não tem nada a ver com ela, pois não é como as pessoas que podem infectar-se.

“Não penso em nada, não. Quando vem na minha cabeça negócio de Aids. (Não pensa nada?) Não. Esse negócio é meio difícil de pegar, né? Não penso muita coisa nesse negócio de AIDS não. Não acredito nisso aí não.”

Na fala anterior, note-se as expressões: “é meio difícil de pegar...” e “não acredito nisso aí, não”

Outros associavam Aids à prevenção, referindo-se a esta muito mais a escolha de parcerias, a comparações com os denominados comportamentos de risco.

“eu tenho medo, sei lá se algum dia, apesar de que eu não pratico esse tipo de... é... Só tenho minha mulher mesmo e tenho medo, tenho o maior medo assim comigo

No trecho abaixo, pode-se analisar como o sujeito constrói seu discurso. A primeira assertiva parece ser uma norma decorrente da doutrina de vida (o cara aprontar) e o entrevistado reconhece que não se assemelha ao “cara que apronta”, porque apenas sai com “uma neguinha aí, mais nada.”, reforçando, ainda, sua masculinidade “nem de veado, essas coisas assim, tenho raiva”.

“a palavra Aids que você fala, é o cara aprontar. Então assim, fazer loucura, esse negócio assim, não apronto não. Muita coisa que eu faço ,de vez em quando assim eu saio com uma menina assim, só. Só mais nada. Nem de veado, essas coisas assim eu tenho raiva, eu tenho uma neguinha lá, de vez em quando eu saio com ela, só mesmo.”

Imediatamente inserida após a fala espontânea sobre a vida a Aids toma uma dimensão diferente:

“Deve ser meio perigoso, deve ser não, é(ênfase) perigoso, não é. Principalmente para quem gosta muito de viver a vida aí é perigoso.”

“a mim não vem nenhum tipo de ameaça, porque meu relacionamento é sempre caseiro e depois qualquer tipo de diversão fora de casa vai dinheiro, então eu não me preocupo com isso porque entre eu e minha esposa é sempre tranquilo.”

“às vezes eu assisto aí, mas graças a Deus comigo não tem problema”

“O que me passa é uma coisa ruim, triste, isso aí para quem está com esses problemas aí é uma situação difícil, já é quase, já. é que nem, a senhora falou aí, já é uma coisa para quem está com ela tem muito que falar, mas eu.. sobre isso só falo que é uma coisa ruim.”

“É uma coisa difícil (ênfase). É difícil explicar a palavra Aids porque eu mesmo não sei como começar a conversar a respeito disso aí.”

E na fala abaixo, da segunda parte da entrevista, como a mesma pessoa discorre sobre a Aids como algo que está “lá”, isto é, distante, longe de si mesmo e de sua vida.

E o que significa prevenção: evitar o contato, precedido de uma composição verbal que denota a regra a ser seguida: “tem que”.

“Ah é,acho horrível isso aí, aquela doença lá. Eu acho que nem eu falei, tem que evitar o contato.”

Verifica-se que esta questão, se inserida diretamente na vida, tem uma outra conotação: apesar de reconhecerem a gravidade da doença, esta é uma possibilidade distante e remota dos entrevistados; ser uma coisa ruim, uma coisa que dá medo é um conceito generalizado, que parece não ter nenhum vínculo próximo com a vida de cada um, parecendo associada ao tempo livre disponível para divertir-se, para viver a vida, quase uma doença que não os pode atingir pelo simples fato de não possuírem dinheiro para tanto.

Estas divergências podem estar relacionadas ao fato de que perguntar sobre Aids de uma forma descontextualizada da vida das pessoas, trabalhando-se apenas no plano cognitivo, que é o plano alcançado pelo instrumento estruturado, as respostas acabam tendendo a procurar “acertar”, falando o que esperam que o entrevistador queira ouvir.

Comum em todas as falas, tanto as das entrevistas abertas como as do formulário, a presença constante de construções lingüísticas que os distanciavam da Aids expresso em: aquela doença lá, essa doença aí, disso aí, aquilo lá...

Sabe-se da superstição popular de referir-se a algo indesejado sempre colocando-o, na linguagem, bem distante de si como forma de esconjurar esse mal para que ele não os atinja. Deve-se considerar, também, que as condições objetivas parecem mostrar aos entrevistados sua impossibilidade “concreta” de contaminar-se, uma vez que estruturam sua percepção de Aids também como uma doença de rico, daqueles que têm disponibilidade de tempo e de dinheiro para o prazer.

5.6– Fontes e busca ativa de informações

O conhecimento que têm sobre Aids vem das fontes mencionadas na tabela 2.

A empresa como fonte de informações foi citada por 58,3% dos entrevistados que comentaram da realização de palestras, vídeos e outras atividades; conversa entre amigos é fonte de informações para 76,4%.

Na categoria “outros” foram mencionadas situações como: convívio com pessoas portadoras do HIV, assim como lugares de lazer por eles freqüentados (bailes, boates, bares).

“Ter ouvido falar sobre Aids”(como a pergunta fora formulada), dizia respeito a notícias acerca de alguma personalidade pública que contraíra ou morrera de Aids (foram mencionados: Cazuza, Betinho),. Desta maneira, parece que daquilo que se ouve ou é visto nos meios de comunicação fica mais presente este tipo de “ informação” do que as campanhas educativas que não foram mencionadas com a mesma freqüência que as mortes das figuras públicas, mesmo considerando que em determinadas épocas do ano os meios de comunicação são “ invadidos” por campanhas educativas, além dos diversos programas jornalísticos e de variedades que também divulgam entrevistas com especialistas e outras informações semelhantes.

Tabela 2 - Principais fontes de informação social sobre Aids. 487 Coletores de lixo, São Paulo, 1997.

FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
TELEVISÃO	467	95,9	20	4,1
RADIO	421	86,4	66	13,6
IMPrensa ESCRITA	399	81,9	88	18,1
CONVERSA COM AMIGOS	372	76,4	115	23,6
EMPRESA	284	58,3	203	41,7
OUTROS	103	21,3	380	78,7

Entre os entrevistados quase todos já ouviram ou leram alguma tipo de informação, no entanto, quando comparados os resultados com os da tabela 3, observa-se que a frequência dos que afirmaram procurar informações sobre o assunto não é muito superior aos dos que afirmam não o fazer.

Estes dados parecem apontar um relativo desinteresse acerca do assunto entre os entrevistados.

Tabela 3 - Busca ativa de informações, coletores de lixo, município de São Paulo, 1997.

<i>Você procura informar-se sobre Aids?</i>	<i>Nº.</i>	<i>%</i>
SIM	270	55,7
NÃO	215	44,3
TOTAL*	485	100,0

*15 formulários em branco para esta questão

No entanto, as razões expostas para não procurar se informar vinculavam-se ao fato dos entrevistados julgarem estar informados de maneira suficiente acerca da doença, julgamento este expresso em frases como:

“acho que estou fazendo certo, já vi na TV como evitar”

“comigo não vai correr perigo”

“doença não me atinge”

“escuto como é que pega e não pega, assim eu evito”

“eu nunca me preocupei”

Estas assertivas mais uma vez demonstram a percepção de uma certa distância, quase uma impossibilidade de serem afetados pelo vírus, isto é, sua negação. Negação enquanto estratégia defensiva, o defender-se daquilo que se teme, afastando a possibilidade de poder entrar em contato com o vírus, às vezes de uma forma até irracional: “a doença não me pega”, estratégia que parece compartilhada por se reproduzir em outras falas (100 entre 213 entrevistados), pode-se aventar a hipótese de

uma estratégia defensiva – considerar-se invulnerável, negar a possibilidade de infecção, construída sobre a doutrina de vida resultante de seu *“habitus”*: perceber esta possibilidade como o impensável, um acontecimento improvável por não ser objetivamente compatível com sua condição.

Analisados em conjunto, os dados da tabela 3 e as razões expostas pelos entrevistados para não se informar parecem explicar um pouco melhor a natureza do aparente desinteresse.

Entre os que afirmam procurar informações encontram-se frases do “discurso oficial” aquele que é tornado público (Bourdieu, 1986), expresso como a importância de saber, o perigo, mas algo ainda distante: “aparece na TV e no rádio” (não necessariamente na vida cotidiana).

“É importante saber da doença para se informar”

“É muito perigosa (Aids), fica seco”

“É perigoso esse lance”

“É uma doença perigosa, aparece na TV e no rádio”

“para se prevenir” (esta a mais freqüente)

Outros tiram das informações suas regras de conduta:

“pelo menos a gente não fica com essas mulheres da rua”

“para se prevenir, que um homem prevenido vale por dois”

“pode sair com mulher e acontecer alguma coisa ruim”

“quem sai fora da linha pega Aids”

“vai pela pessoa, quem vive de zoeira acontece essas coisas”

“vejo pessoas falando, mas prefiro ficar com a dona em casa”

Mesmo estas regras de conduta parecem não se coadunar com sua realidade objetiva: sair fora da linha, ficar de zoeira - ações que não praticam porque sua vida, já disseram, resume-se ao trabalho.

Para outros, a informação parece servir para conseguir identificar se estão ou não contaminados, ou ainda entendem que a informação é importante para a prevenção:

“tenho coleção em casa (de folhetos), é bom ficar sabendo se acontecer”

“quando alguém dá um folheto acho interessante ler”

“tem que saber como pega e como evitar”

O portador do vírus que foi entrevistado respondeu que procura se informar porque tem Aids; outro trabalhador relacionou-a ao seu trabalho: *“trabalho com o lixo e tenho que me prevenir, porque é perigoso no meu trabalho”*.

A questão do trabalho como situação de risco para a infecção pelo HIV será melhor esclarecida quando se analisar as falas sobre os motivos para se preocupar.

5.7 - Representações da Aids

A Tabela 4 mostra os resultados obtidos acerca da definição construída a partir das fontes de informação social a que os entrevistados têm acesso.

Pode-se observar como tomar a consequência como causa e confundir algumas reações a medicamentos têm uma alta taxa de concordância, 91,4% dos entrevistados a definem como doença do sangue, que faz a pessoa emagrecer, perder os cabelos e ir definhando até morrer. Como a inteligência do que realmente seja a síndrome é difícil para este grupo (73,1% afirma não entender direito o que é, apesar de já ter ouvido falar muito) tomar reações ao tratamento (perda de cabelo) e a mudança no aspecto físico como definição pode ser um exemplo de reinterpretação utilizada para definir a síndrome. Esta definição (doença que dá no sangue) pode também estar na base da construção de uma série de representações daí derivadas, inclusive quanto à possibilidade de infectar-se doando sangue.

Atribuir à síndrome uma característica divina e punitiva também é bastante freqüente na amostra estudada (53,4% de concordância com a assertiva da previsão bíblica e como sinal do “final dos tempos” e 60% para a representação de um castigo divino para a homossexualidade). Como já foi mencionado existe um processo de estruturação do conhecimento que se faz a partir do universo simbólico de cada grupo social. Neste

grupo, como a capacidade simbólica é limitada, a religião pode transformar-se em um importante referencial teórico.

Deve-se lembra que Rosen (1994) aponta que considerar as epidemias como de origem sobrenatural foi uma constante na história da humanidade, até o advento da Medicina Moderna, quando iniciaram-se estudos que objetivavam compreender os mecanismos de transmissão. Os trabalhadores entrevistados reproduzem este discurso.

Apesar destas reinterpretações, os resultados demonstram que 97,1% dos entrevistados conhecem as principais formas de transmissão do HIV: sexual e parenteral, a transmissão vertical foi comentada por alguns, mencionada como “ hereditária”.

A informação primeira sobre a Aids como “doença dos grupos de risco”, parece permanecer, ainda, nesta população, com 68,9% de freqüência, o que parece indicar que as primeiras informações a que tiveram acesso têm um peso muito grande e podem constituir a matriz de percepção e a representação sobre a síndrome.

Tabela 4 - Representação de Aids. Coletores de lixo, Município de São Paulo, 1997.

<i>DEFINIÇÃO DE AIDS</i>	<i>CONCORDA</i>		<i>INDECISO</i>		<i>DISCORDA</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Doença que dá no sangue (487)	445	91,4	26	5,3	16	3,3
Doença prevista na Bíblia para anunciar o fim dos tempos.(486)	261	53,7	93	19,1	132	27,2
Transmissão sexual, uso de drogas e transfusão (486)	472	97,1	7	1,4	7	1,4
Castigo divino para homossexualidade (488)	293	60,0	59	12,1	136	27,9
Já ouviu falar muito mas não entende direito o que é (487)	356	73,1	20	4,1	111	22,8
É invenção para usar camisinha (488)	93	19,1	32	6,6	363	74,4
Doença dos exclusiva dos “grupos de risco” (488)	336	68,9	11	2,3	141	28,9

5.8 - Estimativa de risco

Quanto ao risco de contaminação, a avaliação feita pelos entrevistados acerca dos comportamentos considerados como perigosos e a intensidade deste perigo, encontram-se à tabela 5.

Existem ainda muitas representações errôneas acerca do risco de contaminação. Embora 97,1% conheça as principais formas de transmissão do vírus (tabela 3), quando decomposto, este conhecimento apresenta-se confuso e em muitos casos existem dúvidas acerca do risco de contaminação em determinadas situações, lembrando que 73,% dos entrevistados afirmaram ainda não entender direito o que é Aids.

Dos dados obtidos pode-se verificar que algumas situações que não oferecem nenhum risco de contaminação ainda são super estimadas na amostra pesquisada como: doação de sangue (51,3% dos entrevistados avaliou como perigoso), mosquito como vetor que apresenta um percentual de 68,4% para “perigoso”, situações estas que podem ser bem caracterizadas como as que escapam ao controle individual, e que por este motivo podem ainda perdurar, apesar de todos os esclarecimentos que sempre são fornecidos sobre esta questão.

Outras situações que deveriam ser classificadas como “muito perigosas” acabaram recebendo uma estimativa menor “perigoso” como é o caso do uso compartilhado de seringas e agulhas (60,5%), relações sexuais sem preservativo (66%), formas de transmissão que podem ser classificadas como sob controle do indivíduo.

Relações sexuais com proteção são vistas como situações “perigosas” em 66% dos casos, o que parece demonstrar uma baixa confiança no preservativo. Comentários tecidos sobre esta questão sempre foram no sentido de alertar para o risco do preservativo “furar, rasgar ou estourar” dependendo da “marca” do mesmo, mais uma vez demonstrando que a matriz perceptiva do preservativo como pouco seguro, informação que lhes foi transmitida anteriormente também persiste.

Apesar de conhecerem bem as formas de transmissão do HIV, quando colocados diante de situações específicas, os entrevistados preferem optar pelo “perigo” em quase todas situações (exceção feita à alternativa abraço e aperto de mão), tampouco considerando muito perigosas situações que realmente o são como transfusão com sangue não testado e uso compartilhado de seringas e agulhas.

Esta atração pela resposta “perigoso” continua mesmo nas situações em que o risco é reconhecidamente nulo: assento de ônibus, doação de sangue e mosquito como vetor, o que reforça a idéia expressa na associação com Aids, “perigo e medo” sempre.

Para verificar como avaliavam diversas situações de exposição ao vírus, bem como distribuíam-se as respostas sobre as formas de transmissão do HIV, considerou-se suficiente para classificação em certa ou errada, o que já se tornou de domínio público sobre estas formas: 1- presença/ausência de vírus; 2- contato íntimo de mucosas/secreções; 3- solução de continuidade por onde o vírus penetre.

Tomado como critério o acerto às questões, as respostas dadas possibilitaram classificar os trabalhadores em 3 grandes categorias: os que sabem, os que ainda têm dúvida e os que não sabem, verifica-se que existe um nível de conhecimento bastante bom: 72,2% dos entrevistados acertaram as formas de transmissão, o que parece demonstrar que têm acesso a este tipo de informação e, apesar de algumas concepções errôneas que ainda permanecem, conhecem bastante bem as formas de transmissão..

Estas representações errôneas que permanecem parecem estar mais relacionadas às situações que escapam do controle individual (picada de mosquito, assento de ônibus, doação de sangue), avaliadas como perigosas ou muito perigosas, o que pode levar a considerar que esta percepção não diz respeito ao plano cognitivo e sim ao afetivo - emocional, pode tratar-se da expressão de um risco desconhecido, que poderia assim ser traduzido: “ embora a ciência ainda não tenha descoberto que é assim, isto pode ocorrer...”, talvez a única forma pela qual admitam possam ser contaminados.

Esta negação do risco, parece, portanto, construída a partir das primeiras informações recebidas, da avaliação de suas possibilidades concretas de acesso ao lazer e ao prazer, da percepção do preservativo como inseguro, das normas de condutas ditadas pela doutrina de vida e a possibilidade de contaminação existente apenas em função de uma circunstância imponderável e fortuita.

Tabela 5 - Estimativa de risco por forma de transmissão. Coletores de lixo, São Paulo, 1997.

FORMA DE TRANSMISSÃO	MUITO PERIGOSO		PERIGOSO		TEM DÚVIDA		POUCO PERIGOSO		NÃO TEM PERIGO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beijo na boca	11	2,3	146	30,0	60	12,3	42	8,6	228	46,8
Pelo suor	7	1,4	101	20,7	104	21,3	30	6,1	246	50,4
Relação sexual com preservativo	11	2,3	157	32,2	43	8,8	65	13,3	211	43,3
Recebendo sangue não testado	103	21,1	146	70,9	17	3,5	10	2,0	12	2,5
Doação de sangue	32	6,6	250	51,3	40	8,2	28	5,7	117	28,1
Uso compartilhado de seringas e agulhas	169	34,8	294	60,5	7	1,4	3	0,6	13	2,7
Abraço e aperto de mão	10	2,1	34	7,0	18	3,7	10	2,1	415	85,2
Relação sexual sem preservativo	147	30,1	322	66,0	7	1,4	3	0,6	9	1,8
Mosquito como vetor de AIDS	42	8,6	334	68,4	51	10,5	15	3,1	46	9,4
Assento de ônibus	9	1,8	151	31,0	55	11,0	24	4,9	248	50,9
Relação sexual com pessoa conhecida sem preservativo	21	4,3	330	67,8	29	6,0	20	4,1	87	17,9

5.9 - Estimativa de risco relativa a comportamentos

Na tabela 6 pode-se verificar como os entrevistados avaliaram o “risco de contaminação” em função do comportamento das pessoas; de forma proposital, foi omitido o uso do preservativo, à exceção da última alternativa: homem que faz sexo com homem usando camisinha; verificou-se que os entrevistados não o introduziram espontaneamente; poder-se-ia aventar a hipótese de que os entrevistadores não tivessem anotado estes comentários; tal não sucedeu, pois a cada supervisão os formulários eram verificados e percebeu-se que todos os comentários estavam devidamente anotados.

De modo geral, foram considerados como “de risco” todos os comportamentos que fogem aos padrões reconhecido como consoantes com a doutrina de vida expressa nas entrevistas abertas e com base na teoria de que Aids atingia pessoas com diversos parceiros sexuais.

Apesar da introdução da variável “preservativo” no caso de relações homossexuais masculinas a maior parte dos entrevistados (56,9%) optou por considerar que as pessoas que têm estes comportamentos sexuais estão sujeitas à contaminação, o que parece reforçar a idéia da doutrina de vida associada à teoria científica como matriz de percepção para o tema Aids e práticas preventivas.

Esta possibilidade é ainda mais reforçada quando se analisa o percentual de entrevistados que consideraram como expostas ao risco todas as pessoas, incluindo homossexuais femininos (63,4%) e masculinos com preservativo (56,9%) em comparação com dona de casa fiel ao marido ou companheiro (35,1% para sim).

Os entrevistados que consideraram que uma mulher casada pode contaminar-se comentaram que a contaminação poderia ser por duas vias: infidelidade do marido e exames de sangue(sic).

Tabela 6 - Estimativa de situações de risco. Coletores de lixo, São Paulo, 1997.

<i>PESSOAS QUE CORREM RISCO DE CONTRAIR AIDS</i>	<i>SIM</i>		<i>NÃO</i>		<i>NÃO SEI</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
dona de casa fiel ao marido ou companheiro (487)	172	35,1	292	60,0	24	4,9
quem transa com pessoa que não conhece (489)	478	97,8	5	1,0	6	1,2
Quem transa com muitas pessoas e não usa camisinha (489)	485	99,2	1	0,2	3	0,6
homem que transa com homem fazendo papel de homem(489)	484	99,0	1	0,2	4	0,8
homem que transa com homem fazendo papel de mulher(488)	479	98,2	2	0,4	7	1,4
homem que gosta de “pular a cerca” (489)	463	94,7	14	2,9	12	2,5
travestis e bichas (489)	477	97,5	4	0,8	8	1,6
mulher que transa com mulher(489)	310	63,4	70	14,3	109	22,3
prostituta(489)	471	96,3	10	2,0	8	1,6
homem que transa com mulher que não é “séria”(489)	462	94,5	14	2,9	13	2,7
homem que gosta de “brincar por trás” com diferentes mulheres (489)	420	85,9	29	5,9	40	8,2
homem que transa com homem usando camisinha(483)	275	56,9	160	33,1	48	9,9

5.10 - Motivos para se preocupar

Indagados se consideravam ter motivos para se preocupar com, 59,4% dos entrevistados responderam afirmativamente, 39,9% disseram não ter motivos para se preocupar e 0,7% não sabiam se tinham ou não motivos.

Enquanto motivo de preocupação, a Aids aparece como um fantasma, algo que assombra; esta é a preocupação mais freqüente que assim expressam:

“doença perigosa e vive no ar, rondando as pessoas por aí”

“até em frutas eu tenho medo e seringas”

“pode tomar no mesmo copo alguma coisa”

“pode pegar no sentar, no comer ou em relações sexuais”

“é uma doença que está batendo recorde, pode mosquito passar”

“perigoso, qualquer coisa a gente pega a doença”.

cuja prevenção escapa ao controle:

“por mais que se previna, não sabe o que vai acontecer”

O trabalho também é um motivo de preocupação:

“o trabalho da gente, pega sacos sem proteção, tem lixo de todo tipo de casa, tem agulha no lixo, seringa, pode acontecer um acidente”.

Mais do que medo, ocorre até a impossibilidade de pensar sobre o assunto:

“essa doença me deixa nervoso”

O preservativo aparece novamente como algo não confiável, o que corrobora a questão inicial da baixa confiabilidade transmitida pela própria ciência, o que talvez possa explicar a frequência com que os trabalhadores consideraram que ter relações sexuais com camisinha é “perigoso”, enquanto forma de transmissão do HIV:

“vou confiar na camisinha, mas ela estoura, é perigoso”

“pode sair com mulher e a camisinha estourar”

Algumas respostas referem-se à escolha de parcerias sexuais:

“não dá para transar com qualquer uma”

“não procuro sair com mulher da rua”

A preocupação pode levar ao uso do preservativo, em determinadas situações:

“com mulher de zona ou que não conhece direito, só com camisinha”

Em algumas situações de vida, surge a preocupação:

“às vezes a gente esquece da camisinha”

“Se vai para um bar, conhece uma mina e vai para o hotel sem camisinha”

“saio com várias mulheres e camisinha não é bom para transa”

“meus amigos me chamam para beber em bar de bicha”

“já pensei que tinha pegado Aids ”

“difícil pedir para a pessoa fazer o teste e camisinha estoura”

“a gente confia na dona de casa, mas a gente pega lixo de gente com AIDS, tem risco”

Houve, ainda, três referências ao fato de conhecerem pessoas que morreram de Aids:

“(...)patrão da minha mulher morreu de Aids”

“Até numa cirurgia a gente pegar, tive um amigo assim”

“”meu primo morreu de Aids”.

Não ter motivos para se preocupar está relacionado ao comportamento pessoal presente, sem levar em consideração o passado.

Se analisadas à luz da teoria de Dejours(1987), estas justificativas para se preocupar com a Aids dizem respeito às seguintes categorias de percepção:

- 1- O risco real: aquele que é conhecido - nas falas expressa-se pelo reconhecimento de uma doença incurável que leva a pessoa à morte e a necessidade de prevenção;
- 2- O risco residual: aquele que perdura, apesar da proteção – expresso pela preocupação de que o preservativo estoure e a possibilidade de ser infectado por agulhas no lixo; e
- 3- O risco desconhecido – aquele que ainda não foi explicado e que só será conhecido se algum caso ocorrer, que se reflete em frases sobre a possibilidade de pegar no ar, no assento, em frutas e outras formas de transmissão mencionadas quando avaliavam as situações de risco (picada de mosquito, banco de ônibus e fómites em geral).

A fidelidade conjugal é o principal argumento para não se preocupar. Em vários casos, o passado é completamente apagado da memória, desconsiderado; consideram importante fator de segurança terem se casado com mulheres virgens e a fidelidade das esposas, sem levar em conta a sua própria vida:

“sou casado há quatro anos e o primeiro parceiro de minha mulher”

“eu não uso mulher na rua, tenho alguém em casa, confio nela”

mas, em alguns casos, certos advérbios mostram que esta fidelidade pode não ser tão completa:

“Geralmente tenho relação com minha esposa”

“sou meio fiel”

Um dos entrevistados(22 anos) afirmou não se preocupar por ter casado virgem e só ter sua esposa:

“Só com 21 anos fui conhecer mulher e agora tenho a minha”

Dos 262 entrevistados que afirmaram não ter motivos para se preocupar com a Aids, 13 mencionaram o uso de preservativo como fator que lhes dá segurança:

“Eu tenho minha mulher, se saio por aí uso camisinha”

“Eu uso camisinha”

“Não curto baratos com veado ou mulher sem camisinha, só com”

“quando saio com mulher nunca saio desprevenido”

“Não transei pessoa desconhecida ou sem camisinha”

Ter feito exame para HIV e o resultado ter sido negativo, constitui-se motivo de segurança. Do ponto de vista de frequência de respostas, foram três os entrevistados que justificaram com o fato de serem soro negativos sua despreocupação; mas, dada a contradição presente nestas situações considerou-se importante analisá-los.

Dois casos foram assim relatados:

“Uma vez saí com duas mulheres e depois vieram me dizer que elas tinham saído com um cara que estava com AIDS. Fiz exame e não deu nada”

“Já transei com mulher sem camisinha, fiz exame e não deu nada”

Este aspecto parece começar a apontar um dos aspectos da vulnerabilidade deste grupo: apesar de terem feito o teste anti - HIV não relataram nenhum tipo de orientação sobre prevenção a situações semelhantes.

Analisando as razões pelas quais os trabalhadores afirmam não ter preocupação, considerar a fidelidade como fator de segurança foi a mais freqüente.

Pode-se tentar traduzir a lógica deste pensamento nas seguintes premissas:

- a) Aids é uma doença que se pega por contato sexual promíscuo(usar mulher da rua, prostitutas e veados), além do uso de drogas injetáveis e transfusão de sangue(hospital);
- b) Eu não uso mulher da rua, nem mulher desconhecida, não uso drogas injetáveis;
- c) logo, só posso ser contaminado por acidente (seringa no lixo, hospital ou outra forma desconhecida de transmissão)”

Verifica-se que a base deste raciocínio está em tudo aquilo que foi amplamente divulgado acerca da síndrome e que se constitui no “*habitus*” que media a representação e os faz tomar como práticas preventivas a escolha de parcerias e a fidelidade conjugal, pois o preservativo deixa pouca margem de segurança visto que “estoura”, ou seja, apresenta um risco residual.

A mesma explicação pode ser dada para os que afirmaram não ter motivos para se preocupar, a partir dos dados da pesquisa parecem aplicar-se, da mesma forma, às justificativas dadas.

A referência ao exame negativo como fator de segurança em relação à síndrome parece estar bastante ligada a um mecanismo de negação, contrário à fantasia que explica o vírus como onipotente; neste caso, as pessoas parecem considerar-se imunes. Viveram situações que sempre ouviram dizer são de risco, no entanto, nada lhes aconteceu; desafiam, desta maneira o perigo, num claro exemplo de bravata, o mesmo comportamento que têm os trabalhadores diante dos riscos do seu trabalho(Dejours, 1987), o que reforça a idéia de que apesar de terem acesso a exames, não parecem ter sido bem orientados.

Na tabela 7 encontram-se os dados relativos ao valor social do uso do preservativo, expresso na questão “ o que seus amigos costumam falar sobre camisinha.

Os resultados apresentados são coerentes com as respostas dadas às questões anteriores. De acordo com os entrevistados, quando os amigos referem-se ao uso da camisinha há uma ênfase no fato de que a camisinha é um impeditivo ao prazer sexual, a baixa confiabilidade na sua eficácia como proteção e o reconhecimento da necessidade de uso somente com pessoas desconhecidas.

Mais uma vez está reproduzida a distância; embora quase a totalidade dos entrevistados afirmem que seus amigos reconhecem o preservativo como importante na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e enquanto método contraceptivo, 60% referem não acreditar que seus amigos a usem.

A baixa confiabilidade como um fator socialmente compartilhado também se faz presente: 64,3% dos entrevistados afirmaram que seus amigos comentam que não adianta usar o preservativo pois ele estoura.

Em relação ao fato de não conversarem sobre o uso do preservativo, pode-se notar que a porcentagem dos que afirmam não conversar sobre isso é pequena, o que parece demonstrar que existe uma preocupação em discutir socialmente esta questão.

Tabela 7 - Opinião dos amigos sobre o uso do preservativo. Coletores de lixo, São Paulo, 1997.

<i>OPINIÃO DOS AMIGOS SOBRE O PRESERVATIVO</i>	<i>SIM</i>		<i>NÃO</i>		<i>NÃO FALAM SOBRE ISSO</i>		<i>NÃO SEI</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
É ruim porque tira o prazer	415	85,0	33	6,8	33	6,8	7	1,4
Não adianta usar porque estoura	314	64,3	114	23,4	45	9,2	15	3,1
Deve usar só com quem não se conhece	384	78,5	63	12,9	33	6,7	9	1,8
Previne DST	429	87,7	34	7,0	24	4,9	2	0,4
Método contraceptivo	42	86,9	35	7,2	24	4,9	5	1,0
Dizem que precisa usar, mas você acha que não usam.	293	60,0	114	23,4	24	4,9	57	11,7

A tabela 8 mostra os resultados obtidos sobre a percepção pessoal acerca do uso da camisinha. Observa-se que apesar de considerarem (93,6% das respostas) que usar camisinha é preocupar-se com a saúde, quase metade dos entrevistados afirma não saber usar camisinha, 77,9% declara não confiar no preservativo, preferindo escolher suas parcerias sexuais, 76% responde que não precisa usar camisinha quando só tem uma pessoa com quem tem relação sexual, 69,5% afirma que não é necessário usar quando se tem um comportamento correto do ponto de vista moral: fidelidade, poucos parceiros, parceria única e 49% concorda que não ter camisinha não é fator impeditivo para ter a relação sexual.

Esta questão também foi muito comentada pelos entrevistados. O comentário mais freqüente foi a afirmativa de nunca ter usado camisinha, ou ter usado poucas vezes, principalmente entre os que concordaram com as asserções “é ruim porque tira o prazer” e “Não sabe usar camisinha”.

Uma contradição aparece quando confrontados os resultados apresentados nesta tabela e os da tabela 4, quando a avaliação “perigoso” foi atrativa para um número alto de entrevistados: 96,1% considerou que ter relações sexuais sem camisinha é muito perigoso ou perigoso para infectar-se, no entanto, 49% afirma que teria relação sexual mesmo sem o preservativo; ter relações sexuais com pessoa conhecida sem camisinha é considerado perigoso por 67,8% dos entrevistados; os comentários para a questão “se não tiver, vai assim mesmo” reforçam a idéia de que é importante conhecer a pessoa, visto um comentário constante foi “se for com pessoa conhecida”, exceção feita aos que referiram: “somente se for com a esposa”.

A doutrina de vida, a percepção de que não podem estar sujeitos à infecção pelo HIV, podem ser os elementos de mediação para o tema.

Reforçando esta idéia pode-se verificar como a adesão à idéia de que “quem é direito não precisa usar” com 81,8% de concordância mais uma vez parece demonstrar como cristalizou-se na população investigada a representação de que Aids é, efetivamente, uma doença daqueles que podem transgredir as normas morais e culturais impostas, dos que têm esta possibilidade concreta; esta idéia parece refletir-se também nas respostas dadas às asserções: é melhor escolher com quem transa do que usar camisinha (77,9% de concordância) e não precisa usar quando só tem um parceiro (76%).

Acerca da última categoria relacionada ao custo do preservativo e à situação social da compra, cumpre fazer algumas considerações sobre as condições objetivas destes trabalhadores que contradizem as respostas dadas. Apesar de 71% dos entrevistados não concordarem com a afirmação de que o preservativo é caro, sendo muito comentado por eles o fato de que “se tem dinheiro para pinga, também tem para camisinha”, a realidade os contradiz.

Considerando que ganham cerca de R\$500,00 mensais e que a família é composta por cerca de 5 pessoas, em média, a renda “per capita” é de R\$100,00. Segundo levantamento efetuado em alguns grandes supermercados e drogarias da cidade, o custo médio do preservativo mais barato é R\$ 3,80 a embalagem com 3. Se um destes homens tiver 3 relações sexuais em uma semana, gastará uma embalagem, o que representa R\$ 15,20 mensais. Pessoas que necessitam vender seus vale transporte e ir para o trabalho a pé ou de bicicleta para transformar estes vales em dinheiro, gastariam cerca de 3,04% de sua renda com preservativos.

Em números, este custo parece baixo, mas se considerado que o poder de compra de R\$ 15,20 é de cerca de 100 pães franceses, que têm um valor imediato de sobrevivência muito maior do que o preservativo.

Portanto, o significado desta resposta talvez esteja muito mais ligado a fatores psicossociais como a preservação de sua dignidade e a omissão das necessidades financeiras porque passam do que realmente uma possibilidade financeira de usar preservativo, o que seria, inclusive, restritivo às suas atividades sexuais, limitando o número possível das mesmas.

Reforça esta hipótese, o depoimento dos responsáveis pela área de Recursos Humanos das garagens que foram alvo desta investigação, no sentido de que, quando distribuídos, os preservativos são bem aceitos pelos trabalhadores e como são distribuídos apenas um para cada e somente durante a SIPAT, alguns solicitam mais, ou procuram pegar de colegas que os cedem.

Como indicativo de que a mensagem recebida durante anos acerca da baixa confiabilidade da camisinha, pode-se destacar a porcentagem de concordância (45,5%) com “não protege, porque nem sempre evita gravidez”.

Tabela 8 - Percepção pessoal sobre preservativo. Coletores de lixo, São Paulo, 1997.

<i>VOCÊ CAMISINHA</i>	<i>ACHA</i>	<i>QUE</i>	<i>CONCORDA</i>		<i>INDECISO</i>		<i>DISCORDA</i>	
			<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
É ruim porque tira o prazer			329	68,3	29	6,0	124	25,7
Não dá para confiar em camisinha, melhor escolher com quem transa			377	77,9	10	2,1	97	20,0
Não precisa usar quando só tem uma pessoa			371	76,0	10	2,1	107	21,9
Não protege porque nem sempre evita gravidez			221	45,5	47	9,7	218	44,9
Não sabe usar			192	39,4	18	3,7	277	56,9
Quem é direito não precisa usar.			400	81,8	17	3,5	72	14,7
Usar é preocupar-se com a saúde.			457	93,6	11	2,3	20	4,1
É método contraceptivo			340	69,5	10	2,0	139	28,4
Seria bom usar, mas se não tiver vai "a seco" mesmo.			239	49,0	17	3,5	232	47,5
É cara e embaraçoso comprar			137	28,4	3	0,6	342	71,0

Na tabela 9 estão os resultados obtidos acerca das doenças sexualmente transmissíveis.

As doenças sexualmente transmissíveis não são de notificação compulsória e a não disponibilidade destes dados tornou-se responsável pela inexistência de dados relativos a estas doenças. A partir da epidemia do HIV começou-se a dar maior importância a este quesito, uma vez que foram verificadas associações entre pré - existência das DST's e aumento no risco de contaminação pelo vírus.(Ministério da Saúde, 1997)

Não se tratou, neste trabalho, da associação entre DST e aumento do risco de contaminação do ponto de vista epidemiológico em seu sentido biológico, isto é, o aparecimento das ulcerações como fator que facilita a infecção. Considerou-se o

aparecimento de DST na população entrevistada como um “ sinal” da prática de relações sexuais sem proteção mecânica e demonstrativo da possibilidade de exposição ao HIV por sugerirem “situações de risco” vividas pelos entrevistados.

Tabela 9 – Doenças sexualmente transmissíveis relatadas por coletores de lixo, município de São Paulo, 1997

<i>DST RELATADAS</i>	<i>SIM</i>		<i>NÃO</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gonorréia	46	9,5	438	90,5
Condiloma acuminado	9	1,8	478	98,2
Sífilis	2	0,4	485	99,6
Pequenas feridas nos genitais	35	7,2	453	92,8
Pediculose pubiana	42	8,7	443	91,3
Corrimentos	26	5,4	459	94,6

Dentre os que relataram já terem tido gonorréia, 73,3% afirmaram ter buscado ajuda médica contra 20,5% que procuraram farmácias e 2,3% que tomaram qualquer tipo de antibiótico por conta própria. Desta maneira, a auto - medicação não foi a forma de tratamento relatada com maior frequência, o que parece mostrar terem acesso a serviços e tratamentos para doenças sexualmente transmissíveis. Todavia, se receberam algum tipo de orientação esta não se refletiu em suas respostas.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

6.1 - A mediação no processo de construção do conhecimento

Não é suficiente saber como se distribui, em termos de frequência, uma determinada representação numa população estudada, para desvelar seu sentido é necessário que se faça uma interpretação teórica que possibilite explicar como esse pensamento foi construído.

Desta maneira e com o objetivo de conhecer as mediações realizadas para a construção da forma de pensar Aids na população pesquisada, algumas variáveis foram associadas.

6.1.1- Representação e práticas preventivas - O papel dos valores religiosos, da doutrina de vida e da ciência.

A avaliação desta influência foi verificada pelo cruzamento das asserções correspondentes com a variável prática de religião. Foram cruzadas as respostas às questões dadas por aqueles que haviam afirmado praticar sua religião. Os aspectos a seguir descritos apresentaram uma associação estatisticamente significativa

A influência dos valores religiosos parece ser importante na estruturação da representação da Aids como castigo divino à homossexualidade a valores religiosos, uma vez que estas duas variáveis aparecem associadas ($p < 0,005$).

Isto é de fácil compreensão, visto que na tradição judaico - cristã a homossexualidade é vista como pecado a ser punido pela força divina. O episódio bíblico de Sodoma e Gomorra é a expressão deste julgamento da homossexualidade como pecado, nas entrevistas de grupo foco (Spinola, 1995) e que possibilita explicar esta percepção que tem suas bases na divulgação das primeiras teorias científicas acerca da Aids. Enquanto a ciência considerou-a como “doença do mundo gay” esta concepção encontrava amparo, na percepção popular, numa interpretação fundamentalista do episódio bíblico de Sodoma e Gomorra, além de ser uma das poucas explicações possíveis para esta camada da população com pouco ou nenhum acesso à educação formal.

Considerar que “ter diversos parceiros(as) sexuais e não usar preservativo” é perigoso também está associado à religião, cujos valores constituem-se na base matricial da doutrina de vida.

Em contrapartida, religião e uso do preservativo não se encontram associados, o que pode demonstrar que usar ou não preservativo depende muito mais da representação de Aids construída do que do seguimento de uma norma religiosa ou moral.

A idéia de ser contaminado pode ser insuportável por estar associada à morte e à exclusão social; no entanto a estratégia defensiva de comparar-se àqueles que estão “cientificamente” identificados com o risco de contaminação e não se identificar com eles, dá-lhes um argumento “racional” devido à impossibilidade concreta e assim os protege totalmente contra o HIV. Negar esta possibilidade é muito mais seguro do que conviver com o risco residual (rompimento do preservativo), restando-lhes a preocupação de estarem sujeitos apenas aos riscos desconhecidos (possíveis formas de transmissão ainda não descobertas pela ciência ou situações que fujam ao controle individual).

O risco do rompimento do preservativo também não surgiu gratuitamente.

Como afirma Boltanski (1968), a ciência tem a facilidade de “esquecer” aquilo que ela própria durante muito tempo tinha como verdade estabelecida.

Por décadas divulgou-se junto à população a ineficácia do preservativo como método anticoncepcional quando comparado com a alta eficiência da pílula, recomendada como o melhor método de planejamento familiar.

A favor deste pressuposto argumentava-se que o preservativo podia romper-se quando colocado de forma inadequada ou quando não utilizado no momento certo, permitindo que houvesse a fecundação do óvulo.

Os mesmos profissionais de saúde hoje divulgam a eficácia do preservativo na proteção à contaminação pelo HIV por impedir que fluidos corporais entrem em contato nas relações sexuais; esta inconsistência entre duas informações é reconhecida pela população investigada, uma vez que foi muito comentado quando se afirmava que o

preservativo é método anticoncepcional ser melhor que a mulher tomasse “comprimido” como é conhecida, popularmente, a pílula anticoncepcional.

Não se pode, também, sob pena de não analisar a questão das práticas preventivas sob todos os possíveis ângulos, deixar de reconhecer que o uso do preservativo se não é fator impeditivo ao prazer sexual, pode ser limitante.

Por oportuno, transcreve-se o seguinte trecho de Lima e outros (1996) sobre o uso do preservativo:

“Usuários constantes apontam como fatores de risco para ruptura ou escape: lubrificação vaginal insuficiente; sexo anal; utilização inadequada por más condições de armazenamento; não observação do prazo de validade, uso de lubrificantes oleosos, presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o espermatozoide na extremidade do preservativo; coito excessivamente vigoroso; tamanho inadequado em relação ao pênis; (...) perda de ereção durante o ato sexual; contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis e retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo(...) medidas adotadas para relativo controle destes fatores de risco envolvem inspeção do preservativo antes do uso: (...)recusa do sexo excessivamente vigoroso; utilização de preservativo em tamanho adequado e troca do preservativo durante coito prolongado.” (págs. 14 e 15)

Da leitura do texto transcrito pode-se notar como existe uma série de regras disciplinadoras do ato sexual. Deve-se reconhecer que o uso do preservativo implica, efetivamente, na limitação da vida sexual e até mesmo no controle de algumas reações próprias da sexualidade tais como a perda da ereção durante o coito e a contração da musculatura vaginal.

Em relação à realidade dos coletores de lixo, Santos (1996) aponta que a atividade física desenvolvida por estes trabalhadores muitas vezes interfere em sua vida sexual, por chegarem muito cansados em casa, além do fato de sentirem-se tão sujos, pelo fato do cheiro do lixo impregnar-se em suas roupas que relatam ter que tomar banho e passar álcool no corpo antes de poderem abraçar sua mulher e seus filhos.

Não se pretende, com isto, advogar uma pretensa ineficácia do preservativo na prevenção à Aids, mas demonstrar que há dificuldades concretas no seu uso e que este ato pode implicar num esforço de racionalidade num momento da vida humana governado, por sua própria natureza, pela pulsão da satisfação libidinal.

É certo que o uso freqüente do preservativo aumenta sua incorporação no ato sexual, diminuindo a possibilidade de ruptura. Mas entre a possibilidade (real e concreta) de um contágio, os entrevistados parecem preferir negar a possibilidade de contato com o vírus, o que garante proteção total (no imaginário), negação esta que encontra apoio na distância percebida entre eles e a síndrome.

A doutrina de vida que se pauta na fidelidade conjugal e na escolha de parceiros está na base dessa negação do risco, representando a segurança total reforçada pelo esquecimento do passado.

Considerando que os aspectos psicossociais referem-se à relação estabelecida entre o “eu” e as pessoas mais próximas, preservar uma determinada imagem com seus pares é de fundamental importância.

Reconhecer-se como exposto ao HIV, que se traduz concretamente no uso do preservativo, é negar sua imagem de decente honesto e assumir a antítese dessa imagem; significa também identificar-se com o “outro”, o transgressor ou no modo de falar religioso, com o pecador.

Uma pretensa fidelidade conjugal coaduna-se com toda proposição da doutrina de vida e com os valores religiosos; embora alguns reconheçam transgredir vez por outra esta regra, nem por isso introduzem o preservativo em suas vidas, uma vez que mesmo transgredindo “ escolhem suas parceiras”.

A fidelidade transforma-se numa forma ilusória de proteção que se concretiza na confiança em relação à esposa e que assegura, no entender dos entrevistados, a baixa possibilidade de infecção; é ilusória porque não existe uma implicação direta entre aquilo que se diz e o que se faz, além de que os entrevistados não consideraram, como já apontado situações do passado, limitando-se a analisar sua conduta no presente imediato.

O reconhecimento da Aids como doença que dá no sangue parece estar vinculado aos fragmentos de informação que chegam a esta camada da população.

Embora seja verdadeiro que ser infectado por transfusão de sangue é um risco maior no Brasil que nos países de 1º. mundo (Lima e colaboradores, 1996), trata-se aqui de discutir a frequência que a doação de sangue foi considerada como uma situação de risco (57,9% de muito perigoso e perigoso); esta discussão abordará os dois lados da situação que serão denominados, por questões práticas, de concreto e simbólico.

No plano do concreto pode-se considerar que a doação de sangue representa um perigo para os entrevistados por estes entenderem que o resultado do teste feito quando o sangue é doado (soropositivo) representa o perigo, a ameaça concretizada no fato de descobrir-se portador do vírus.

No plano simbólico, no entanto, pode-se aventar uma outra explicação: a situação de doação de sangue está na categoria mais ampla - situações que escapam ao controle individual - e desta forma, constitui-se em mais um risco desconhecido.

A favor desta tese encontram-se os comentários tecidos, levantando sempre questões ligadas ao imponderável: o material pode ser reutilizado e as condições de higiene do laboratório.

Se a Aids está no sangue, lugar onde se reproduz, qualquer situação que o envolva é perigosa, parece ser o raciocínio implícito nesta assertiva.

Quando justificaram os motivos para se preocupar, referiram-se muito ao perigo de morte e o fato de não conseguirem, ainda, compreender direito o que é Aids (73,1% dos entrevistados concordaram com a assertiva) o que pode favorecer o círculo vicioso - desconhecimento - medo - ansiedade.

Este desconhecimento acaba por permitir a representação fantasmática que torna impossível a convivência com a idéia da existência de uma “doença” que os possa atingir, levando-os inexoravelmente à morte e talvez pior, à exclusão social; o uso do preservativo pode concretizar a existência desse fantasma que precisam exorcizar.

Esta discussão pode parecer, às pessoas que trabalham com Aids, carregar de conteúdos emocionais o preservativo; considera-se que este deve ser um aspecto a ser melhor explorado em futuras pesquisas e ações educativas sobre o tema, visto que os resultados aqui obtidos parecem apresentar alguns indícios de uma forte carga afetivo - emocional, mediada pela matriz perceptiva enfatizada pela própria ciência.

A religião parece estar na base da doutrina de vida que emergiu das falas livres dos entrevistados, onde pode-se perceber a ausência da Aids enquanto tema de seu cotidiano; religião esta apreendida de seu núcleo familiar, a religião rural, eivada de superstições e interpretações medievais; um sistema de normas rígido que também objetiva mantê-los afastados da marginalidade que os ameaça de perto, que faz parte de seu cotidiano e que também lhes mostra o limite de suas possibilidades em todos os setores de sua vida. Isto faz com que o trabalho seja o valor maior, aquilo que os torna diferente dos demais, aquilo que os distingue como honestos, trabalhadores e pertencentes ao conjunto da sociedade, apesar do reconhecimento das privações por que passam e da dificuldade que representa desempenhar sua tarefa.

Vista por este prisma, a Aids parece ser um pouco sinônimo daquilo de que pretendem afastar-se ou daquilo que não faz parte do seu mundo: o abuso do prazer (“zoeira”), comportamento inadequado e improvável que torna inadmissível ou mesmo desnecessário o uso do preservativo; usá-lo é admitir um comportamento que não lhes pertence, não lhes diz respeito.

6.1.2 - Representação e fontes de informação

Tornou-se lugar - comum entre aqueles que trabalham com Aids afirmar que esta é a doença do outro.

Deve-se considerar que este pensamento não se construiu aleatoriamente na sociedade.

Esta percepção foi estruturada a partir da divulgação, principalmente nos meios de comunicação de massa, de determinadas teorias científicas que, até há bem pouco tempo, eram tidas como explicativas para a expansão da epidemia.

Para conhecer quais fatores contribuem para a formação da representação da Aids nesta categoria profissional, efetuou-se o cruzamento entre algumas variáveis: pensamento social, atribuição de “risco” a determinados tipos de pessoas e conhecimento das formas de transmissão com as fontes de informação apontadas pelos entrevistados.

Associadas à televisão ($p < 0,05$) estão as noções de “comportamento promíscuo”, traduzido na questão pela expressão: “quem transa com muitas pessoas e não usa camisinha”.

Reforçando a suposição de que sua representação está baseada na divulgação da “teoria dos grupos de risco”, as formas de contaminação que estão associadas a este veículo de comunicação são relações sexuais sem uso do preservativo, beijo na boca e uso compartilhado de seringas; à exceção do beijo na boca, relações sexuais sem preservativo e uso compartilhado de seringas são aspectos que podem estar muito ligados ao conhecimento que tinham sobre a vida privada de algumas figuras públicas que morreram de Aids, ou que foram infectadas pelo vírus.

Considera-se interessante comentar que o risco atribuído pelos entrevistados nestas três situações foi igual, ou seja, consideraram que contaminar-se por beijo na boca é tão “perigoso” quanto contaminar-se por relações sexuais com proteção ou em assentos de ônibus (30% de perigoso para beijo na boca, 32,2% de perigoso para relações sexuais com camisinha e 31% para assento de ônibus).

Estes resultados parecem, mais uma vez, reforçar a idéia do imponderável, do risco residual e do desconhecido que permeia o imaginário dos entrevistados.

Outra variável associada à televisão é a tendência a concordar com a afirmativa “usar camisinha é bom para a saúde”. Pode-se dizer que esta assertiva é o que se convencionou chamar de “politicamente correto” ou o discurso oficial e a porcentagem de concordância (96,5%) com esta afirmação pode expressar a necessidade que os entrevistados têm de demonstrar conhecimento e uma posição “socialmente valorizada”, uma vez que se comparada com a frequência de respostas a “não sabe usar camisinha” (39,4%) ou dos que admitem não precisar dela (76%) por ter um parceria única, nota-se a incoerência entre considerar camisinha como algo “bom” e o uso da mesma.

Em relação ao tipo de pessoa que pode contaminar-se, os entrevistados parecem ter sido fortemente marcados pela divulgação televisiva principalmente no que diz respeito aos casos conhecidos e comentados entre figuras públicas (artistas e intelectuais) que foram vítimas da Aids e notícias nos telejornais do país, reforçando a percepção que têm acerca das pessoas que contraíram ou que venham a contrair o vírus.

A associação estatística entre obter informações pela TV e considerar como de risco relações sexuais anais com diferentes mulheres parece refletir o impacto de recente campanha do Ministério da Saúde.

Desta maneira, a conclusão lógica do raciocínio parece estar mais uma vez demonstrada: se não são “promíscuos”, não usam drogas injetáveis, não são “bichas” (como entendem este termo) não há porquê preocupar-se com a possibilidade de contágio.

A escolha da parceira no caso dos solteiros ou a fidelidade à esposa, nos casados, também são justificativas para não haver preocupação em relação à possibilidade de contaminação.

Os demais veículos de comunicação de massa (imprensa falada e escrita) também foram indicados como fonte de informação.

Ao rádio estão associadas as seguintes variáveis: conhecer as formas de transmissão do HIV, reconhecer a existência da síndrome e considerá-la, ainda, uma doença exclusiva dos então chamados “grupos de risco”.

O rádio ainda é responsável pela avaliação de “perigoso” para comportamentos: “relações sexuais com camisinha”, “doação de sangue”, “uso compartilhado de seringas”, “assento de ônibus”.

6.1.3 –O hiato entre conhecimento e prática* (o uso/não uso do preservativo)

Para procurar avaliar se o conhecimento representa uma adoção das práticas preventivas preconizadas pelos profissionais de saúde, as respostas à questão sobre

* Utilizou-se a mesma terminologia de Rodrigues (1996) por entender-se que exprime com clareza e precisão o descrito neste item. (Nota da autora)

mecanismos de transmissão foram agrupadas de acordo com o seguinte critério: no grupo 1 foram incluídos os que responderam acertadamente as formas de transmissão; no 2 os que tinham dúvidas e no 3 os que não conheciam adequadamente as formas de transmissão.

Cruzados com a questão referente à opinião pessoal sobre uso do preservativo, houve associação estatística ($p < 0,02$) entre conhecimento e concordância com a assertiva “não precisa usar camisinha se só transar com uma pessoa” e “seria bom usar, mas na hora ‘h’ se não tem, vai ‘a seco’”, isto é, o grupo que conhecia melhor os mecanismos de transmissão tendeu a concordar em maior frequência com estas assertivas do que o grupo que não conhecia adequadamente estes mecanismos.

Esta associação estatística parece comprovar o raciocínio que foi desenvolvido neste trabalho: o conhecimento sobre as formas de transmissão faz com que a população - sujeito desta pesquisa passe a comparar seu comportamento com o dos “outros”, ou seja, os chamados comportamentos “de risco”, avaliem que não se identificam com estes comportamentos, logo não existem possibilidades concretas de infectar-se pelo HIV, portanto não precisam usar o preservativo.

Como já salientado, esta avaliação diz respeito ao comportamento presente, não se referindo ao passado e sempre correspondendo às suas condições objetivas, tal como eles a vêem.

6.2 - A mediação e a vulnerabilidade.

A representação que os sujeitos deste trabalho construíram acerca da Aids partiu da matriz perceptiva que os faz compreender a síndrome como uma “doença” que não pertence ao universo social no qual estão inseridos.

Para Mann (1993), a diminuição da vulnerabilidade, no plano cognitivo, está ligada à consciência da vulnerabilidade pessoal e do(s) parceiro(s) sexual(is), tanto no presente como no passado. Sob este prisma, pode-se considerá-los vulneráveis, visto que parecem não estarem conscientes da possibilidade de infectar-se a não ser por vias ocasionais ou acidentais, situações estas que não podem controlar; esquecem, ainda, de seu passado e da(s) parceria(s) que tiveram, analisando-se apenas pelas ações presentes.

Em relação ao comportamento sexual auto - determinado(outro critério estabelecido por Mann), afirmaram optar pela monogamia ou “escolha” de parcerias, preferindo-as ao uso do preservativo. Esta opção parece ser mediada pelo “*habitus*” de considerar a mulher sob dois papéis diferenciados: o da mãe, esposa e dona de casa, em suma a “minha” mulher” e as mulheres “ da rua”, “da vida”, “de todos”. A expressão “usar” como sinônimo de manter relações sexuais, muito utilizada por eles, pode configurar também a perspectiva sob a qual vêem a questão feminina: apesar de reconhecerem o mérito de “suas” mulheres, estas realmente são de sua propriedade e, portanto, quase inquestionável sua exclusividade.

Esta visão da mulher ainda é muito comum na sociedade brasileira e, segundo Aragão (apud.Heilborn,1992) que valoriza intensamente o mundo da “casa” e que se transformou num “*habitus*” que este grupo reproduz tanto mais durável aqui quanto é reduzido seu capital simbólico e econômico.

No que se refere às habilidades de uso do preservativo, pode-se verificar que, mediante esta construção que elaboram não consideram que seja necessário usá-lo e, com isto, mais do que sujeitos ao risco da infecção, fazem parte de um grupo cuja vulnerabilidade pode ser considerada de média para alta.

Mann(1993) ressalta, finalmente que a vulnerabilidade social está relacionada à situação de um país como um todo e entre as variáveis consideradas encontra-se a alfabetização, a média de anos de escolaridade e o índice de Desenvolvimento Humano, cujo peso é o maior dentre todos os demais critérios; enquanto o acesso à informação, despesas com saúde, acesso a tratamento, mortalidade antes dos 5 anos, condição geral das mulheres no país, índice de liberdade humana e relação entre despesas militares e gastos com saúde e educação recebem peso 1 na avaliação da vulnerabilidade social de um país, o índice de Desenvolvimento Humano recebe peso 3.

O Brasil, para Mann(1993) tem um índice de vulnerabilidade médio e os sujeitos desta pesquisa parecem espelhar, de maneira bastante adequada as condições e a vulnerabilidade de uma parcela bastante grande da população do país que ocupa posições semelhantes no campo social.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações da Aids na população estudada - coletores de lixo de empresas que atuam no município de São Paulo - são construídas a partir das informações recebidas e de sucessivas mediações realizadas até sua forma final; as informações parecem ter sido o ponto de partida para a identificação da Aids como doença daqueles que, de uma forma ou outra, abusaram do prazer sexual.

As primeiras informações científicas recebidas, e que se tornaram a base da matriz perceptiva respaldam-se na teoria dos “grupos de risco”; a partir da doutrina de vida e dos limites reconhecidos de suas possibilidades, os entrevistados parecem comparar seu comportamento com o do “outro” grupo; acabam, desta forma, por concluir que seu comportamento pessoal não é igual ao dos “outros” e que podem prescindir do preservativo.

Desta forma, acabam por negar a própria exposição ao vírus mediante uma racionalização de seus atos, que pode não corresponder à realidade de suas ações, mas os protegem do vírus.

As práticas preventivas dizem mais respeito a manter um comportamento que siga as regras da doutrina do que usar o preservativo, que pode representar o rompimento das normas.

As representações assim construídas acabam por fazê-los considerar como importantes (sinônimo que se utiliza neste trabalho para “perigoso”) mecanismos de transmissão que não são reconhecidos pela ciência como tais; reconhecer Aids como um castigo divino à homossexualidade e avaliar que somente se está exposto ao vírus quando se tem relação sexual com pessoa pouco conhecida ou com “mulheres da rua”, práticas pouco comuns em suas vidas.

Adotam, assim, práticas preventivas como casar-se, de preferência com uma mulher virgem ou de boa família que seja fiel e ser “geralmente” fiel, “adulterar poucas vezes e

sempre com pessoa conhecida”. Procedendo desta maneira consideram estar “a salvo” da contaminação.

Comparados com os critérios estabelecidos por Mann e colaboradores para avaliação da vulnerabilidade ao HIV, pode-se considerar a população aqui estudada como vulnerável: são homens ativos sexualmente que não adotam práticas de sexo seguro e muitos confessaram não ser mutuamente monogâmicos; apesar de saberem quais as formas e os riscos da transmissão sexual do HIV e do modo de prevenção, optam pela fidelidade como forma de prevenção e uma porcentagem grande afirma não saber como usar o preservativo.

Afirmam, entretanto, procurar reduzir o número de parceiros e escolhê-los através do conhecimento da pessoa, que parece implicar numa avaliação de um comportamento pretensamente conhecido.

Alguns afirmaram preocupar-se, em função de suas esposas ou companheiras e dos filhos; a frequência maior foi a preocupação enquanto uma doença que, como outra qualquer, representa um risco para a sobrevivência, não só por ser fatal, mas por provocar enfraquecimento físico e incapacidade para o trabalho.

São, todavia, vulneráveis socialmente, pois não têm acesso ao preservativo, tanto pelo custo quanto pelo preconceito com que este é visto.

Esta pesquisa não procurou investigar as práticas sexuais nesta categoria, nem frequência e uso do preservativo, sua ênfase foi mais na construção da representação e das práticas destes trabalhadores, estudos futuros poderiam ter como foco estas questões.

É importante também reconhecer a dificuldade em reconstruir a intrincada teia de mediações que parecem estar na base das representações aqui apresentadas; em alguns momentos, a retomada de determinados aspectos fez-se necessária, no sentido de não se perder a trama teórica dessa construção.

Acredita-se, no entanto, ter contribuído no sentido de, ao desconstruir o conhecimento existente, ter levantado algumas características que permitam o desenvolvimento de

ações que contemplem o universo de representações aqui descrito e desta forma se possa diminuir a vulnerabilidade desta camada da população, que possuem um perfil sócio - econômico semelhante a uma grande parcela da população brasileira.

À medida que se conhece as bases sobre as quais o conhecimento(representação) é construído torna-se menos difícil para o profissional de saúde cotejar suas informações com os valores subjacentes ao segmento a que são dirigidas suas ações, o que pode propiciar maior aproximação entre o que é dito e o que é compreendido.

A matriz de percepção, o *"habitus"* desta população em relação à Aids parece ser o mesmo dos primeiros conhecimentos que a ciência desenvolveu: doença fatal, marcada pelo estigma da marginalidade e do "pecado" do ponto de vista moral e religioso e que provoca nos coletores de lixo uma repulsa à idéia de que possam estar sujeitos à infecção pelo HIV; a análise comparativa entre seu próprio comportamento e o comportamento daqueles que estão "sujeitos à Aids" parece levá-los à conclusão de sua "imunidade" e a não necessidade do uso do preservativo, quando se comparam aos que podem "viver a vida" e que são as pessoas que correm maior "perigo" de infectar-se.

Acrescente-se a todo este pensamento, o peso econômico que o uso sistemático do preservativo pode ter em suas vidas, associado às questões da quebra de confiança e intimidade na vida sexual; sexo seguro como representação da ameaça de morte e, talvez pior, a exclusão social, uma vez que o preservativo torna presente a Aids, a doença, a ameaça..., pode estar traçada uma linha de intervenção mais adequada a este segmento sócio - profissional.

Considera-se, por fim, necessário tecer algumas sugestões para diminuição da vulnerabilidade desta população.

A grande questão que parece estar colocada é: estes homens não precisam de mais informação. Parecem deter um razoável grau de informação sobre Aids e suas formas de transmissão, bem como da maneira adequada de prevenir-se; portanto, ações que se proponham a meramente transmitir mais informações podem resultar inócuas.

Quando comparados ao grupo dos homossexuais, podemos aventar a tese de que as ações preventivas neste grupo começaram a ser muito mais efetivas, à medida que estes

foram conscientizando-se de sua cidadania; as ações preventivas da Aids passaram necessariamente pela recuperação da cidadania dos homossexuais.

Sob o ângulo das políticas públicas do país, os coletores de lixo especificamente e a população com perfil semelhante encontram-se em níveis de exclusão social que quase os alijam da cidadania; parece-nos que qualquer medida de prevenção deve também passar por este resgate de seu poder político (de cidadão) para que possam ser realmente eficazes.

Do ponto de vista da saúde pública convencional, talvez o desenvolvimento de ações que privilegiem a discussão em pequenos grupos de todas as mediações construídas, permitindo a desconstrução e reconstrução do conhecimento sobre a síndrome, possam resultar mais eficientes e eficazes na mudança do comportamento, notadamente no que diz respeito à prática do sexo seguro.

Referências Bibliográficas

- André, L. M. - **Heróis da lama: sobrecarga emocional e estratégias defensivas no trabalho de limpeza pública**. [Dissertação de mestrado], Faculdade de Saúde Pública - USP, S. Paulo, 1994.
- André, L.M.; Silveira, C. & Spinola, A.W.P. - **Representação social da AIDS em trabalhadores braçais: um ensaio teórico - metodológico**. Relatório de pesquisa, S. Paulo, 1995, mimeo.
- Ariès, P. - **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- Barbosa, R. H. S. - As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: Czeresnia, D.; Santos, E.M; Barbosa, R.H.S & Monteiro, S. org. - **AIDS. Pesquisa social e educação**. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec/ABRASCO, 1995.
- Berquó, E. & Souza, M. - Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In: Loyola, M. A org. - **AIDS e sexualidade. O ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, RELUME DUMARA/UERJ, 1994.
- Boltanski, L. - **La decouverte de la maladie. Le diffusion du savoir médical**. Paris, Géme., 1968 (mimeo)
- Boltanski, L. - **Prime éducation et morale de classe**. Paris, Mouton/La Haye, 1969.
- Bourdieu, P. - Espaço social e poder simbólico. In Bourdieu, P. - **Coisas ditas**. S. Paulo, Ed. Brasiliense, 1986b, págs. 149-168.
- Bourdieu, P. - Fieldwork in philosophy. In Bourdieu, P. - **Coisas ditas**., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1986a, págs. 15-48
- Bourdieu, P. - **O poder simbólico**. R. de Janeiro, Ed. Bertrand Brasil S/A., 1989.

- Bourdieu, P. - Esboço de uma teoria da prática. in: Ortiz, R. org. - **Pierre Bourdieu**. S. Paulo, Ática, 1983, págs.46-81.
- Buchalla, C.M.- **A síndrome da imunodeficiência adquirida e a mortalidade masculina de 20 a 49 anos, no município de S. Paulo 1983 a 1986**. [Tese de doutorado], S. Paulo, Faculdade de Saúde Pública - USP.
- Camargo Jr. , K. R. - **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências. Discursos médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro, ABIA/RELUME - DUMARA, 1994.
- Cattania, J. a; Kegeles, S.M. & Coates, T.J. - Towards na understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM) **Health education quaterly** 17(1); 53-72, 1990.
- Centro de Referência e Tratamento DST/AIDS, Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - **Boletim Epidemiológico. AIDS, 15 anos de epidemia**. agosto de 1995.
- Crochík, J.L. - O conceito de representação social: a questão do indivíduo e a negação do outro. **Psicologia USP**, S. Paulo, 5(1/2); 173-95, 1994.
- Dejours, C. - **A loucura do trabalho. Estudo da psicopatologia do trabalho**. S. Paulo, Oboré Ed.,1987.
- Freud, S. - **O mal – estar na civilização**. Rio de Janeiro, Imago, 1974 (edição standard brasileira das obras completas)
- Gir, E.; Moriya, T.M. & Figuciredo,M.A.C. - **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia, AB Ed., 1994.
- Giffin, G. - Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. **Soc.Sci.Med.** 46(2); 151-156

- Gillies, P. - The contribution of social and behavioral science to HIV/AIDS prevention. In: Mann, J. & Tarantola, ed. . - **AIDS in the world II. Global dimension, social roots and responses**. New York, Oxford University Press, 1996.
- Grangeiro, A. - O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS na cidade de S. Paulo. in: Parker, R.; Bastos, C.; Galvão, J.; Pedrosa, J.S. orgs. - **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume/Dumará, 1994, págs. 91-125.
- Guirado, Marlene - **Psicanálise e análise do discurso. Matrizes institucionais do sujeito psíquico**. São Paulo, Summus Editorial, 1995.
- Heilborn, Maria Luiza - Fazendo gênero? A Antropologia da mulher no Brasil. in: Costa, Albertina de Oliveira & Bruschini, Cristina - **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro, 1992.
- Jahoda, G. - Critical notes and reflections on "social representation". **European Journal of Social Psychology**, 18; 211-50, 1988
- Jodelet, D. - Représentation sociale: phénomènes, concepts et théorie. in: Moscovici, S. org.- **Psychologie Sociale**. Paris, Presses Universitaire de France, 1984, pags. 357-378.
- Kathleen, I. et al - Knowledge, attitudes and beliefs about HIV infection and AIDS among healthy factory workers and their wives, Kinshasa, Zaire. **Soc. Sci. Med.**; 32(8); 917-930, 1991.
- Lewin, K. - **Problemas de dinâmica de grupo**. S. Paulo, Cultrix, 2a. ed., 1973, pags. 159-172.
- Lima, Ana Lúcia M. (org) - **Perguntas e respostas. HIV/AIDS. Uma equipe multiprofissional da USP tira as suas principais dúvidas**. São Paulo, Ed. Atheneu, 1996.
- Loyola, M.A. - AIDS e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. in Loyola, M.A. org.- **AIDS e sexualidade. O ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro, Relume/Dumara, 1994.

- Lupton, D. - The condom in the age of AIDS: newly respectable or still a dirty word? A discourse analysis. **Qualitative health research** 4(3);304-320, 1994.
- Lwanga, S.K. & Lemeshow, S. - **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, World Health Organization.
- Maingueneau, D. - **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas, Editora UNICAMP/Pontes, 2ª. ed., 1993.
- Mann, Jonathan M. & Tarantola, Daniel S.M. - **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro, Ed. Relume/Dumara, 1993.
- Mann, Jonathan M. & Tarantola, Daniel S.M - **Aids in the world II. Global dimensions, social roots and responses. The Global Aids policy coalition**. New York, Oxford University Press, 1996.
- Meihy, José Carlos S. Bom - **Manual de história oral**. São Paulo, Edições Loyola, 1996.
- Moscovici, S. - **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- Parker, R. - Sexo entre homens: consciência da AIDS e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. in: Parker, R.; Bastos, C.; Galvão, J.; Pedrosa, J. S. orgs. - **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume/Dumará, 1994, págs. 129-149.
- Parker, R. - Sex research in response to AIDS. In: Mann, J. & Tarantola, eds. - **AIDS in the world II. Global dimensions, social roots and responses**. New York, Oxford University Press, 1996.
- Rodrigues, A.M. - Práticas e representações de pequenos funcionários públicos de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 11(4);85-193, 1989.
- Rodrigues, A. M. - O hiato entre conhecimento sobre as vias de transmissão e as práticas de prevenção da AIDS entre estudantes da USP: a atuação das ideologias coletivas de defesa. **Psicologia USP** 7(1/2);51-71.1996

Rodrigues, A.M. - **Instruções para entrevista.** s/d. mimeo.

Rosen, George - **Uma história da saúde pública.** São Paulo, Editora UNESP/HUCITEC/ABRASCO,1994.

Santos, T. L. Ferreira dos – Coletores de lixo: a convivência diária com a sujeira da cidade – um breve relato. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** (85/86);vol.23:43-54.

Silva, Nilza Nunes - **Amostragem probabilística.** São Paulo, E.P.U., 1998.

Villela, W. - **Homens que fazem sexo com mulheres. Prevenindo a transmissão sexual do HIV. Proposta e pistas para o trabalho.** São Paulo, NEPAIDS, 1997.

ANEXOS

ANEXO I

FORMULÁRIO

Iª PARTE CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA	
1 - Idade _____	
2 - Onde você nasceu? _____	
3 - Seu pai estudou até que ano? (1) Não estudou _____ (2) 1º.grau incompleto _____ (3) 1º.grau completo _____ (4) 2º.grau incompleto _____ (5) 2º.grau completo _____	
4 - Sua mãe estudou até que ano? (1) Não estudou _____ (2) 1º.grau incompleto _____ (3) 1º.grau completo _____ (4) 2º.grau incompleto _____ (5) 2º.grau completo _____	
5 - Profissão do pai _____	
6 - Profissão da mãe _____	
7 - Onde nasceram seus pais? _____ _____	
8 - Mudaram de cidade? (1) Sim _____ (2) Não _____	
8A - Há quanto tempo você vive em S. Paulo? _____	

9 - Você estudou até que ano?

- (1) Não estudou _____
- (2) 1º grau incompleto _____
- (3) 1º grau completo _____
- (4) 2º grau incompleto _____
- (5) 2º grau completo _____
- (6) Está estudando _____

Série _____

10 - Com quem você mora?

- (1) Sozinho _____
- (2) Com os pais _____
- (3) Casado, mora com esposa _____
- (4) Mora com amigos _____
- (5) Mora com companhia _____
- (6) Outros _____

Qual? _____

11 - Qual a sua Religião

- (1) Católico _____
- (2) Evangélico _____
- (3) Protestante _____
- (4) Umbanda _____
- (5) Espírita _____
- (6) Ateu _____
- (7) Nenhuma _____
- (8) Outra _____

Qual? _____

11A - Você pratica sua religião?

- (1) Sim _____
- (2) Não _____

12 - Você já ouviu falar de doenças que se pega de mulher?

- (1) Sim _____
- (2) Não _____

12 A - Você já teve alguma dessas doença?

- (1) Sim _____
- (2) Não _____

2ª PARTE
FOUNEST - BUSCA ATIVA DE INFORMAÇÕES SOBRE AIDS.
CONHECIMENTO SOCIAL E REPRESENTAÇÕES.

13- (Para ser feita apenas a cada 10 entrevistados)

Eu gostaria que você me falasse o que lhe vem à cabeça quando eu digo a palavra AIDS. **(gravado)**

14 - Eu vou ler uma lista de lugares onde as pessoas já ouviram falar sobre AIDS. Gostaria que você me dissesse em qual ou quais destes lugares você já ouviu falar sobre AIDS.

(1)Televisão _____

(2)Rádio _____

(3)Jornais ou revistas _____

(4)Conversando com os amigos _____

(5)Na empresa _____

(6)Outro _____

Qual? _____

15 - Você procura se informar sobre a AIDS? (resposta espontânea)

(1)Sim _____

(2)Não _____

15 A - Por quê? _____

Nesta questão, utilize o seguinte código:

- 1- concorda
- 2- indeciso
- 3- Discorda

16 - O que você pensa sobre a AIDS?(Pode responder mais de uma)

a)É uma doença que dá no sangue, faz a pessoa emagrecer, perder os cabelos e ir definhando até morrer_____

b)É uma doença que já estava prevista na Bíblia para anunciar o fim dos tempos_____

c)É uma doença que se pega por relações sexuais, uso compartilhado de seringas e transfusão com sangue não testado_____

d)É um castigo de Deus porque os homens começaram a procurar outros homens em vez de procurar mulheres_____

e) Já ouviu falar muito, mas não entende direito o que é_____

f)É uma invenção para vender camisinha_____

g)É uma doença que só dá em prostituta, drogado, traficante, bicha e em gente que transa com muitas pessoas diferentes_____

17 - Na sua opinião, pegar AIDS:

a)- por beijo na boca é:

- (1)Muito perigoso_____**
- (2)Perigoso_____**
- (3)Tem dúvida_____**
- (4)Pouco perigoso_____**
- (5)Não tem perigo_____**

b)- Pelo suor:

- (1)Muito perigoso _____**
- (2)Perigoso_____**
- (3)Tem dúvida_____**
- (4)Pouco perigoso_____**
- (5)Não tem perigo _____**

c)- Por qualquer tipo de relação sexual com camisinha:

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

d)- Recebendo sangue não testado:

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

e) - Doando sangue:

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

f)- Usando drogas na veia com a mesma seringa de outra pessoa:

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

g)- Por abraço e aperto de mão

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

h) - Por qualquer tipo de relação sexual sem camisinha:

- (1)Muito perigoso _____
- (2)Perigoso _____
- (3)Tem dúvida _____
- (4)Pouco perigoso _____
- (5)Não tem perigo _____

i)- Sendo picado por um mosquito que picou alguém com AIDS:

- (1)Muito perigoso _____
(2)Perigoso _____
(3)Tem dúvida _____
(4)Pouco perigoso _____
(5)Não tem perigo _____

j) - Sentando no ônibus quando o assento está quente de outra pessoa

- (1)Muito perigoso _____
(2)Perigoso _____
(3)Tem dúvida _____
(4)Pouco perigoso _____
(5)Não tem perigo _____

l) - Tendo relação sexual com pessoa conhecida sem camisinha:

- (1)Muito perigoso _____
(2)Perigoso _____
(3)Tem dúvida _____
(4)Pouco perigoso _____
(5)Não tem perigo _____

m)- Você acha que te algum outro jeito que é perigoso pegar AIDS e que eu não falei?(se sim, faça a questão N)

- (1)Sim _____
(2)Não _____

n) - Qual? _____

18- Agora eu vou ler uma lista de tipos de pessoas. Gostaria que você me dissesse quais destes tipos você acha que correm perigo de pegar AIDS.

a) - Dona de casa, fiel ao marido ou companheiro

- (1) Sim _____
(2)Não _____
(3)Não sei _____

b)- quem transa com pessoa que não conhece direito

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não sei _____

c)Quem transa com muitas pessoas e não usa camisinha.

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não sei _____

d) - homem que transa com travesti ou bicha fazendo o papel de homem (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
e) - homem que transa com travesti ou bicha fazendo o papel de mulher (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
f) - homem que gosta de pular a cerca (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
g) - travestis e bichas: (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
i)- mulher que só transa com mulher (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
j) - prostituta (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
k) - homem que transa com mulher que não é “séria” (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
l) - homem que só de vez em quando transa com homem (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____
m) homem que gosta de “brincar por trás” com diferentes mulheres (1)Sim _____ (2)Não _____ (3)Não sei _____

n) - homem que faz sexo com homem usando camisinha

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não sei _____

19 - (Para aqueles que responderam à pergunta 13 aberta, abrir esta e gravar)- Você acha que tem motivos para se preocupar com a AIDS? Por quê?

19 -(Para os demais) Você acha que tem motivos para se preocupar com a AIDS?

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não sei _____

19 A - Por quê? _____

20- Em relação à camisinha, os seus amigos costumam falar que:(estimulada)

(Pode responder mais de uma.)

a)É muito ruim, porque tira o prazer

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

b)Não adianta usar camisinha, porque ela estoura.

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

c)Deve usar camisinha só com quem não conhece direito

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

d)Camisinha é para evitar pegar doenças venéreas

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

e)Camisinha é para evitar filhos

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

f)Dizem que precisa usar camisinha, mas você acha que eles não usam.

- (1)Sim _____
(2)Não _____
(3)Não falam sobre isso _____
(4)Não sei _____

Use o seguinte código:

- Concorda (1)
indeciso (2)
discorda (3)

21 - O que você pensa sobre a camisinha? (pode responder mais de uma)

a) É ruim porque tira o prazer _____

b)Não dá para confiar em camisinha, é melhor escolher bem com quem se transa _____

c)Não é preciso usar camisinha quando só se tem uma pessoa com quem se transa _____

d)Camisinha não protege porque tem gente que teve filho usando camisinha _____

e)Não sabe usar camisinha _____

f)Camisinha é para evitar filho _____

g)Usar camisinha é se preocupar com a saúde _____

h)Quem é direito, faz sempre as coisas como devem ser, não precisa usar camisinha _____

i)Seria bom usar, mas na hora “h”, se não tem, vai “a seco” mesmo _____

j)Seria bom usar, mas é caro e muito chato ficar comprando camisinha _____

22 - Você é capaz de conhecer quando uma pessoa está com AIDS?

(1) Sim _____

(1) Não _____

(3) Não sei _____

22 A - Por quê? _____

23 - Alguma vez você teve:

a)Gonorréia

(1) Sim _____

(2) Não _____

b)“Crista de galo

(1) Sim _____

(2) Não _____

c)Sífilis

(1) Sim _____

(2) Não _____

d)Pequenas feridas no sexo que logo desapareceram

(1) Sim _____

(2) Não _____

e)“Chato”

(1) Sim _____

(2) Não _____

f) Corrimento ou coceira no sexo

(1) Sim _____

(2) Não _____

(no caso de SIM, assinalar a(s) letra(s) correspondentes

Há quanto tempo? _____

24- Como você se tratou? (espontânea)

a) Foi ao médico e ele receitou uns remédios

(1) Sim _____

(2) Não _____

b) Procurou o farmacêutico, tomou os remédios que ele mandou e ficou bom

(1) Sim _____

(2) Não _____

c) Tomou antibiótico por conta própria

(1) Sim _____

(2) Não _____

d) Outro _____

Qual? _____

OBSERVAÇÕES: _____

_____ **OBRIGADO!**

ANEXO II

ENTREVISTA ABERTA¹

1. Abordagem:

“Eu e mais um grupo de pessoas estamos fazendo uma pesquisa para saber como é a vida das pessoas, saber o que elas fazem, sentem pensam, acham das coisas... Nós vamos falar com muita gente, o nome delas nem nos interessa. Se o Sr. preferir, nem precisa me dizer o seu verdadeiro nome, basta um nome qualquer para eu poder identificar a fita. Depois nós vamos juntar tudo o que as pessoas nos disseram, estudar, analisar e escrever um trabalho sobre a vida das pessoas, como ela é mesmo. Por isso eu gostaria, eu queria pedir para o Sr. falar tudo o que o Sr. quiser, tudo o que vier à sua cabeça, o que faz, o que acha, o que pensa, o que sente. Tudo o que o Sr. me contar, qualquer coisa, me interessa.”

A partir deste momento, nenhuma outra intervenção é feita pelo entrevistador, a não ser no sentido de reforçar a fala, com frases como: “muito bem, está ótimo, é isso mesmo”, ou então repetindo as últimas palavras ditas pelo entrevistado.

A entrevista não deve ser interrompida para pedidos de explicação sobre algo que o entrevistador não compreendeu.

Após a entrevista, percebendo-se que o entrevistado não vai falar mais nada, mesmo depois de muita insistência, passa-se à segunda parte, dizendo: “Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas”

O gravador permanece ligado nesta segunda parte, também.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Eu gostaria que você me dissesse o que lhe vem à cabeça quando eu digo a palavra AIDS.
2. Você acha que tem motivos para se preocupar com a AIDS? Por que?
3. Onde nasceram seus pais?
4. Mudaram de cidade, ou ficaram sempre no mesmo lugar? Se mudaram, para onde foram, com que idade e quanto tempo permaneceram em cada local?
5. Em que seus pais trabalhavam?
6. Quantos filhos vocês são? Diga a idade e sexo de cada um.
7. Onde você nasceu?
8. Mudou de cidade? para onde foi, com que idade e quanto tempo permaneceu em cada local?
9. Qual a sua idade?

¹ Adaptado de Rodrigues (1995), Instruções para entrevista. (mimeo)

10. Quanto tempo você estudou?
11. Seus irmãos estudaram até que ano?
12. Com que idade você começou a trabalhar? Em que você trabalhava?
13. Em que você trabalha hoje?
14. Quanto você ganha?
15. Qual a sua religião? você ou alguém de sua família se converteu a outra religião? Quem? Quando?
16. Com quem você mora?
17. Qual o seu estado civil?

ANEXO III -

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA ENTREVISTADORES

**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS PREVENTIVAS DA AIDS EM COLETORES DE LIXO
(MUNICÍPIO DE SÃO PAULO)**

**COLETA DE DADOS
MANUAL DO PESQUISADOR**

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
SÃO PAULO, 1997**

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O TRABALHO DE CAMPO

1. Objetivos da Pesquisa:

- a) Investigar representações e práticas preventivas em relação à AIDS em coletores de lixo, no Município de São Paulo;
- b) Compreender a construção da teoria explicativa da categoria para a AIDS;
- c) Verificar as práticas preventivas adotadas por este segmento sócio - profissional;
- d) Conhecer a percepção de vulnerabilidade pessoal ao risco de contaminação.

2. **População - Alvo: Trabalhador braçal (definição)** - Aquele que exerce tarefas que não exigem conhecimento formal, especialização ou experiência prévia para sua execução. **Amostra: Para aplicação do formulário:** 500 coletores de lixo de uma empresa do município de São Paulo, em três garagens: A, B e C estratificados por turno de trabalho e sorteados em cada turno, por garagem. **Para entrevista aberta:** 25 coletores de lixo da mesma empresa, pertencentes às garagens D e E, que aceitem participar da pesquisa.

3. **Preenchimento:** Leia atentamente todo o formulário. Observe todos os campos com atenção. Procure eliminar as dúvidas durante o treinamento. Você deverá levar três formulários com você. Aplique-os, inclusive gravando as questões em pessoas do sexo masculino, de baixo nível de escolaridade e que não sejam suas conhecidas. Não aplique o formulário no porteiro do seu prédio, aplique-o em algum prédio vizinho, não muito próximo ao seu. Caso tenha algum problema, ou sinta alguma dificuldade na aplicação, traga as situações para a 2ª. sessão do treinamento. **Não vá com dúvidas para o campo, pois este não pode ser feito.** Reporte-se ao supervisor sempre que necessário.

Letra legível e caneta esferográfica azul ou preta.

Cheque o nome fornecido pelo entrevistado com o nome que consta da lista. Como você pode notar, não há lugar para anotar o nome do entrevistado, o número do formulário já virá previamente impresso. Não há necessidade de assinalar sexo, pois todos são homens.

Atenção para as questões de múltipla resposta (mais de uma alternativa a ser assinalada).

Os horários das entrevistas serão previamente marcados pelo supervisor de campo. **NUNCA DEIXE O FORMULÁRIO PARA SER PREENCHIDO SEM SUA PRESENÇA.**

JAMAIS SE ATRASE PARA A ENTREVISTA. O ENTREVISTADO ESTÁ FAZENDO UM FAVOR. VOCÊ DEVE ESPERAR POR ELE, CASO NECESSÁRIO. ELE JAMAIS DEVERÁ ESPERAR POR VOCÊ.

4. Abordagem: A abordagem é extremamente importante numa boa coleta de dado. Neste momento, entrevistador e entrevistado estabelecem sua primeira relação. A maneira como você se apresenta e o que diz, são fundamentais para motivar o entrevistado a responder o formulário. A entrevista será marcada de acordo com cronograma estabelecido entre a empresa e o coordenador de campo. Será enviada uma carta padrão, apresentando-o(a) como pesquisador, pela coordenação geral da pesquisa. Apresente-se a cada entrevistado, dizendo o seu nome e explique, resumidamente, os objetivos da pesquisa. Diga que ela tem um caráter científico e que seus resultados serão publicados sob forma de trabalho científico. **O entrevistado tem o direito de saber para quem e para quê está respondendo às perguntas formuladas. Frise que os resultados desta pesquisa irão servir de material para publicação de trabalho científico, resguardado o anonimato, motivo pelo qual os formulários são apenas numerados, não constando o nome das pessoas entrevistadas, será SEMPRE mantido em sigilo o nome do entrevistado, conforme regras da ética em pesquisa. Maiores informações deverão ser obtidas junto à coordenação da pesquisa. Esclareça a cada entrevistado que: não há respostas certas ou erradas, ou qualquer juízo de valor em relação às respostas que ele dará: o importante é que haja muita sinceridade. Frise que ele pode recusar-se a responder ao formulário, solicite sua autorização para iniciar a entrevista e prossiga, caso haja anuência. Para aqueles que terão suas respostas gravadas, solicite a anuência para tal. Em caso de recusa, utilize o espaço “Observações” para registrar os motivos alegados pelo entrevistado.**

Caso o entrevistado não saiba responder a uma das questões passe para a seguinte. Ao final da entrevista, repasse-as com o entrevistado procurando observar se sua não resposta deveu-se ao não entendimento da questão (procure então esclarecer as dúvidas, **sem induzir resposta**), a algo que ele esqueceu mas que neste momento pode lembrar-se ou recusa em responder. Neste último caso, escreva ao lado da questão RECUSOU-SE A RESPONDER. No campo para observações, estes fatos, caso ocorram, devem ser anotados.

ESTRUTURA DO FORMULÁRIO E ROTEIRO DE PREENCHIMENTO:

- O formulário é composto por 24 questões, divididas em 2 blocos.
- **Primeiro bloco Caracterização sócio - econômica:** Neste bloco todas as respostas são espontâneas. **Você não deve ler as alternativas para o entrevistado.**
- **questão 1 - idade** - preencha o espaço com a idade do interessado
- **questão 2- origem do entrevistado** - Este tipo de população tem o hábito de dizer apenas o Estado onde nasceu, procure, pelo menos saber se ele nasceu numa cidade ou na zona rural. Escreva, por exemplo, **Bahia - Ilhéus** (caso tenha nascido na cidade) ou **Bahia - Ilhéus (zona rural)**
- **questão 3 - escolaridade do pai** - Assinale com um **X** a resposta dada. Se o entrevistado disser: sabe ler e escrever, assinale 2
- **questão 4 - escolaridade da mãe** - Mesmo procedimento da questão 3.

- **questão 5 - *profissão do pai*** - Caso o entrevistado responda que o pai é falecido, pergunte qual a profissão quando era vivo. Se responder que não conheceu o pai, escreva “ Não conheceu o pai”.
- **questão 6 - *profissão da mãe*** - Mesmo procedimento da questão anterior.
- **questão 7 - *local de nascimento dos pais*** - Nesta população é comum o desconhecimento do local de nascimento dos pais (ambos ou de um deles) o mais freqüente é desconhecer sobre o pai. Caso isto ocorra, preencha da seguinte forma: Pai - não sabe ou Mãe - não sabe. Se o entrevistado souber escreva: Pai - (mesma forma da questão 02), Mãe - (mesma forma da questão 02). Se o entrevistado souber o local de nascimento de apenas um dos pais, escreva o que ele sabe e o que ele não sabe.

- **questão 8 - migração** - Trata-se dos pais do entrevistado.
- **questão 8A - Tempo de moradia em São Paulo** - Preencha conforme resposta do entrevistado.
Exemplo: desde 1980, há 10 anos, etc... **Não faça cálculos.**
- **questão 9 - Escolaridade** - Adote os mesmos procedimentos das questões 3 e 4. Caso o entrevistado esteja estudando, preencha o espaço Série da seguinte forma: 3ª. série do 1º. Grau, ou similar.
- **questão 10 - situação marital** - Na alternativa 7 preencha sempre que possível a resposta à questão QUAI..
- **questões 11 e 11A - religião e prática religiosa** - Adote o mesmo procedimento da questão anterior.
- **questões 12 e 12A** - Basta assinalar com um X. Não há necessidade de saber qual a doença. Pois esta questão é controle das número 23 e 24.
- **Segundo bloco: Fontes e busca ativa de informação sobre AIDS, conhecimento social, representação e estimativa dos riscos. À exceção da questão 13, as demais deverão ser feitas para todos os entrevistados.**
- **questão 13 - MUITA ATENÇÃO: ESTA QUESTÃO DEVERÁ SER GRAVADA A CADA 10 ENTREVISTAS, ISTO É: 11ª. ENTREVISTADO, 21ª. ENTREVISTADO E ASSIM SUCESSIVAMENTE. VERIFIQUE O PROCEDIMENTO DE ABORDAGEM. LIGUE O GRAVADOR E FALE O NÚMERO DO FORMULÁRIO. NÃO ESQUEÇA DE DESLIGÁ-LO ASSIM QUE O ENTREVISTADO TERMINAR DE RESPONDER ESTA QUESTÃO. PARA OS DEMAIS ESTA QUESTÃO NÃO SERÁ FORMULADA.**
- **questão 14 - Fontes de informação** - Leia cada uma das alternativas para o entrevistado.
Respostas múltiplas.
- **questão 15 - Busca ativa de informações** - A resposta tem que ser espontânea. Não faça inferências. Se você não conseguir encontrar a resposta do interessado nas categorias listadas, escreva-a no item h. Pode haver mais de uma resposta e as alternativas **NÃO** devem ser lidas.
- **questão 16 - preconceitos, estereótipos, reinterpretação e transposição de categorias** - Você deve ler o enunciado tal como ele está formulado, o código 1-concorda, 2 - não concorda é o **seu** código de preenchimento. **Não fale estas palavras para o entrevistado.**
- **questão 17 - conhecimento social e estimativa dos riscos** - Leia devagar cada uma das alternativas, espere que o entrevistado responda a cada uma das situações, antes de passar para a próxima. Em cada alternativa há apenas uma resposta. **Na alternativa “m” escreva o mais fielmente possível a resposta do entrevistado, caso a resposta seja sim para esta alternativa.**
- **questão 18 - preconceitos, estereótipos, reinterpretação e/ou transposição de categorias** - Mesmo procedimento da questão anterior.

- **questão 19 - percepção da vulnerabilidade ao risco pessoal de contaminação** - Para as entrevistas gravadas nesta questão, siga o procedimento da questão 13. Para os demais faça a pergunta em duas partes, ou seja, primeiro pergunte se o entrevistado acha que tem motivos para preocupar-se. Aguarde a resposta (sim ou não). Em seguida pergunte por que. **Não leia as alternativas, a resposta deve ser espontânea. Neste caso, siga o mesmo procedimento da questão 15.**
 - **questão 20 - valor e conhecimentos sociais sobre o uso do preservativo** - Leia vagarosamente cada uma das alternativas, espere o entrevistado responder, preencha os campos de acordo com o código.
 - **questão 21 - valor e conhecimento pessoal sobre o preservativo** - Mesmo procedimento da questão anterior.
 - **questão 22 - preconceitos, estereótipos, reinterpretação e transposição de categorias** - mesmo procedimento da questão 17.
- questões 23 e 24 - indicadores de possíveis situações de risco para contaminação pelo HIV e demanda aos serviços** - Leia cada uma das alternativas da questão 23. Se a resposta for “não” para todas as doenças, **não formule a questão 24.**