

“Quem ama usa camisinha”?: A culpabilização pelo não uso do preservativo nas campanhas de prevenção a aids do Brasil e Estados Unidos (1981-2011)

Grazielle Regina de Amorim Arraes¹

Resumo: A Aids não carrega mais o significado de poder mortífero da década de 1980, primeira década desde sua descoberta em 1981 nos Estados Unidos, quando surgiram os primeiros casos. A primeira geração que vivenciou esta síndrome passou por momentos de incertezas, medo e ainda percebeu que tempos de “sexo, drogas e rock n’ roll” estavam ameaçados, já que surgira uma doença onde uma das formas de transmissão é o sexo, algo tão vital ao ser humano e também alvo de mecanismos de controle. No decorrer da década de 1980 a epidemia rompeu fronteiras de forma que chegou ao Brasil e teve uma história também de medo, pânico social e transformações no campo da saúde, bem como, entre a sociedade. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os discursos preventivos, que tem como base a noção de risco, em um estudo comparativo entre Brasil e Estados Unidos dentro de uma perspectiva da História do Tempo Presente.

Palavras-chave: Prevenção; culpabilização; noção de risco.

Os estudos sobre a epidemia da aids² envolvem várias demandas das diversas áreas do conhecimento, se caracterizando como um estudo bem interdisciplinar. A história das doenças tem sido uma forma de realizar um estudo de como as sociedades em diferentes tempos se organizaram. Esta temática tão contemporânea, uma história do tempo presente, mostra-se como um desafio aos pesquisadores que buscam compreender como a epidemia da aids transformou e vem transformando o comportamento sexual e a ideia sobre a existência de mais um risco na sociedade.

O tempo como matéria prima do/a historiador/a coloca novas possibilidades de definir períodos, não somente de longa duração. O tempo tem sido transformado numa categoria suscetível de interpretação sobre o que caracteriza o ontem e o hoje. Segundo Pôrto (2007, p.10): “o tempo é definido por alguns como apenas um “período que vai de um acontecimento anterior até um posterior”, por outro, ele também pode ser utilizado para definir uma “mudança contínua”, transformando o hoje no ontem, o presente no passado.”

A percepção do risco é um dos efeitos de minha pesquisa sobre a história da aids, no qual me proponho a estudar os discursos das propagandas de prevenção entre Brasil e Estados Unidos e como autoras/es da área de Humanas, como Antropologia, Sociologia e História

¹ Doutoranda em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista Capes. O artigo é resultado da Bolsa Sanduíche realizada na Universidade da Califórnia em 2013-2014. E-mail: [graziufsc@gmail.com].

² A escolha do uso da palavra aids com letra minúscula é uma forma de mostrar a palavra como um substantivo comum, além disso, alguns/mas autores/as utilizam a palavra desta forma como uma perspectiva crítica ao pânico criado durante a primeira década da síndrome.

analisam este termo que acarreta em uma série de subjetividades. O risco é uma palavra que fora de contexto nos remete muitos significados, pode significar “aventura”, mas também algo perigoso, como a “morte”. No contexto e uso nas campanhas de prevenção das doenças, o conceito de risco é tecido como algo a ser evitado, porque acarreta como consequência, a doença e a morte.

Assim, para compreender o objetivo principal deste trabalho, que se propõe a analisar como as campanhas de prevenção a aids culpabilizam os indivíduos, que por uma série de motivações não utilizam o preservativo, será necessário uma análise do termo “risco”, desde a etimologia da palavra até sua contextualização pela epidemiologia e uso nas campanhas publicitárias de prevenção.

A noção de risco possui uma história dentro da lógica da Saúde Pública que trouxe uma série de medidas para ter uma boa saúde a fim de obter uma população produtiva e sem gastos ao estado. Tal lógica, compreendida por Foucault (1981) como Biopolítica, tornou a vida alvo de medidas de controle do nascimento a morte, em uma espécie de “politização da vida”. Esta ruptura nas sociedades europeias foi compreendida como ocorrida a partir da metade do século XVIII, no qual rompeu com uma forma de governar de uma soberania, que tinha como lógica o “fazer morrer e deixar viver”, em que o conceito de população, no sentido de uma unidade era pouco usual. Nas sociedades contemporâneas, a ideia de ter uma “boa saúde” e quase como uma lei, a seguir seguida, no qual os que se desviam das recomendações médicas, são punidos por discursos que tratam tais desvios como uma desordem moral. O poder sobre a vida parece ser levado ao extremo, nesse anseio de unificação de estilos de vida.

Mensagens imperativas sobre como ter uma “boa saúde” invadem nossos cotidianos e misturam-se as nossas crenças, valores e estilos de vida próprios. Nossa subjetividade esta impregnada com mensagens como: “faça sexo seguro”, “use camisinha” ou “faça exercícios”, entre muitas outras que dizem respeito a cada particularidade de nossa vida. Nossa gestão do cotidiano passa a ser uma fórmula de como administrar tantas recomendações e quais delas infringir, mesmo que isso traga algum tipo de condenação moral por parte das outras pessoas ou mesmo os discursos da saúde pública.

O que veremos ao longo desta pesquisa, trabalhado por vários autores, é como essa noção de risco permaneceu muito distante da realidade das pessoas. Assim, em todos esses anos de avanços na medicina no tratamento da aids, levar em conta o contexto cultural das pessoas foi e é ainda um grande desafio. Um dos objetivos será partir da seguinte pergunta para tratar a noção de risco: Como em todos esses anos as pessoas mesmo em meio às

informações e acessibilidade ao uso do preservativo se infectaram com o vírus ou ainda escolhem não usarem e assim correrem o risco de se contaminarem?

O desenvolvimento da análise terá como foco os discursos sobre a noção de risco discutidos por autores/as como: Luiz Castiel, Mary Douglas, Anthony Giddens, Deborah Lupton e Ulrich Beck. Além disso, o referencial teórico que conduz a maneira pela qual realizo este trabalho historiográfico é baseada nos estudos de Michel Foucault, por meio de suas obras sobre o termo Biopolítica, na qual nos ensina como as rupturas nas sociedades trazem a superfície ideias e valores. Michel Foucault colocou como tarefa fazer uma arqueologia do tempo presente, como um problema, pois aquilo que uma sociedade exclui, joga para as margens é o que constitui seus limites, bem como as rupturas, segundo Soares (2008).

Minha narrativa e análise sobre as fontes dizem respeito a uma pequena parcela de um grande acervo de campanhas de prevenção a aids em forma de vídeos, slogans, disponibilizadas pelo *site* do Ministério da Saúde, o Departamento de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais como fontes de pesquisa sobre o Brasil e cartazes de prevenção dos Estados Unidos e slogans disponibilizados pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Tais cartazes de prevenção estão ainda disponibilizados em um grande acervo digital, disponibilizados ao público na *National Library of Medicine*, que fundada em 1836, dispõe da maior coleção do mundo de materiais sobre medicina, que incluem cartazes sobre a aids produzidos nos Estados Unidos e outros países.

O Departamento de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e Aids pelo Ministério da Saúde foi criado em 1986, e tornou-se referência mundial no tratamento e atenção a aids, principalmente pelo acesso gratuito ao tratamento desde 1996. O programa do Ministério da Saúde tem como objetivo:

Reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e das hepatites virais - Melhorar a qualidade de vida das pessoas com DST, HIV, Aids e hepatites virais - Prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade - Aprimoramento da governança e da gestão - Acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.³

Já o CDC foi fundado em 1946, após a 2ª Guerra Mundial e tem como objetivo proteger a nação de ameaças terroristas e doenças, se destacando por possuir uma proposta diferente do Brasil, além da preocupação com as fronteiras. Outra diferença é em relação ao

³ Disponível em: www.aids.gov.br

sistema de saúde, que no Brasil é de livre acesso por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), enquanto nos EUA o acesso é financiado por seguros de saúde.

Missão do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças):

So much has changed in the world since the CDC was founded in 1946. We have had to find new ways to carry out our mission and meet new threats head-on, whether a terrorist attack or the next global epidemic of an infectious disease. As we look forward to the coming years, we will continue to serve as the nation's health protection agency, working 24/7 to save lives and protect people.⁴

No acervo do Ministério da Saúde é possível encontrar todas as propagandas de circulação nacional desde 1987, quando as propagandas tinham um enfoque mais na morte, com vídeos e imagens que amedrontavam, acompanhados por trilhas sonoras que lembram filmes de terror. No decorrer da década de 1990, as propagandas passaram a falar mais da vida, principalmente depois de 1996, que foi um marco no tratamento de Aids no país, já que por meio do SUS, os portadores do vírus da aids puderam receber medicação e assistência de forma gratuita, de tal modo que isso representou um maior tempo de vida aos pacientes. Outra característica foi alertar as mulheres também do perigo do contágio, já que os índices de mulheres casadas contaminadas passaram a aumentar. Nos anos 2000 nota-se que as propagandas passaram a fazer mais um balanço da epidemia e avaliarem as políticas de prevenção. A preocupação com o comportamento sexual volta a preocupar as autoridades públicas, pois devido ao tratamento e a expectativa de vida aumentar, as pessoas tiveram a falsa sensação que a aids não é algo preocupante, pois também deixa de ser apresentada com algo mortífero, além disso, a mídia perdeu o interesse pela doença.

A pergunta que lanço inicialmente acerca dos motivos pelos quais as pessoas, mesmo munidas de conhecimento e educação optam por não utilizarem o preservativo sempre foi presente em meus questionamentos. Para que eu pudesse desenvolver uma análise discursiva acerca deste tema, os autores mencionados ajudaram a compreender que a noção de risco possui uma historicidade.

Neste estudo sobre a epidemia da aids certamente existem muitas pesquisas a respeito, mas um aspecto em especial que me chama atenção, e que de alguma forma me levou a querer esmiuçar e entender as relações subjetivas que existem entre a saúde pública e as relações

⁴ Tanta coisa mudou no mundo desde o CDC foi fundada em 1946. Nós tivemos que encontrar novas formas de realizar nossa missão e enfrentar as novas ameaças de frente, seja um ataque terrorista ou a próxima epidemia global de uma doença infecciosa. Como estamos ansiosos para os próximos anos, continuaremos a servir como órgão de proteção a saúde da nação, trabalhando 24/7 para salvar vidas e proteger as pessoas. Disponível em: www.cdc.gov

sociais é como existem estilos de vida diversos, mais especificamente estilos de vida sexual que se confrontam ou se misturam aos estilos de vida promovidos pela saúde pública como ideais. Facilmente vivenciamos a sensação de culpa, de que estamos errados ao ultrapassar a barreira do permitido, do desejado, quando aos olhos das políticas públicas, ultrapassamos os limites do que é considerado “saudável”.

Quando você é bem informado, tem acesso a preservativos e mesmo assim escolhe ou não deseja usar preservativo em uma relação, facilmente é taxado de irresponsável, de perigoso e mesmo que você não se importe, certa culpa passa a ocupar sua vida. O que é um preservativo numa relação sexual? Aos olhos das políticas de prevenção pode ser o divisor entre a vida e a morte, pode ser uma questão de amor próprio, de se preservar, de se cuidar, de cuidar do outro, enfim de se proteger. E o aos olhos das pessoas que nas suas mais variadas formas de se relacionar sexualmente, o preservativo pode não fazer sentido e não representar proteção.

Quando se trata do desejo, da vontade, como mediar essa sensação e pensar nos riscos, em algo que foge ao presente, que não é visível. O presente, compreendido como o momento em que se vivencia alguma experiência sexual é prazer, aventura, vontade e desejo. Há outras relações que o preservativo é considerado um estranho, um intrometido que deve ser evitado por acabar com o clima dos parceiros. Há ainda pessoas que observam o uso do preservativo como falta de confiança, como desejo de trair. E ainda existem dogmas religiosos que não permitem o uso do preservativo por acreditarem evitar a procriação, quase como um assassinato daqueles que poderiam vir ao mundo. São e podem ser múltiplas as definições do uso do preservativo, sendo muito mais complicado do que estamos acostumados cotidianamente ouvir e reproduzir, que preservativo é uma proteção contra as DST e aids. Existem muitos sentidos e significações entre o preservativo e como as pessoas veem e absorvem isso.

O Ministério da Saúde e muitos estudos mostram como as mulheres são apontadas como aquelas que aceitam deixar de usar o preservativo por pedidos dos seus parceiros, por colocarem a confiança acima do risco. Há estudos que utilizam a categoria vulnerabilidade para explicar o porquê das mulheres não negociarem o uso do preservativo numa relação, pois ainda existe o medo da violência doméstica praticada por homens, que ao se sentirem traídos em terem as esposas e/ou companheiras propondo algo que pra eles suscita a possibilidade de ter relações com outros homens.

Como exemplo é possível visualizar este discurso entre as campanhas do Ministério da Saúde, em especial, a realizada em 2011, com foco no carnaval, onde um cartaz com três mulheres jovens e com fenótipos diferentes sorriem fantasiadas com preservativos como adereços. E o Slogan segue: “Curta o carnaval. Sexo só se for com camisinha. Senão não dá.” Segundo a campanha, buscou-se o foco positivo e a exaltação da mulher na negociação do preservativo, como uma forma de estimular o empoderamento das mulheres.

Entre as várias etapas, segue o primeiro objetivo da campanha:

Na primeira fase da campanha (veiculada de 25/2 a 8/3), o desafio está em estimular a negociação do uso do preservativo diante da falsa percepção de segurança em relação ao parceiro (pela aparência ou pelo pertencimento ao mesmo grupo de amigos) ou da negação do preservativo como prova de amor.⁵

Dessa forma, é possível observar que a percepção do uso do preservativo pode ser analisada de várias maneiras e que as pesquisas que tentam compreender as motivações do porquê das pessoas não utilizarem o preservativo, são múltiplas e envolvem o contexto cultural que cada um está inserido. Porém, a grande questão de todos estes anos é que as campanhas e mesmo o discurso de prevenção buscam colocar um único estilo de vida como forma de viver, ou seja, que em todas as relações independente de como você vive e onde se vive, deve-se usar o preservativo. Ou ainda, como veremos ao tratar das campanhas de prevenção do Ministério da Saúde, a utilização de palavras imperativas, como: “Você deve usar o preservativo” ou ainda utilizando situações do cotidiano que eram diferentes das pessoas menos favorecidas economicamente, em que as mulheres nas suas mais variadas categorias, não se identificavam.

A culpabilização é uma das características da chamada promoção de saúde na contemporaneidade, em que as pessoas são cotidianamente responsabilizadas pela sua saúde. Além disso, existe todo um discurso de que o indivíduo possui autonomia e responsabilidade sobre sua própria saúde, assim as pessoas precisam se alimentar bem, se exercitarem e aí surgem programas na TV produzindo discursos aterrorizantes, mostrando que do contrário, você morrerá de problemas de coração, ou que em breve você pode ter problemas de obesidade. Para simplificar, existem maneiras politicamente corretas para tudo, de forma que Luiz Castiel no seu extenso e fabuloso estudo sobre a promoção da saúde e noção de risco, nas suas obras, trabalha com os efeitos na contemporaneidade desses mecanismos de controle que homogeneizam comportamentos, com o intuito liberal de cada vez mais tornar o

⁵ Disponível em: www.aids.gov.br

indivíduo responsável pela sua má ou boa saúde, colocando o Estado como um mero observador.

Procuo entender como surgiu um discurso preventivo que passou a ser parâmetro para o comportamento sexual. Os efeitos de uma nova epidemia, não só quebraram paradigmas científicos, como também tornaram necessários que a mídia passasse a relatar casos e histórias, bem como, publicar informações sobre a doença, que levou as pessoas uma mídia voltada para as questões da saúde, que até então, estavam restritas ao meio científico. Acompanhar as rupturas da história da aids, ainda será uma oportunidade de entender como se desenvolveu o conceito de risco, tão difundido atualmente na saúde pública para alertar as pessoas e promover a promoção da saúde.

A noção de grupo de risco foi uma forma de enquadrar supostos perfis que fossem mais propensos a se contaminar e a contaminar outras pessoas. Essa categoria classificatória foi uma forma da epidemiologia fazer uma leitura da epidemia, que no início atingiu jovens homossexuais. Assim segundo Castiel (2010, p.47),

A tentativa de apreender a epidemia através da inclusão do social no campo epidemiológico deu continuidade a uma trajetória peculiar da Aids em relação às categorias classificatórias da população atingida pela epidemia desde o início dos anos 1980. O primeiro conceito utilizado, “grupo de risco”, derivado de “fatores de risco” (elementos probabilísticos de associações regulares das causas epidemiológicas), seguiu as normas da epidemiologia tradicional. Aplicado à epidemia da Aids, então incipiente (de 1981 a 1984), o enquadramento epidemiológico de indivíduos identificados como homo e bissexuais em um “grupo de risco” aparentemente fazia sentido pelo perfil inicial do doente. Por sua vez, o vínculo entre homo e bissexual e Aids fez com que esses casos chegassem rapidamente ao conhecimento comum, por meio da informação midiática, em detrimento de outros, menos “notícia”, mas de pessoas também acometidas pela doença (Moraes e Carrara, 1995).

De acordo com o autor, após críticas sobre o uso do termo grupo de risco para enquadrar pessoas com maior risco de contaminação, houve uma mudança para o termo “comportamento de risco”, como forma de resolver o problema, mas sem, contudo, perder o controle classificatório dos casos de aids. Para Lupton (1997) a categorização “grupos de risco” e “comportamento de risco” implica em enquadrar práticas sexuais de um indivíduo em algo fixo, ao invés de fluído. A exemplo disso, são os modelos de família que existem hoje, que não seguem mais padrões normativos. As trajetórias sexuais na vida de um indivíduo podem ser intensas, como Bonzon (2011) exemplificou quando refletiu que alguém que passou por muito tempo casado, com apenas um parceiro pode após uma separação ter vários

parceiros. Categorizar este ou outras situações, implica em mascarar as subjetividades e fluxo de relações que são muito complexas. É o caso que Lupton (1997) também nos mostra ao colocar que tal taxonomia teve dificuldade de lidar com usuários de drogas, pois este indivíduo pode também fazer sexo com outros homens e nem por isso se identificar como homossexual, de forma que as diferenças são ignoradas no contexto de vida de uma pessoa.

Ao se trabalhar a história da aids, que possui um pouco mais do que 30 anos de história desde sua descoberta, em 1981, nos deparamos com uma história recente, se compararmos aos estudos de tempos que nos levam aos séculos XV ou XVI. Porém, a noção de tempo hoje parece muito mais fluída, até mesmo dentro daquilo que consideramos estudos históricos. Talvez estejamos em uma nova era, que desde a queda do Muro de Berlim em 1989 e a ascensão do capitalismo no mundo, nos colocou novas problemáticas sobre o fazer história, ou ainda, ao se ter a tragédia do 11 de setembro como o fim de mais uma era na história. O tempo ganha sentido com a ideia do que é antigo e do que é presente com os rompimentos, as rupturas, que durante o século XX foram intensas. Essa elasticidade do tempo nos coloca desafios de compreender que esse passado pode significar algo que não aconteceu há 10 anos, pois pode ser entendido como alguma revolta ocorrida há alguns anos apenas, porque além de tudo ele poderá suscitar outros momentos da história, como por exemplo, a Revolução Francesa no século XVIII. Ao se fazer uma história do Tempo Presente, ou ainda recente, o historiador/a enfrenta a dificuldade de trabalhar com o passado como uma disciplina que por muito tempo estudava um acontecimento ou fato de um tempo longo, que parecia o deixar fora, que causava a falsa impressão de imparcialidade. Esse tempo recente, como o caso de minha pesquisa, de início trata de uma história que possui um tempo recente, mas que para compreendê-la em um contexto maior, que é a história das doenças necessita de uma contextualização, que pode me conduzir para a antiguidade.

Dessa forma, conduzida por este olhar historiográfico vejo a necessidade de compreendermos um período anterior a epidemia, marcado por movimentos sociais. Assim, conhecemos as histórias de uma geração nos anos de 1960, influenciada pelo movimento *Hippie* nos Estados Unidos, em meio a um contexto de jovens que realizavam passeatas contra a Guerra do Vietnã, que se lançavam a experimentar drogas como o LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico), que fizeram parte da chamada “contracultura”, movimento de contestação de caráter social e cultural, que buscavam romper com puritanismo e costumes do chamado “*American Way of Life*” (Modo americano de viver), que despertaram para uma sexualidade que divergia dos costumes tradicionais, principalmente para as mulheres com a

invenção da pílula anticoncepcional. As mulheres passaram a ter a opção de terem relações sexuais sem a preocupação de engravidarem. Além disso, tivemos os movimentos feministas, que buscavam igualdade de direitos entre homens e mulheres pelo mundo, fortificados principalmente a partir da década de 1960, que ainda, mostravam como a hierarquização dos sexos é uma construção social e não biológica e determinista.

Esse modelo *hippie* tornou-se símbolo de liberdade dos anos de 1960, influenciando gerações, que mitificaram aqueles jovens que ousaram. Para marcar mais esta década, temos como referência o Festival de música *Woodstock*, ocorrido em 1969, nos Estados Unidos, onde ocorreram três dias de música com grandes sucessos do rock, que lançaram palavras de “paz e amor” e ideais de um mundo sem guerra onde prevaleceria o amor. As gerações depois deste festival construíram a ideia de liberdade sexual e o jargão utilizado até hoje para fazer referência há esse tempo, “*Sexo, Drogas e Rock n`Roll*”, sempre retomado quando queremos transmitir a ideia de liberdade.

Já durante a década de 1970 a luta passou a ser pelo direito e liberdade de escolha da orientação sexual, liderada pelos homossexuais em torno do debate da ciência que considerava a homossexualidade uma patologia, inclusive parte dos manuais de psiquiatria, no qual apenas em 1976, a homossexualidade deixou de ser uma doença, no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Após a conquista de direitos pelos homossexuais nos Estados Unidos, surgiu no início dos anos de 1980, uma nova doença que gerou medo e incertezas.

Esta nova doença trouxe a incerteza da liberdade sexual, retomando a ideia dos velhos comportamentos sexuais repressores, que passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas, orientado inclusive, por profissionais da saúde e posto em muitas falas, como ter relações sexuais apenas com um parceiro; para as jovens mulheres, perder a virgindade apenas quando houver “amor de verdade” e conhecer bem o parceiro, além é claro, da recomendação do uso do preservativo. De acordo com Castiel (2013) esse período das décadas de 1980 e 1990 poderia ser chamado de contra-revolução, produto da moralidade tradicional de neo-moralismo da correção política, uma espécie de retomada de velhos valores.

A palavra risco possui vários significados dependendo do contexto. Castiel (2010) descreve que vivemos em um ambiente “*riscofóbico*”, como ele denomina, pois nos mostra como este ambiente se configura por exageros e produtor de ansiedades, limitante, pois restringe os comportamentos das pessoas. Assim, ele por meio de uma visão crítica, trabalha

com perspectivas socioculturais apresentadas por ele e por vários autores que dialogam sobre esta temática.

Castiel (2010, p. 15) inicia sua discussão perguntando “o que é risco”?

‘risco’ é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia. Segundo o *Dicionário Aurélio*, no ‘senso comum’, há controvérsias quanto suas origens: tanto pode provir do baixo-latim *risicu*, *riscu*, provavelmente do verbo ‘riscar’, indica, por um lado, a própria ideia de perigo e, por outro, sua possibilidade de ocorrência.

Cotidianamente somos bombardeados pela “possibilidade do risco”. É o risco de ser assaltado, de contrair algum vírus, entre outros, que em menor ou maior gravidade, preenchem nosso cotidiano de forma a tornar-se banal. Giddens (1991) pontuou uma lista de riscos que a humanidade tem a probabilidade de enfrentar. Quando analisou o risco de guerra nuclear, ele nos falou de como esse e muitos outros riscos estão disseminados entre a maioria da população.

Segundo Castiel (2010, p.26) o sentido do risco para a epidemiologia remete a probabilidade da ocorrência de algum evento que pode estar baseado em um conjunto de crenças,

Se, por um lado, a retórica do risco pode servir de veículo para reforçar conteúdos morais e conservadores (Lupton, 2004), por outro, redimensiona o papel da relação entre espaço e tempo na compreensão do adoecer: a biomedicina incorpora, sem sua tarefa, a localização e identificação, nos sadios, de seus possíveis riscos (oriundos de modalidades de exposição ambiental e/ou de suscetibilidades biológicas, mediante técnicas diagnósticas cada vez mais refinadas); surge uma infundável rede de riscos em que comportamentos, sinais, sintomas e doenças podem se tornar fatores de risco para outras afecções (por exemplo, hipertensão arterial como risco para doenças cardíacas); a dimensão cronológica assume maior importância nos modelos explicativos dos processos de adoecimento.

O conceito de risco homogeneiza, segundo o autor as contradições do presente, utilizando critérios racionais, no caso da Aids, por exemplo, apostando na equação: informação + prevenção = cuidado. Além disso, não correr riscos ainda se tornou sinônimo de estilo de vida saudável e o caminho para a felicidade, com medidas que fogem a realidade das pessoas. Analisa Castiel (2010) que o ideal de vida saudável propõe que, o ato de comer e saborear uma boa refeição, seja um processo de vigília constante aos nutrientes, as calorias, a forma que se come, a balança, ao colesterol, ao IMC (Índice de Massa Corporal) ideal... Esse exemplo é só a ponta do iceberg, já que neste trabalho a proposta é analisar com a noção de risco utilizada nas campanhas de prevenção a Aids propõem mudanças comportamentais, muitas vezes, exageradas ou que não levam em conta o contexto social das pessoas.

Segundo Douglas (1994) disputas sobre o risco tornaram-se endêmicas, pois cada instituição agora esta ciente de sua responsabilidade quanto aos riscos, e além disso, ultrapassam o significado científico. A ideia de risco surgiu durante o século XIX, quando a teoria do risco se tornou importante no mundo da economia, com foco na probabilidade de ganhos e perdas. “Como, então, é que as pessoas decidem quais os riscos devem tomar e quais ignorar? Com base em que estão certos sobre os perigos e protegidos contra outros?” Douglas (1994, p. 21). É possível ainda categorizá-los.

Ao nível da política pública dos principais perigos podem ser agrupados em quatro tipos:

1. Relações Exteriores: o risco de ataque ou invasão estrangeira; guerra, perda de influência, prestígio e poder;
2. crime: colapso interno: falha da lei e da ordem, a violência contra o crime de colarinho branco;
3. poluição: o abuso da tecnologia; medos relacionados ao meio ambiente, e;
4. fracasso econômico: a perda de prosperidade.” Douglas (1982, p. 29)

Para Lupton (1997) desde o surgimento da epidemia de HIV/AIDS o comportamento sexual foi explicado pelo discurso do risco, que tem tentado construir novas formas de expressar o desejo sexual. O entendimento dominante do comportamento sexual na literatura de promoção da saúde é racional.

Seguem alguns slogans de campanhas de prevenção referentes ao Brasil e em seguida Estados Unidos, no qual é possível visualizar o quanto as mensagens são imperativas, como forma de surtir efeitos de prevenção.

Campanhas do Brasil elaboradas pelo Ministério da Saúde:

- 1987: Aids você precisa saber evitar!
- 1987: Aids, você precisa evitar!
- 1987: Aids você precisa saber evitar!
- 1988: Não permita que essa seja a última viagem de sua vida – Aids, pare com isso!
- 1993: Isso é amor, amor quente!
- 1991 – Se você não se cuidar a Aids vai te pegar
- 1994 – Quem se ama se cuida – Mulheres
- 1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!
- 1994 – Quem se ama se cuida!
- 1997 – TV – Carnaval do peru, é carnaval com camisinha!
- 1993 – Previna-se do vírus e não das pessoas!
- Amor sem risco
- 2011: “Curta o carnaval. Sexo só se for com camisinha. Senão não dá”.

Campanhas elaboradas pelo CDC (Centers for Disease of Control):

“You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek” (Você não pega Aids brincando de esconde-esconde) - Part of the CDC's tireless campaign against AIDS misinformation. (Centers for Disease Control, 1980s)

“None of These Will Give You AIDS” There is no evidence that a person can get AIDS from handshakes, dishes, toilet seats, door knobs or from daily contact with a person who has AIDS. (Nada disso lhe dará AIDS. Não há evidências de que uma pessoa pode pegar AIDS com apertos de mão, pratos, assentos sanitários, maçanetas das portas ou do contato diário com uma pessoa que tem AIDS.) (1987)

“Lifesaver. Condoms Can Protect You from AIDS and other sexuality transmitted diseases. They can be a lifesaver.” (1990). (Salva-vidas. Os preservativos podem protegê-lo de AIDS e de outras doenças transmitidas sexualidade. Eles podem ser um salva-vidas, 1990)

“AIDS is a fact. When you teach her the facts of life, remember the most important one today. Condoms make, sex... safer. (AIDS é um fato. Quando você ensinar ela os fatos da vida, lembre-se o mais importante hoje. Preservativo faz o sexo seguro) (1988)

“In 1984, We Discovered the AIDS Virus. In 1850, We Discovered away to stopIt.” (Em 1984, nós descobrimos o vírus da AIDS. Em 1850 nós descobrimos um caminho para pará-la) Abaixo da mensagem a imagem de vários preservativos.⁶

O comportamento racional é utilizado como algo desejado pelas campanhas de prevenção a Aids. Segundo Lupton (1997) as campanhas dirigidas a prevenir a propagação do HIV estão impregnadas de noções de “punir” as pessoas por sua ignorância, apatia ou comportamento. A maneira como pessoas conceituam o risco é diferente de como a epidemiologia faz, pois probabilidade é algo que pode acontecer no futuro, logo, invisível aos nossos olhos que vivenciamos o presente como algo vivido ou experimentado.

O privilégio da racionalidade em muita literatura científica e de saúde pública sobre o comportamento relacionado à AIDS ignora o papel do inconsciente, desejo e prazer na expressão sexual. Ele não reconhece que, para alguns, a própria assunção de riscos é prazeroso, aumentando a noção de sexo como um *scape* da monotonia da existência cotidiana e do perigo da proibidos (Bolton, 1992: 199). O discurso do sexo seguro faz a suposição de que o prazer e o desejo podem ser reorganizados em resposta a imperativos com base no risco para a saúde. Ele também assume "a capacidade de procedimentos para construir um corpo capaz de tomar pressuposto de que a sexualidade é “contida” (Singer, 1993: 122). A hipótese mais é que a sexualidade é “contida” dentro do indivíduo, e que o sexo seguro deve, portanto, ser imposta a esta sexualidade inerente. Que a construção epidemiológica de risco, muitas vezes deixa de reconhecer é a forma em que a sexualidade ‘real’ é construída como envolvendo certos comportamentos, como sexo com penetração em encontros heterossexuais, sem que as atividades não sejam vistas como “sexo”. Se as formas dominantes em que as pessoas entendem o desejo sexual enfatizar a natureza ‘incontrolável’ de paixão, sua irresistibilidade, então insistir em parar de usar a camisinha apresenta uma auto-consciência para a atividade. Uma vez que, em seguida,

⁶ Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/>. Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos que abrange um grande acervo de cartazes produzidos pelo CDC.

“irracionalidade” da paixão sexual assume, a “racionalidade” do uso do preservativo é permitido nenhum espaço para entrar (Miles, 1993:501). Preservativos significam falta de confiança, sujeira, a homossexualidade e o outro (Gamson, 1990; 1993:501; Lupton, 1994b: 137-8). Eles também atuam como simbólico, bem como barreiras literais entre os parceiros sexuais, reduzindo o nível desejado de intimidade, desenho de linha como invisível entre ‘chegando perto’ para um parceiro e fundindo-se com eles, tanto no físico e emocional (Wilton e Aggleton, 199: 155). (LUPTON, 1997, pg. 87 e 88)

Esta análise de Lupton vai ao cerne da questão sobre a noção de risco, pois coloca questionamentos acerca de como a literatura médica desconhece ou não leva em conta as subjetividades relacionadas ao desejo sexual, que são múltiplas. Como bem descrito acima, por vezes o fato de não utilizar o preservativo pode ser sinônimo de prazer, Não se trata de desconhecer as práticas de prevenção e nem de ignorância, mas sim de uma série de desejos, que tornam o momento de prevenir algo secundário. O fato de o futuro ser incerto, e de não visualizarmos o perigo de contrair o vírus da Aids torna o momento do sexo libertador, como algo que quebra a monotonia diária, que nos coloca preocupados em realizar nossos desejos e ter prazer.

No entanto, caímos no seguinte paradoxo, se por um lado existe a percepção de que existem grupos sociais menos favorecidos que, por exemplo, não usam o preservativo, podemos avaliar a situação a partir do contexto sociocultural destas pessoas, que possuem pouco grau de instrução e que não detém de opções de estilos de vida para terem a ‘real’ consciência de que não querem utilizar o preservativo nas suas relações sexuais, E por outro, podemos ter a percepção, de que o pensamento de prevenção, parte do princípio de que o outro deve seguir o ideal proposto pela saúde pública ou por instituições de saber/poder, que dizem que o estilo de vida ideal é aquele dotado de sujeitos instruídos e autônomos. O argumento para demonstrar que o uso destes termos é necessário para a saúde pública é mostrar que as pessoas de grupos sociais de ‘vulnerabilidade’ não utilizarem o preservativo decorre da falta de alternativas, como se ao se deparem com outras opções de vida, elas fossem escolher a melhor forma de viver. Esses conceitos, possuem seu valor na questão das políticas de prevenção, isso é um fato, porém, esbarram nestas questões mais complexas que parece ser aquilo que escapa aos pesquisadores e profissionais da saúde pública.

Finalizo com uma grande questão apresentada por Castiel (2010, p.122),

Cabe aqui perguntar: será que cada vez mais se irá conceber a ideia de saúde com base na noção de segurança? E que esta será mediada por exercícios de autovigilância? Um dos encaminhamentos analíticos para lidar com esta ordem conceitual é proposto por seguidores de Michel Foucault.

A governamentalidade diz respeito a capacidade de o indivíduo ser autônomo e de autoregular-se. Os discursos da chamada “promoção da saúde” decorrem da ideia individualista e neoliberal, em que cada um é responsável por si, de forma que a vigilância começa a sim mesmo. O autocuidado é uma destas estratégias para tornar indivíduos capazes de gerir riscos. Para Castiel (2010, p.124),

Em síntese, a promoção de saúde hegemônica atual pode ser interpretada como uma política de neo-higiene, de forte conteúdo moral com vistas à longevidade ou, no limite, como denegação da morte. Estamos sob a perspectiva de que nos mantenhamos o máximo de tempo possível sob a égide globalizada do mundo racional da produtividade e da geração de riquezas. E ainda procuramos o impossível equilíbrio esquizofrênico entre a busca pela satisfação de desejos propiciados pelas múltiplas tentações oferecidas paroxisticamente ao nosso redor e um comedimento responsável para que não nos consumamos neste turbilhão.

Por fim, é perceptível como em tempos atuais a questão da longevidade, aspecto biopolítico, tornou-se foco das políticas de saúde, que diante da lógica do ‘fazer viver’ coloca a morte como algo vergonhoso que deve ser evitado o máximo possível. Além disso, a lógica ‘esquizofrênica’ apontada pelo autor se encaixa perfeitamente em nossos cotidianos, marcado pelo paradoxal capitalismo, que promove o consumo e cria o desejo em todos, mas ao mesmo tempo condena os exageros, aconselha a temperança e criminaliza aquelas/es que buscam usufruir a todo custo das benesses de um mundo repleto de consumismo.

Referências

- BECK, Ulrich. **Risk Society: Towards a New Modernity**. London, SAGE Publications Ltd, 1992.
- BOZON, M. **Saúde, saúde sexual, sexualidade: uma abordagem sociológica** (curso em português). UFSC. Florianópolis, em 15 de abril de 2011.
- CASTIEL, L. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- _____, L. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- _____, L. D. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.
- _____, L. D. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
- CHAUVEAU, Agnès; TÉTART, Philippe. **Questões para a história do presente**. Bauru, SP: EDUSC, 1999.
- DOUGLAS, M. **Risk and Blame: Essays in Cultural Theory**. NY: Routledge, 1994.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____, M. **Historia da sexualidade I: a vontade de saber**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ) Graal 1990 152p.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GUIMARAES, C. D. Anderson Fontes Passos. O desafio histórico de "tornar-se um homem homossexual": um exercício de construção de identidades. **Temas psicol.** [online]. 2009, vol.17, n.2, pp. 553-567. ISSN 1413-389X.

GRMEK, M. **History of AIDS: Emergence and Origino f a Modern Pandemic**. Princeton University Press, 1990.

GUIMARAES, C. D. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

LUPTON, D. **The imperative of Healh: Public Health and the Regulated Body**. SAGE Publications, London, 1997.

_____, D. **Risk**. London, 1999

PORTER, R. **Medicina: história da cura das antigas tradições as práticas modernas**. 2002

PÔRTO JR., Gilson. **História do tempo presente**. Bauru (SP): EDUSC, 2007.

Documentos eletrônicos:

Mnistério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: www.aids.gov.br

CDC – Centers of Disease of Control - Disponível em: www.cdc.gov/

<http://www.theverge.com/2013/4/12/4214262/national-library-of-medicine-online-image-archive-health-psa-posters> ou <http://www.nlm.nih.gov/>