

## **Barreiras Psico-socio-culturais e Estruturais à Prevenção e ao Teste do VIH**

Marta Maia

*Centro em Rede de Investigação em Antropologia - ISCTE*

### **INTRODUÇÃO**

A antropologia da saúde e da doença procura compreender melhor as situações de cuidados de saúde para além da leitura médica, a um nível cultural, e as concepções da saúde e da doença: como reage o indivíduo face à doença, como vive com ela, como a interpreta, etc. Por exemplo, a doença pode ser interpretada como o resultado de um acto de bruxaria e a cura pode ser procurada junto de um curandeiro, em função de como foi interpretada a doença. Todos temos pensamentos e comportamentos irracionais. As concepções irracionais da doença não são um atributo exclusivo das sociedades menos desenvolvidas. As protecções imaginárias e os medos irracionais em relação à transmissão do VIH são um exemplo disso.

Aquilo a que chamamos protecções imaginárias são crenças e comportamentos que conferem ao indivíduo um sentimento de protecção face a um risco, mas é uma falsa protecção pois o indivíduo tem comportamentos de risco de facto. Portanto, sentir-se protegido sem o estar realmente e expondo-se de facto a situações de risco.

A antropologia da saúde pode ser útil na elaboração de campanhas de prevenção chamando a atenção para estes aspectos psico-socio-culturais que condicionam os pensamentos e as práticas dos indivíduos.

## Barreiras socioculturais e comportamentais à prevenção do VIH

Estes são alguns exemplos de protecções imaginárias:

- sentir-se protegido por não pertencer a grupos de risco. Perante alguém que lhes parece “normal” e “honesto”, os indivíduos não sentem necessidade de se protegerem. Sob o pretexto da normalidade social, sentem-se fora de perigo. Este sentimento está ligado à ideia, que subsiste sobretudo entre as pessoas menos informadas, que apenas os “marginais” (toxicómanos, imigrantes em situação ilegal) ou os que têm comportamentos considerados “desviantes” ou “anormais” (homossexuais) correm o risco de estarem infectados. Deste modo, os indivíduos adoptam uma pluralidade de lógicas preventivas irracionais no sentido de se colocarem dentro da norma para se escaparem ao risco, lógicas essas que vão desde a estratégia de evitamento de parceiros “potencialmente perigosos” e a selecção dos parceiros baseada num juízo estético e/ou ético do outro, até à fidelidade. Há também, nas representações dos indivíduos, uma suposta intencionalidade da transmissão do VIH (« *ele/ela ama-me, nunca me feriu tal coisa, não me pode acontecer nenhum mal porque confio nele/nela* ») que está subjacente à ideia que uma relação baseada no amor e na confiança é impenetrável aos vírus.

- sentir-se protegido por andar constantemente com um preservativo no bolso, que acaba por funcionar como um talismã pois não é utilizado.

- sentir-se protegido por fazer testes periodicamente (“fiz o teste, por isso estou protegida/o”).

- sentir-se protegido por frequentar apenas pessoas consideradas “de bem” e escolher “bem” os seus parceiros, escolha baseada em apreciações sociais e estéticas. Os indivíduos sentem-se protegidos pela sua pertença social quando recrutam os seus parceiros no seu próprio meio social, isto é, entre pessoas que estimam serem « *de bem*”, sentem-se protegidos tanto pela classe social como pela proximidade com indivíduos da mesma classe (o seu semelhante).

- sentir-se protegido por ter muitos conhecimentos sobre o VIH. Alguns jovens conhecem todos os detalhes dos mecanismos biológicos da transmissão do vírus e desenvolvem sentimentos de segurança pelo simples facto de estarem bem informados. A própria informação cria o sentimento de se estar fora de perigo.

- sentir-se protegido por se lavar meticulosamente depois de relações sexuais sem preservativo.

- sentir-se protegido por ser fiel, amar e confiar no namorado(a) e porque já se conhecem há muito tempo, isto é, a confiança e a longevidade da relação substituem o teste e o preservativo, como se o amor e a confiança constituíssem uma garantia de protecção contra as infecções. As primeiras relações sexuais são protegidas, mas o preservativo é pouco mais tarde abandonado, sem testes de despistagem prévios. A relação sexual é vista como uma expressão de afecto, uma troca de sentimentos “bons”, um compromisso e uma prova de confiança. O preservativo é então interpretado como um gesto para “se proteger do outro”, um gesto de desconfiança contrário à habitual representação do amor.

Há ainda tabus, hábitos, valores culturais e condições sociais que alimentam os comportamentos de risco. Por exemplo:

- A falta de motivação para procurar informação, alimentada ainda pela ausência de educação sexual nas escolas. A população portuguesa é pouco informada acerca das IST. Somos pouco pro-activos na busca de conhecimento, além de termos níveis de educação baixos comparados com a maioria dos países europeus.

- Temos uma cultura de prevenção insuficiente. Vamos ao médico quando já estamos muito doentes e não temos comportamentos preventivos em geral.

- A virilidade é um imperativo que pode induzir nos homens um ilusório sentimento de domínio e de poder. Entre os homens, a afirmação da virilidade rouba espaço à preocupação pelos riscos inerentes à sexualidade. Mais preocupados com o desempenho sexual e em mostrar-se seguros de si, alguns homens relegam a profilaxia para segundo plano. Cada vez mais são as mulheres que trazem consigo e propõem o preservativo.

- Também o consumo excessivo de álcool e outras drogas interfere com a prevenção. As relações sexuais que ocorrem sob o efeito de drogas, que alteram a percepção e a consciência da realidade, são uma situação propícia aos comportamentos de risco.

Enfim, o preconceito e a discriminação das pessoas seropositivas representam um importante entrave à prevenção do VIH/sida. É banal um sujeito depositar uma confiança cega na pessoa pela qual está apaixonado, mesmo se não conhece o seu passado e, sobretudo, o seu estatuto serológico, mas desconfia de uma pessoa seropositiva, que imagina ser uma pessoa “pouco frequentável” e “contagiosa”. Muitos indivíduos têm relações sexuais sem preservativo com pessoas das quais desconhecem o estatuto serológico, sem mesmo ter o sentimento de correr um risco, mas afirmam que recusariam beijar uma pessoa seropositiva, mesmo sabendo que a saliva não é um vector de transmissão do VIH. Do mesmo modo, para um simples contacto como o aperto de mão, ou ainda a utilização de casas de banho públicas, o sentimento de correr um risco é amplificado pelo medo irracional da infecção.

A maior prevalência de VIH/sida nas populações que são já alvo de preconceitos produz um agravamento da discriminação dos seropositivos, assente numa acusação de desviação ou desrespeito pelas normas sociais e numa imputação de características negativas e de perigosidade às pessoas infectadas. Por conseguinte, as pessoas seropositivas são por vezes incriminadas pela infecção de outras pessoas, como se tivessem uma maldade intrínseca e

toda a responsabilidade da transmissão do vírus, quando, na realidade, uma relação estabelece-se a dois.

Nas representações sociais sexo está ligado à ideia de pecado. Nesta lógica, uma criança infectada através de uma transfusão sanguínea é considerada “inocente”, ao contrário de um indivíduo contaminado por via sexual, ao qual se aponta a culpa. Uma mulher infectada por via sexual é julgada por ter relações sexuais com “*um qualquer*”, comportamento leviano numa sociedade onde a sexualidade fora do casamento é tabu. Assim se instala no sistema de crenças e valores da população uma hierarquização das responsabilidades e culpas, que tem duas consequências nefastas: o estigma associado ao VIH/sida, que diminui a qualidade de vida das pessoas infectadas e o medo de fazer o teste e saber-se que se está infectado. É portanto um problema individual e colectivo.

## CONCLUSÃO

A percepção de correr um risco pessoal está frequentemente ligada, por um lado, ao facto de se conhecer pessoalmente uma pessoa seropositiva, o que torna a realidade da doença mais próxima e concreta, por outro lado, à expressão de tolerância face aos seropositivos, pois quando pensam que pode acontecer-lhes também a eles, os indivíduos, além de se protegerem mais, têm menos atitudes de culpabilização em relação aos doentes, enquanto que aqueles que se julgam *a priori* fora de perigo terão uma maior tendência para manifestar atitudes e discursos discriminatórios em relação a esse “outro diferente e perigoso”. No entanto, em Portugal, poucas são as pessoas que revelam o seu estatuto serológico, visto haver muita discriminação. O combate contra os preconceitos é necessário tanto para lutar contra a discriminação das pessoas seropositivas como para lutar contra a propagação do VIH, pois a discriminação, a ignorância e os comportamentos de risco estão intimamente ligados.

O diagnóstico precoce representa: a) um benefício individual pois favorece a adopção de comportamentos seguros e garante o acesso ao tratamento numa fase inicial da infecção; b) um benefício colectivo pois as pessoas que conhecem a sua seropositividade têm menos comportamentos sexuais de risco, além de que os tratamentos antiretrovíricos diminuem os riscos de transmissão do VIH; c) um benefício social pois o diagnóstico e o tratamento precoces têm menores custos económicos do que o diagnóstico e tratamento tardios e as pessoas infectadas ganham qualidade e anos de vida.

Em Portugal, todos os cidadãos podem realizar o teste de diagnóstico do VIH/SIDA de forma anónima, gratuita e confidencial. No entanto, os direitos, liberdades e garantias consagrados nas leis nacionais e nas convenções internacionais, que o Estado Português subscreveu, são demasiadas vezes desconsiderados. É pois importante lutar contra a discriminação das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, desmistificar a doença e manter a população informada e sensibilizada para a prevenção.