

Percepção de risco como estratégia de convívio comensal com jovens órfãos pelo HIV/AIDS em São Paulo, SP, Brasil

Sueli Aparecida Moreira^(a)

Ivan França Junior^(b)

Michelle Jacob^(c)

Alicia Cabral^(d)

Laura Alves Martirani^(e)

Moreira SA, França Junior I, Jacob M, Cabral A, Martirani LA. Commensal meetings strategies regarding youth orphaned by HIV/AIDS in São Paulo, SP, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):141-52.

Within the HIV/AIDS context, commensal strategies are agreed upon by the families aiming to reduce risks. With the objective of identifying risk perceptions in the commensal meetings, we developed a study with youth orphaned by AIDS. Interviews produced data through questions regarding daily life. The Wright Mills' proposal about intellectual craftsmanship was used for analysis. In this approach subjects are considered historical and social actors. The strategies used from risk perception of HIV/AIDS were assumed as agreements by the families to ensure social interaction. It was observed that strategies include restrictions for touching and body contact; separation of dishes and disposal of food touched by the HIV-positive. The risk perception found may be due to variability of scientific findings and beliefs, thus reinforcing the process of stigma and discrimination.

Keywords: Commensality. HIV/AIDS. Risk perception. Orphaned young.

No contexto do HIV/AIDS, estratégias comensais são acordadas pelas famílias para reduzir riscos. Com o objetivo de identificar percepções de risco nos convívios comensais desenvolveu-se estudo qualitativo com jovens órfãos pela AIDS. Os dados foram obtidos durante entrevista com questões sobre o cotidiano. Utilizou-se a proposta de Wright Mills do artesanato intelectual, na qual os sujeitos são considerados atores históricos e sociais. As estratégias mediante a percepção de risco ao HIV/AIDS foram consideradas acordos pactuados pela família para assegurar a interação social. Foi possível observar que as estratégias incluem a restrição do toque e do contato corporal; separação de utensílios e inutilização da comida tocada por soropositivos. A percepção de risco pode ser decorrente da inconstância dos achados científicos e de crenças que reforçam o processo de estigma e discriminação.

Palavras-chave: Comensalidade. HIV/AIDS. Percepção de risco. Jovens órfãos.

^(a) Departamento de Turismo, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil. 59072-970. suelimoreira@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ifjusp@gmail.com

^(c) Departamento de Nutrição, UFRN. Natal, RN, Brasil. michellejacob@outlook.com.br

^(d) Hospitalidade, Segurança Alimentar e Identidade Cultural (HIDEAS), Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UFRN. Natal, RN, Brasil. aliciacabral27@gmail.com

^(e) Departamento de Economia, Administração e Sociologia, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, USP. Piracicaba, SP, Brasil. lauramar@usp.br

Introdução

“Chegue bem perto de mim. Me olhe, me toque, me diga qualquer coisa.
Ou não diga nada, mas chegue mais perto”.
(Caio Fernando Abreu)

É verdade que a sociabilidade não é apanágio apenas da espécie humana. A propensão humana à socialização é uma herança primata, parte da evolução dos antropoides como um todo¹. Achados arqueológicos na Morávia, oriente da República Tcheca, de pouco mais de 30.000 anos, evidenciam que, naquela época, os homens já cozinhavam². Com o manejo do fogo, entre 2,5 a 1,9 milhões de anos, a organização social foi moldada em torno do seu domínio³, tornando comuns reuniões ao seu redor, onde, cara a cara, as pessoas conversavam, riam e compartilhavam a comida. Mas, essas atitudes eram pouco usuais, visto que contatos, como o olhar nos olhos e exposição da arcada dentária, são atitudes hostis entre animais².

Olhares e sorrisos em comensalidade detêm, hoje, outra significação. Compartilhamos comida para marcar rituais de passagem, comemorar, mostrar gratidão: *El que no es paga en diners es paga en dinars*, versa o ditado catalão, para marcar socialmente os grupos e selar negócios. Os rituais comensais abrangem desde a escolha do cardápio à lista de convidados, o servir e o partilhar. Nos bastidores da cozinha, configuram-se acordos estratégicos do grupo familiar; da mesma forma, a comensalidade na escola tem amplo significado social para a formação humana⁴.

As estratégias comensais funcionam como formas de autorregulação da pessoa em relação a outras pessoas e coisas⁵. Acordos são previamente pactuados entre comensais para advertir sobre algum cuidado ou evitar riscos desnecessários: Separe os pratos de Maria! Ela está com hepatite. Não comprarei naquele mercado: As pessoas são sujas! “A estratégia de evitar o contato no convívio é uma das formas de “preservação da fachada no ritual de interação social”⁶ (p. 20).

Nos convívios com soropositivos para HIV/AIDS, acordos estratégicos são estabelecidos, muitas vezes de forma não verbal, com o intuito primário de reduzir riscos aos membros soronegativos. Acordos restritivos no convívio doméstico com soropositivos têm sido documentados em vários países da África. Estudo em Gana com soropositivas registrou que a restrição em partilhar refeições é interpretada como humilhação e reforça o sigilo do diagnóstico⁷. Em Botsuana, Letamo⁸ notou, em amostra de 448 adolescentes, que 70% deles não comprariam hortaliças de vendedor soropositivo⁸.

No Brasil, Ayres⁹ documentou separação de utensílios de cozinha por parte de familiares e atribuiu aos processos de estigma e discriminação. A marginalização social, além de elementos da corporeidade e atributos do caráter, são dimensões conceituais do estigma¹⁰. A percepção de risco em comensalidade no contexto do HIV/AIDS foi observada por Moreira (2014)¹¹ em amostra de 261 jovens órfãos pela AIDS: 40% deles atribuíram algum risco em comer no contexto do HIV/AIDS.

A expressão ‘percepção de risco’ reflete a experiência do corpo como campo criador de sentidos, não apenas uma representação mentalista, mas um acontecimento da corporeidade e, como tal, da existência¹². Essa perspectiva fundamenta-se na análise fenomenológica de Merleau-Ponty¹³, na qual “a percepção está relacionada à atitude corpórea e se apoia no movimento; os movimentos acompanham nosso acordo perceptivo do mundo. As sensações associam-se aos movimentos e cada objeto convida à realização de um gesto”¹³.

Conceitos antropológicos sobre o risco, nas últimas décadas, compartilham da ideia de que “o risco é socialmente construído”¹⁴. O que algumas sociedades consideram como um objeto de medo e incerteza não é, necessariamente, verdadeiro para outras. Os seres humanos lidam com o risco através de lentes da percepção, filtrando-o por meio de significados socioculturais:

Os indivíduos, por sua parte, como sempre, gerenciam os riscos de maneira coletiva ou individual e tentam responder a eles de um modo racional. Assim, por exemplo, frente à possibilidade de que certos alimentos possam estar contaminados, as pessoas podem deixar de consumi-los, total ou parcialmente, temporal ou definitivamente¹⁴. (p. 374)

A definição do termo risco reflete tanto a dinâmica de uma sociedade propensa à mudança, mas que deseja determinar seu próprio futuro em vez de confiá-lo à religião, à tradição ou aos caprichos da natureza. A sociedade moderna caracteriza-se não só pela sua capacidade de produzir riqueza, mas, também, pela habilidade de criar/manipular riscos (*manufactured risk*) por meio do sistema produtivo.¹⁴ Os riscos aliam-se às incertezas advindas da inconstância dos achados científicos, fruto da reflexividade moderna^{15,16}.

Em *Risk Society*, Beck¹⁷ analisou riscos em termos globais e presumiu o efeito da modernidade em dois processos históricos. O primeiro deles relacionou à industrialização, projeção da sociedade de massa e estrutura social centrada na família; enquanto, no segundo, denominado modernidade reflexiva ou sociedade do risco, previu intensa globalização, inovação tecnológica, ruptura do núcleo familiar e individualização. Pressupôs catástrofes ecológicas, crises financeiras, terrorismo e guerras preventivas. Em segurança alimentar, *Food Safety*, preconizou a crise de confiança em critérios, regras, instituições e produção científica em relação ao consumo¹⁷.

A instabilidade científica, padrão de consumo supérfluo e instantâneo, caracteriza a modernidade líquida¹⁸. A identidade vincula-se ao acúmulo de bens, satisfação pessoal momentânea, fobias e expectativas em relação ao novo. Percepções de risco no consumo (neofobia e neofilia) caracterizam o 'paradoxo do onívoro'. A 'gastro-anomia' tem lacuna ética, códigos nutricionais imprecisos e insegurança alimentar¹⁹.

A teoria cultural do risco envolve apreender o mesmo de acordo com nosso sistema de valores e crenças e a nossa posição social e pessoal²⁰. Esses valores – variáveis ao longo do tempo – são organizados em sistemas complexos adquiridos pela socialização ou aculturação, e acabarão por determinar se um comportamento ou objeto é preferível ou não. Assim, cada cultura estabelece o limite do risco aceitável²⁰.

Os limites aceitáveis do risco são definidos por meio de acordos estratégicos de convivência. Esses acordos acobertam inconvenientes. Segundo Norbert Elias⁵, o avanço da divisão das funções e da civilização, em certos estágios, é crescentemente acompanhado pelo sentimento dos indivíduos de que, para manterem suas posições na rede humana, devem deixar fenecer sua verdadeira natureza. Há uma pressão exercida pela sociedade sobre o indivíduo, que o força a violentar sua verdade interior. Ocorrem formas de autorregulação da pessoa em relação a outras pessoas e coisas⁵. A palavra pessoa deriva do latim *persona*, e diz respeito às máscaras e ao teatro. *Persona*, em sua origem, era o espaço que ficava entre a máscara e o rosto, referindo-se a um vazio que era preenchido com um fingimento do ator²¹.

A convivência requer acordos estratégicos para acomodar percepções de risco em interações sociais. Nessa direção, esquivar-se da proximidade é uma das estratégias adotadas em rituais imprescindíveis de sociabilidade, como as refeições. Estratégia de evitar o contato, de acordo com Goffman⁶, pode ser parte da encenação para lidar com ameaças ao convívio de fachada, conforme argumenta o mesmo sobre a necessidade de realizar as transações delicadas por meio de intermediários: "[...] Em muitas sociedades, os membros conhecem o valor de voluntariamente realizar uma retirada graciosa antes que uma ameaça à fachada possa ter chance de ocorrer.⁶ [...] Nossa fachada, então, é uma coisa sagrada, e a ordem expressiva necessária para mantê-la é, portanto, uma ordem ritual⁶ (p. 22).

Em rituais em torno de alimentos, entra em jogo o valor social positivo que um indivíduo reivindica para si mesmo, uma espécie de linha de conduta ou noção de fachada⁶.

Compartilhar comida é uma representação concreta de um grupo social – um encontro – que se estabelece face a face²². "Es necessário, por lo menos, ser dos para ser humano"²³ (p. 42). Há a necessidade de acordos ou estratégias que pautarão a vida em sociedade. Em contatos face a face, a pessoa tende a desempenhar um padrão de atos verbais e não verbais com o qual ela expressa essa linha – opinião e avaliação dos outros e de si mesma. Máscaras e convívios de fachada são atributos da ordem social. Manter a fachada é uma condição do ritual de interação⁶. Evitar o contato é sempre uma ameaça ao ritual da refeição. Quais seriam as percepções de riscos identificadas pelos jovens em relação ao consumo de alimentos no contexto do HIV/AIDS? Quais seriam as estratégias adotadas para manter a ordem dos convívios comensais? O que os jovens pensam a respeito desses supostos acordos?

Método

Os sujeitos foram selecionados por meio dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em DST/AIDS do município de São Paulo. Os SAEs facilitaram o contato com escolas, creches e Organizações não Governamentais (ONGs). Contatado o primeiro jovem, foi aplicado o princípio livre de indicações. Entrevistaram-se 19 jovens órfãos pela AIDS e uma cuidadora de 63 anos. As questões sobre percepção de risco emergiram no decorrer dos depoimentos. Os jovens tinham entre 15 e 22 anos, sendo 12 do sexo feminino e sete do masculino; todos eram órfãos de mãe, de pai ou de ambos; quatro deles eram soropositivos para o HIV/AIDS.

Utilizou-se um roteiro-guia com questões-chave sobre o cotidiano dos órfãos. As entrevistas foram realizadas em privacidade e foram gravadas em mídia analógica, sendo convertidas em mídia digital. Para análise, o *corpus* transcrito foi percorrido em busca de discursos que versassem sobre as estratégias durante os convívios comensais. “Os fragmentos encontrados foram ordenados sob a perspectiva do artesanato intelectual de Wright Mills”²⁴ (p. 21). O artesão intelectual é “livre para aprender com seu trabalho, e para usar e desenvolver suas capacidades na execução dele”²⁴ (p. 59). “Evita todo conjunto rígido de procedimentos para uma compreensão completa das estruturas sociais em que os ambientes estão organizados. Faz uso de perspectivas e materiais, ideias, métodos e todo e qualquer estudo sensato do homem e da sociedade”²⁴ (p. 56). “Tenta compreender homens e mulheres como atores históricos e sociais”²⁴ (p. 58).

A pesquisa foi realizada de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução CNS 466/12 do Ministério da Saúde, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública.

Resultados e discussão

Percepção de risco em estratégias de convívios no contexto do HIV/AIDS

Viver na modernidade é viver sob o risco. Pensar em termos de risco e estimativas de risco é um exercício permanente¹⁶. Em decisões de consumo, a alimentação não foge à regra. Na Europa, as discussões que transitam pelo campo da segurança alimentar – superado o perigo da fome – passam a girar em torno da inocuidade da comida: os alimentos devem ser livres de riscos para a saúde.¹⁴

Se recomiendan medidas de evitación, se investiga y se aplican técnicas de manipulación específica, de conservación [...] aumentan las incertidumbres y las dudas acerca de lo que comemos y de los posibles riesgos que puede entrañar nuestra comida, es decir, los daños potenciales/probables para nuestra salud¹⁴. (p. 372)

No contexto pós-industrial, onde impera a pressa e a individualização, as pessoas comem “evitando trocar olhares com os que estejam por perto”²⁵ (p. 45). O alimento é sagrado e deve, também, ser puro, limpo e inviolado. Atravessa o limite da boca, pode alimentar ou contaminar o indivíduo que o consome: qualquer coisa que nos é apresentada como comestível, mas que percebemos ser impura em qualquer sentido, de imediato nos repugna²⁶. Pois o que nós comemos torna-se, literalmente, parte de nós²⁷.

Ao comerem juntas, as pessoas ganham mais importância do que a comida; comer junto implica seletividade²⁶. Pertencimento familiar e solidariedade duradoura são frutos de relações contínuas com demonstrações de afeto e cuidado. “A família é construída por contatos, por afinidade, assim como as relações sociais”²⁸ (p. 77). Comer em família tende a ser mais saudável e mais adaptável do que comer sozinho ou com estranhos^{29,30}.

As restrições são geralmente pautadas pela perspectiva do indivíduo saudável. Frente à percepção de risco, o corpo saudável distancia-se, afasta-se do corpo doente³¹. Por intermédio dos meios de comunicação, são difundidos os modos de transmissão do vírus. Tocar pessoas soropositivas, abraçá-las, beijá-las ou usar os mesmos utensílios de mesa (talheres, pratos ou copos) são situações que

não oferecem riscos de transmissão. Também o sabem famílias que convivem com a enfermidade cotidianamente. Crença e ciência são ambivalentes na percepção de risco.

No contexto do HIV/AIDS, as percepções de risco foram registradas no ambiente doméstico devido à manipulação ou toque do alimento por parte de soropositivos; em relação a comer ou aceitar alimento proveniente da casa de portador, e na recusa ao convite para festa de aniversário. No ambiente público ou na escola, a percepção de risco foi observada na estratégia de separação do bebedouro e no isolamento de comensal na hora do recreio.

Estratégias de familiares para organização da vida compartilhada

Utensílios de mesa são separados:

“Meu pai [falecido] estava ficando um tempo na casa dela [a tia]. Ela brigava muito com ele. Tipo copo, prato, talher, tudo separado. O dele é o dele. O meu é o meu! Era tudo separado: cobertor, talheres, copos, prato, tudo, tudo separado”. (Olga)

“Ela [a tia] acha que comer na mesma colher que a pessoa come, vai pegar. Isso não, porque eu comia na mesma colher que minha mãe e graças a Deus não deu nada. Ela tem esse medo, por isso que ela é preconceituosa desse jeito”. (Joana)

A comida é descartada pelo fato de ter sido tocada pelo enfermo. Gabriel [soronegativo] relata que já vivenciou desrespeito e discriminação em casa devido à soropositividade da mãe, sobretudo, por parte da avó, que dizia não querer que ela tocasse nas comidas. Verificamos uma ocorrência extrema na narrativa de Fátima, na qual apenas o contato de sua mãe [soropositiva] com os utensílios de mesa era razão para nojo ou para inutilizá-los. Mesmo o toque da cuidadora da mãe [uma tia soronegativa] com os alimentos no momento do preparo era suficiente para que fossem descartados como lixo.

“A minha tia num podia fazer um prato de comida pra minha mãe levar pra casa que meu primo, se o prato voltasse, jogava o prato fora. É porque minha mãe tinha comido ali, no caso. Minha tia achava aquilo um absurdo. Até da mãe dele, ele tinha nojo, sabe? Porque minha tia fazia uma comida, e colocava num prato e se relasse o dedo no arroz já num queria mais comer aquela comida, entendeu?” (Fátima)

Celina recorda: “Teve um dia que eu peguei o sorvete da minha irmã [soropositiva]. Minha avó olhou assim pra minha cara, com raiva”.

O toque é evitado:

“Meu tio ele é assim. Ele tem certo preconceito [sobre o HIV]. Ele é natural com a minha irmã [órfã soropositiva]. Ele é assim. Ele é normal com a minha irmã, mas assim, ele não pega nada dela, nada mesmo. Ele não gosta de encostar nela”. (Celina)

Estratégias para evitar o contato também foram notadas no relato de Joana, sobre a tia:

“Ela tem nojo. Ela acha que vai passar para ela. Porque ela acha que pega, qualquer besteira pega. Acha que tem jeito certo para pegar. Ela acha que do vento, qualquer coisa já vai pegar nela. Mas, pra mim isso é besteira”. (Joana)

Estes achados são consistentes com Ayres et al.⁹, que revelou cuidados familiares na alimentação, com separação de utensílios para uso exclusivo do portador do HIV/AIDS. Também reiteram os resultados de Moreira¹¹ sobre impactos do estigma na comensalidade (oferta e recusa de alimentos) com soropositivos¹¹.

Estratégias restritivas e impeditivas aos convívios em público na escola

As restrições funcionam como estratégias para ajustar comportamentos inapropriados na hora das refeições e, sobretudo, para evitar aproximações corporais – estabelecer limites seguros – durante consumo compartilhado.

No âmbito público ou nos convívios da escola

Restrições impeditivas aos convívios, tais como impedimento ao uso do bebedouro e separação de soropositivo na hora da refeição na escola, foram relatadas:

A separação do bebedouro em espaço público da escola, estratégias para evitar o contato corporal entre sorodiscordantes: “Teve uma época que eu dei uma entrevista, o pessoal viu. Aí cheguei na escola, fui tomar água no bebedouro. Eles separaram o bebedouro. Todos os professores, os alunos. Todo trabalho em grupo eu faço sozinho”, confessa (Humberto [soropositivo]).

Comer separadamente na escola foi relatado por Penélope. Ela contou que sua irmã menor, também soropositiva, recebe tratamento diferenciado na escola pelas: “diretoras e coordenadoras [que tem duas diretoras]; as tias da cozinha buscam ela na sala, pra descer ela pra cozinha pra comer, entendeu? Chamam ela antes das demais crianças e não fala pra quê”.

Estratégias restritivas como fruto das incertezas da reflexividade moderna

Individualização e isolamento reiteram a sociedade do risco e a modernidade líquida^{17,18}. Pessoas são vistas como potenciais agentes de risco: dentro das paredes visíveis dos guetos, ou atrás das invisíveis, mas não menos tangíveis proibições da comensalidade, do convívio e do comércio; ‘purificar’ – expulsar os estranhos para além das fronteiras do território administrado¹⁸.

A despeito de campanhas públicas de esclarecimento sobre formas de transmissão do HIV, o estigma do HIV/AIDS permanece de distintas formas em todo o mundo. A reclusão corporal é o retrato mais expressivo dessa percepção³¹. Conforme percebemos nos relatos acima transcritos, comportamento semelhante foi observado nesta pesquisa. Letícia, insatisfeita com a realidade da discriminação, indica a falta de informação como uma de suas causas:

“Acho que hoje as pessoas pensam assim: não pode estar muito perto de uma pessoa com HIV, porque passa, porque pega. É falta de informação porque a pessoa não conviveu. Só temos acesso às informações quando passamos por determinados problemas. Uma pessoa que nem sabe, só sabe que essa doença mata e que ela é transmissível, então vem na cabeça da pessoa: se eu tocar em você, eu vou pegar HIV”. (Letícia)

Aqui a jovem órfã justifica a falta de informação daqueles que não conviveram com a realidade de HIV/AIDS, o que não seria o caso dos familiares de pessoas com diagnóstico para soropositividade. Apesar do entendimento da órfã que justifica o preconceito devido à falta de convivência, constatou-se que o preconceito foi notado, nos convívios, mesmo entre aqueles que conheciam a forma de transmissão.

Refletir sobre estratégias inclusivas em convívios urbanos requer considerar a ideia de sociedade do risco, cujo modo de vida pactua com a dinâmica da modernidade líquida¹⁸, que rejeita a ideia de deter-se ou aprofundar-se. A vida líquida retrata a busca instantânea de satisfação pessoal que não admite qualquer ideia de desconforto que lhes roube o prazer imediato e supérfluo. Conceber a ideia de risco requer refletir sobre: estilo de vida, angústias e incertezas de identidades superficiais; modos de produzir isentos de lastro. Pensar a dinâmica dos convívios e seus modos de consumo requer discussões éticas e temáticas inclusivas nos espaços sociais.

Recusa de alimentos provenientes da casa

Conforme relato da cuidadora de órfã soropositiva, os alimentos trazidos de sua casa somente serão aceitos, pelos familiares, caso estejam com embalagens fechadas: “Eu tiro isso pela minha nora, ela não come e não bebe nada que esteja assim, aberto. Se eu levar pros meus netos [...] ela fala: Põe na geladeira! Aí eu viro as costas ela joga no lixo”. “É o feijão, é o açúcar, é o arroz, é o óleo, então tudo isso está fechado, mas se eu mandar aberto assim, não! Aberto, não.”

As pessoas que visitam a casa também recusam alimentos: “Então, muitas vezes estou fazendo o almoço, às vezes a gente vê que é aquela comida que as colegas gostam, aí vai oferecer. Ai não, não quero, já almocei! Bebe água porque sai da torneira, bebe o refrigerante porque a garrafa está fechada. Mas se estiver aberta já não quer tomar, entendeu?” (Veridiana, 63 anos, soronegativa)

As incertezas sobre saúde e segurança alimentar são decorrentes da falta de consenso científico sobre os riscos e da reforma contínua das práticas sociais¹⁵⁻¹⁷. As recomendações nutricionais tendem a oscilações desconfortáveis para as populações a quem se dirigem. Um alimento vai de vilão a mocinho, ou de mocinho a vilão, num piscar de olhos: fibras, ovos, tomate já experimentaram ambos os papéis, fruto da reflexividade moderna: Ovos eram bombas de colesterol. Não eram apenas desaconselháveis, eram mortais. Você podia calcular, em dias, o tempo de vida perdido cada vez que comia uma gema³².

Cientistas e médicos definem seus consensos e os divulgam para a sociedade, mas não transmitem segurança, pois as opiniões mudam rapidamente e/ou representam interesses corporativos. Achados inéditos sofrem influência midiática e são rapidamente substituídos, e isso fomenta especulações e inseguranças no cotidiano onde se dão os convívios^{17,33}. Na incerteza, privilegiam-se as experiências como ‘sólidas’, fruto do conhecimento empírico^{15,16}. O alimento representa um grande risco, pois, ao transpor a fronteira entre o mundo exterior e o corpo, pode contaminá-lo, transformá-lo¹⁹.

O conhecimento sobre formas de transmissão de HIV/AIDS enunciado hoje poderá, amanhã, ser diferente. Nesse caso, o melhor a fazer – pensaria, talvez, aquele que convive com um familiar soropositivo – é precaver-se de todas as formas de contágio: ‘É melhor prevenir do que remediar,’ porque, afinal, ‘o seguro morreu de velho’, rezam as máximas populares. Estratégias de convívio com advertências à mesa dificultam os rituais de alimentação. Restrições provocam diferenças³⁴. A recusa em comer na companhia de determinada pessoa pode ser interpretada como um sinal de hostilidade. Aquele que recebe a restrição sente-se ‘o diferente’. No contexto da família: Não comer da mesma comida equivale a ser excluído do parentesco.

Estratégias seletivas de rituais devido ao estigma

O estigma é compreendido, segundo Goffman¹⁰, como demandas feitas em relação ao caráter que imputamos ao indivíduo, numa caracterização ‘efetiva’ que só é possível pela experiência de corporeidade. A percepção de risco em contextos do HIV/AIDS decorre de atributos (corpo, caráter, *status* e marginalizações) que afetam as dimensões biológicas (natureza do que se come) e sociais (com quem e de que forma, estrategicamente são feitos os acordos) para organizar a refeição partilhada.

O corpo, no contexto do HIV/AIDS, desencadeia o “retrospecto potencial”, expressão utilizada por Goffman¹⁰ para se referir à identidade imaginária. Em face dos diferentes, ocorrem as conjecturas da percepção de risco que alimentam o “retrospecto”. A qualidade do indivíduo restringe-se à observação de condutas e de movimentos corporais que negam a identidade original: “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída”¹⁰ (p. 12).

A corporeidade em HIV/AIDS é um dos aspectos no processo de estigma pois, para Goffman¹⁰, não é a presença do atributo depreciativo que configura o estigma, mas como se operacionalizam as relações; trata-se de “uma linguagem de relações e não de atributos”¹⁰ (p. 13).

Falta de familiares em festa de aniversário

Estratégia corretiva, mediante a falta de familiares convidados à festa de aniversário, foi evidenciada no relato da avó-cuidadora de órfã soropositiva. Ela nos conta a respeito desse evento:

“Minha neta fez aniversário, então os meus netos não vieram. Fizemos uma festa pra menina, eu me achei na obrigação, como eles não vieram, eu tirei um pedaço do bolo e fui levar. Passei a tarde lá com minha nora, as crianças e levei o bolo. [...] Ela mandou o menino por na geladeira. [...] na quarta-feira, a outra minha sobrinha foi na casa dela. Ela havia jogado o bolo fora. Do jeito que eu levei, ela jogou no lixo”. (Veridiana)

Do ponto de vista do indivíduo que desempenha o papel de anfitrião, estratégias restritivas reforçam o processo de estigma¹⁰. Do ponto de vista do ritual, em contato face a face, a pessoa tende a desempenhar um padrão de atos verbais e não verbais com o qual ela expressa uma linha – opinião, avaliação dos outros e de si mesma. Todos esses aspectos compõem o que Goffman⁷ denominou de “fachada” para manter os rituais sociais. Após interação malsucedida, tende a ocorrer a correção da fachada para restabelecer, pessoalmente, a ordem do ritual⁷.

Estratégias impeditivas como forma de controle social

Na ideia de percepção de Merleau-Ponty¹³, a visão de corpo vai além do fisiológico, está associada à experiência vivida. A compreensão de corpo não se reduz ao conhecimento anatômico, ao estado neural ou aos processos fisiológicos, abrange também o simbólico¹². Não há como separar corpo e experiência acumulada. Nesse sentido, negar o corpo equivale a negar a pessoa. Porque “o corpo é um modelo por excelência de qualquer sistema finito”³⁵ (p. 32). Pelo contato, o corpo estabelece seus limites, suas fronteiras. Como o corpo tem uma estrutura complexa, as funções das diferentes partes e as relações entre elas podem servir como símbolos a outras estruturas complexas. “O corpo é um símbolo da sociedade, e o corpo humano reproduz em escala reduzida os poderes e os perigos que se atribui à estrutura social”³⁵ (p. 32). Então, com o adoecimento do corpo, o social, o cultural e o relacional ficam comprometidos com o aparecimento da doença³⁶.

Na comensalidade (corpo, comida e companhia), encontram-se elementos de controle social e do risco à saúde^{37,38}. Então, as estratégias de convivência são acordadas com intuito de conviver com o doente, sem contatá-lo diretamente. Estratégias impeditivas de convívios significam humilhação e vergonha³⁷. Mesmo no tratamento de HIV/AIDS, não implicando restrição alimentar, é comum o emprego de alguma estratégia como medida de cuidado. Cuidados restritivos em relação a um membro podem gerar modificações para todos os membros, mesmo que não partam deles²⁹.

Os acordos perceptivos ocultam elementos da subjetividade e da historicidade, do diálogo, das tensões e das contradições¹³. A experiência perceptiva é uma experiência corporal¹². O corpo nega o contato – legitimado pela cultura. Valores morais são colocados em xeque quando alguém é identificado como soropositivo para HIV. Do ponto de vista moral, “o movimento se pauta pela conduta”³⁹ (p. 38).

É consenso entre eles que, anos atrás, a AIDS era algo mais distante do que atualmente. Pensava-se no continente africano como uma realidade distante que nunca tocaria a deles. Agora, depois de serem confrontados com esta realidade, eles aprenderam mais sobre a doença – os meios de contaminação, os cuidados –, mas a maioria concluiu que o preconceito ainda está longe de acabar; a sociedade trata o portador do vírus como um pária, alguém culpado de sua doença, conforme pontua o jovem Romeu: “morreu com AIDS, morreu culpado!”.

Mediante os relatos de restrições comensais, indagamos, aos jovens, sobre a forma de enfrentamento. Eles refletiram sobre o papel da AIDS na vida deles. Reportaram a um imaginário no qual conjugam a vontade de Deus e o tratamento médico. Na busca de conformidade, eles questionam se não seria necessária a doença – já que Deus a colocou em suas vidas –, enquanto a tecnologia médica foi criada pelo ser humano. A busca de explicação é mitigada entre tecnologia e

conhecimento científico, que se coadunam às crenças na vontade divina. “Essa doença, não é um defeito. É Deus. É ajudar a cuidar e lutar contra a doença”, aconselhou Judite.

O discurso retrata o fato de ter de lidar com questões como vida, morte, destino e vontade de Deus, mais cedo e mais objetivamente. Deus estaria agindo como uma grande força da natureza, responsável por destruir e desequilibrar seus mundos, ao colocar a AIDS em suas vidas. Para alguns, o vírus existiria apenas como uma forma de punição divina, algo que eles teriam de passar para se purificarem – alguns classificaram a doença, metaforicamente, como inferno.

A fenomenologia do corpo interpreta ações e reações; os movimentos acompanham nosso acordo perceptivo no mundo¹³. As sensações aparecem associadas aos movimentos e cada objeto convida à realização de um gesto, não havendo, pois, representação, mas criação, novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais¹³. E não seria diferente em relação ao contexto do HIV/AIDS.

Estratégias impeditivas ocorrem, pela teoria da percepção em Merleau-Ponty¹³, porque desaprendemos a conviver com a realidade corpórea, com a experiência dos sentidos, pois privilegiamos uma razão sem corpo. A percepção de risco convida o corpo à retirada, mas na corporeidade também está contida a expectativa moral da vida em sociedade. Fundamentos de caráter filosófico-religioso transformam-se em convicções usadas para eleger distintamente os convidados⁴⁰. Ao lidar com crenças, a moral imersa na cultura não é compreendida de forma consciente e transparente⁴¹. Está alocada, todavia, à estrutura do pensamento simbólico, sendo este da ordem do inconsciente⁴¹. No interior do corpo, são as possibilidades sociais e culturais que se desenvolvem: “O corpo metaforiza o social e o social metaforiza o corpo”³⁶ (p. 70). Na experiência retida, surge o saber corpóreo porque “todo conhecimento, todo o pensamento objetivo vivem desse fato inaugural que senti”³¹ (p. 184).

Considerações finais

No contexto do HIV/AIDS, a percepção de risco motiva as estratégias de convívios que podem afetar pelo menos duas dimensões do comportamento alimentar: a dimensão social do convívio e a dimensão biológica do consumo. Com base na literatura é possível concluir que o estigma se opera de maneira implacável à luz da teoria de Goffman, através de atributos do corpo, do caráter e da marginalização social.

Os acordos estratégicos são estabelecidos nos convívios comensais com jovens soropositivos sob a percepção do corpo enquanto agente contaminante. A presença física estimula o processo de estigma na iminente experiência corporal. Separar utensílios e inutilizar a comida são estratégias de organização da vida compartilhada, pautadas pela restrição do toque e do contato com o indivíduo soropositivo. As estratégias servem para preservar a fachada dos convívios e na distinção de comensais no âmbito público e privado. A percepção de risco se explica devido à inconstância dos achados científicos e de crenças que motivam a insegurança alimentar. Sob a perspectiva antropológica, a percepção de risco pode representar a exclusão do parentesco. São desejáveis estudos para investigar o efeito da corrente higienista-sanitarista e traços do discurso científico da época, no conhecimento popular.

Colaboradores

Sueli Moreira, autora do projeto, realizou a coleta dos dados, a discussão e revisão da versão final. Ivan França Junior e Laura Martirani orientaram a pesquisa maior e participaram da discussão dos resultados. Michelle Medeiros e Alicia Cabral participaram ativamente da discussão dos resultados e na revisão da versão final.

Referências

1. Foley R. Os humanos antes da humanidade: uma perspectiva evolucionista. São Paulo: Unesp; 2003.
2. Jones M. Feast: why humans share food? New York: Oxford University Press; 2007.
3. Roebroeks W, Villa P. On the earliest evidence for habitual use of fire in Europe. St. Louis: PNAS; 2011.
4. Morrison M. Sharing food at home and school: perspectives on commensality. *Sociol Rev.* 1996; 44(4):648-74.
5. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
6. Goffman E. Ritual de interação. Ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
7. Mill JE. Shrouded in secrecy: breaking the news of HIV infection to Ghanaian women. *J Transcult Nurs.* 2003; 14(1):6-16.
8. Letamo G. HIV/AIDS-related stigma and discrimination among adolescents in Botswana. *Afr Popul Stud.* 2004; 19:191-203.
9. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-40.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
11. Moreira SA. Ecologia dos convívios comensais de jovens órfãos pela AIDS em São Paulo [tese]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2014.
12. Nóbrega T. Merleau Ponty: o corpo como obra de arte. *Princípios.* 2000; 7(8):95-108.
13. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
14. Contreras J, Gracia-Arnáiz M. Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.
15. Giddens A. Mundo em descontrolo: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record; 2000.
16. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
17. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
18. Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
19. Fischler C. El (H) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama Editorial; 1995.
20. Peretti-Wattel P. Sociologie du risque. Paris: Armand Colin; 2000.
21. Couto M. E se Obama fosse Africano? E outras interinvenções. Lisboa: Caminho; 2009.
22. Sobal J, Bove CF, Rauschenbach BS. Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles. *Sociol Rev.* 2002; 50(3):378-97.
23. Todorov T. La vida en común: ensayo de antropología general. Madri: Taurus; 2008.
24. Mills W. Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
25. Fernández-Armesto F. Comida – uma história. Rio de Janeiro: Record; 2004.

26. Visser M. O ritual do jantar. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1998.
27. Bäckström A, Pirttilä-Backman AM, Tuorila H. Dimensions of novelty: a social representation approach to new foods. *Appetite*. 2003; 40:299-307.
28. Bestard J, Contreras J. La casa pairal en Catalogne urbaine. In: Gullestad M, Segalen M. *La famille en Europe*. Paris: Éditions La Découverte; 1995. p. 77-91.
29. Savoca M, Miller C. Food selection and eating patterns: themes found among people with Type II diabetes mellitus. *J Nutr Educ Behav*. 2001; 33:224-33.
30. Sobal J, Nelson MK. Commensal eating patterns: a community study. *Appetite*. 2003; 41:181-90.
31. Merleau-Ponty M. *Signos*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
32. Veríssimo LF. *A mesa voadora*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
33. Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987; 236(4799):280-5.
34. Silva VP, Cárdenas CJ. A comida e a sociabilidade na velhice. *Rev Kairós*. 2007; 10(1):51-69.
35. Douglas M. *Natural symbols – explorations in cosmology*. Harmondsworth: Penguin Books; 1973.
36. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
37. Figueiredo M, Fioroni L. Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estud Psicol*. 1997; 2(1):28-41.
38. Sobal J. Sociability and meals: facilitation, commensality, and interaction. In: Meiselman HL. *Dimensions of the meal: the science, culture, business, and art of eating*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000. p. 119-33.
39. Bimbela JL. *Sociologia del SIDA. Jóvenes y sexualidad en Andalucía*. Madrid: Siglo XXI de Espanã Editores S.A.; 2002.
40. Douglas M, Isherwood B. *The world of goods: towards an anthropology of consumption*. London: Routledge; 1996.
41. Amorós C. Ética y antropología. In: Sánchez CG; Carpintier JM. *La aventura de la moralidad*. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2007. p. 184-223.

Moreira SA, França Junior I, Jacob M, Cabral A, Martirani LA. Percepción de riesgo como estrategia de convivencia comensal con jóvenes huérfanos por VIH/SIDA en São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):141-52.

En el contexto del VIH/SIDA, las familias acuerdan estrategias comensales para reducir riesgos. Con el objetivo de identificar percepciones de riesgo en las convivencias comensales se desarrolló un estudio cualitativo con jóvenes huérfanos debido al SIDA. Los datos se obtuvieron durante entrevista con preguntas sobre el cotidiano. Se utilizó la propuesta de Wright Mills de la artesanía intelectual, en la cual los sujetos se consideran actores históricos y sociales. Las estrategias mediante la percepción de riesgo del VIH/SIDA se consideraron acuerdos pactados por la familia para asegurar la interacción social. Fue posible observar que las estrategias incluyen la restricción del toque y del contacto corporal, separación de utensilios e inutilización de la comida tocada por personas que son seropositivas. La percepción del riesgo puede ser consecuencia de la inconstancia de los hallazgos científicos y de creencias que refuerzan el proceso de estigmatización y discriminación.

Palabras clave: Comensalidad. VIH/SIDA. Percepción de riesgos. Jóvenes huérfanos.

Submetido em 20/05/16. Aprovado em 16/12/16.