

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIO DE
SERGIPE**

**NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO**

GLEIDE SELMA DE ARAÚJO DANTAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PORTADORES DE
HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

Aracaju
2008

GLEIDE SELMA DE ARAÚJO DANTAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PORTADORES DE
HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e de Extensão da FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialização em Saúde Ocupacional.

Orientador: Eduardo J. N. Shoucair

Aracaju
2008

GLEIDE SELMA DE ARAÚJO SANTAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PORTADORES DE HIV/AIDS DO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

**Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-graduação da Faculdade
de Administração e Negócios de Sergipe como requisito necessário para
obtenção do Título de Especialista Saúde Ocupacional.**

Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Orientador(a)

1º examinador

2º examinador

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que são meus referenciais de vida, de “estar” humano.

A minha filha Ana Beatriz razão da minha vida.

A minha irmã Ana Cristina pelo carinho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que por sua bondade infinita, me permitiu ser o que sou e me deu força para lutar durante essa caminhada.

A minha filha Ana Beatriz, que é o melhor e o mais significativo dos presentes que Deus me confiou.

Aos meus pais Milton Dantas (in memória) e Maria José, pelo amor e dedicação. Por ter sido exemplo de coragem, força e bondade.

A minha irmã Ana Cristina, pelo apoio e carinho. Obrigado pela amizade e companheirismo.

Aos meus irmãos Milton e Juca, pelo amor e carinho.

A amiga Cascia, pelo carinho.

Ao meu orientador Eduardo Shoucair, pela competência, disponibilidade e dedicação para realização deste trabalho.

A minha cunhada Izabella, pelo carinho e dedicação.

A minha amiga Kátia, do Departamento de DST/AIDS da Secretária do Estado da Saúde, pelo fornecimento de dados.

Aos entrevistados, pela confiança depositada em compartilhar suas vivências, contribuindo para o enriquecimento da minha pesquisa.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse realizar esse trabalho.

EPÍGRAFO

“Felicidade é poder estar com quem você gosta em algum
lugar...”

Já amei e fui amada

Já amei e não fui amada

Já tentei esquecer pessoas inesquecíveis

Já tentei substituir pessoas insubstituíveis

Já gritei e pulei de tanta felicidade

Já vivi de amor

Já perdoei erros quase imperdoáveis

Já fiz coisa por impulso

Já me decepcionei com pessoas que
nunca pensei me decepcionar

Já abracei pra proteger

Já fiz juras eternas

Já chorei ouvindo música e vendo fotos

Já pensei que fosse morrer de tanta
saudades

Já tive medo de perder alguém especial e
acabei perdendo

Mas...Vivi...!

E ainda Vivo...!

Isso que importa

“Carlos Drummond de Andrade”.

RESUMO

Este trabalho visa investigar e analisar as representações sociais dos portadores de HIV/AIDS a partir dos próprios sujeitos, como a enfermagem pode contribuir para tal, fizemos um estudo acerca da AIDS, desde seu histórico até as reações psicológicas frente ao diagnóstico soropositivo. Foi feita uma breve explanação sobre a teoria das representações sociais, ideologia e a questão do preconceito. Procurou-se delinear os conceitos incorporados pelos portadores do vírus, sendo feita, em seguida uma análise qualitativa dos dados como objeto de analisar o conteúdo dos recursos destes autores sociais, no que se refere às concepções do HIV/AIDS, aos conflitos psicológicos frente ao preconceito e discriminação, quando são excluídos do convívio social e são obrigados a abandonarem a profissão. Buscou-se informações sobre os principais fatores que levam as pessoas a tornarem-se vulneráveis ao HIV/AIDS. Os discursos foram analisados segundo proposta de Minayo, em que se procurou enfatizar a forma como são elaborados e quais os valores que estão introjetados nos indivíduos ao posicionarem-se frente as questões sobre esta temática. O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista aberta, com roteiro semi-estruturado, gravada e transcrita nos moldes do roteiro definido por Minayo. Ao final, ficou comprovado que os portadores de HIV/AIDS são discriminados pela sociedade, mas se isolam e não assumem um papel de trabalhar contra o preconceito e discriminação que se consideram vítimas.

PALAVRAS- CHAVE: Representações sociais, Preconceito, HIV/AIDS.

ABSTRACT

This work aims to investigate and analyze the social representations of individuals with HIV / AIDS from the very subjects such as nursing can contribute to this end, we did a study on AIDS, since its history until the reactions psychological front of the HIV positive diagnosis. It made a brief explanation on the theory of social representations, ideology and the issue of prejudice. It was outlining the concepts embodied by carriers of the virus, being made then a qualitative review of the data as an object to examine the contents of the resources of these authors social, regarding conceptions of HIV / AIDS, the psychological conflicts facing the prejudice and discrimination, when they are excluded from social coexistence and are forced to abandon the profession. The aim was to information on the key factors that lead people to become vulnerable to HIV / AIDS. The speeches were analyzed according to Minayo proposal, which sought to emphasize how they are prepared and what the values are introjetados individuals in the position up front the questions on this topic. The research instrument used was an interview open, with semi-structured guide, recorded and transcribed in the form of the roadmap defined by Minayo. At the end, it was comporvado that carriers of HIV / AIDS are discriminated against by society, but if isolate and not assume a role of working against the prejudice and discrimination that are considered victims.

KEYWORDS: Representations social, Prejudice, HIV/AIDS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS.....	15
2.1 Histórico.....	16
2.2 Os chamados “Grupos de Risco”.....	22
2.3 Transmissão, prevenção, fases clínicas e tratamento.....	24
2.4 Reações psicológicas e alterações psiquiátricas frente ao diagnóstico soropositivo.....	30
3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	32
3.1 Representações sociais da AIDS: um campo de estudo e expansão.....	40
4 IDEOLOGIA.....	52
5 O PRECONCEITO RELACIONADO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS.....	56
5.1 O preconceito e o HIV/AIDS.....	56
5.2 O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS.....	58
5.3 HIV/AIDS e Direitos Humanos.....	61
6 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS.....	66
6.1 Representações Sociais dos portadores de HIV/AIDS a partir do próprio sujeito e o papel da enfermagem.....	66
6.1.1 Definição da AIDS.....	66
6.1.2 Ocorrência da transmissão do HIV/AIDS: fatos reais após ter recebido o diagnóstico soropositivo.....	67
6.1.3 Representação do HIV/AIDS para o portador antes e depois a transmissão.....	69
6.1.4 O portador de HIV/AIDS como vítima de preconceito e discriminação.....	70

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE.....	81
ANEXO.....	82

1 INTRODUÇÃO

O estudo das Representações Sociais trouxe para enfermagem, um instrumento de suma importância para o conhecimento dos saberes do senso comum como modelos e formas de aquisição de conhecimento sobre os objetos e experiências da realidade cotidiana dos sujeitos em comunidade.

Os fenômenos sociais são estudados pelo saber científico em busca de compreensão e explicações calcadas, em processos sistemáticos, próprios para validação de suas teorias. No processo de aquisição de conhecimento pela população em geral, o saber comum é base para a criação de teorias, que também procuram respostas para os acontecimentos cotidianos, passando por etapas de elaboração e reformulação contínua, transladas pelos próprios sujeitos, que experienciam a realidade.

São conceitos criados a partir da vivência de uma pessoa, grupo ou comunidade, que irão influenciar quiçá determinar, o rol de comportamentos e atitudes de um sujeito diante de sua realidade, esta, que, por mais que seja multiforme possui um ponto de vista social, que depura sua percepção: o parâmetro de suas representações simbólicas e sociais aprendidas e passadas como saber histórico-prático de indivíduo a indivíduo em seu desenvolvimento psicossocial.

Na busca de contribuir para a reflexão e debate, que são levantados pelas ciências sociais e humanas, este estudo aborda representações sociais, ideologia, preconceitos e discriminação relacionados aos portadores de **HIV/AIDS**. Os comportamentos e posturas manifestados por um sujeito diante do seu adoecimento são produtos do que é introjetado e que propaga socialmente como verdade. Sendo assim, emergiu o interesse em investigar e analisar as Representações Sociais a partir dos clientes soropositivos do Município de Aracaju Sergipe e que o representam para eles o saber científico diante da questão.

Um dos papéis da Enfermagem está em desenvolver meios de informações que conscientizem as pessoas sobre os portadores de **HIV/AIDS**, com o intuito de promover uma maior aceitação deles na vida social. Cabe também a enfermagem prestar paralelamente um apoio psicológico aos pacientes e familiares de toda população infectada, pois, há, além de um sofrimento físico, uma seqüência de mudanças como: a identidade individual, corporal e social, o trabalho, a independência e as relações de afetividade, vindo à tona uma desestruturação psicológica muito grande a partir do momento em que se recebe o diagnóstico soropositivo. A família inevitavelmente também passa todas as mudanças justamente com o paciente, tendo, inclusive, uma função fundamental na sua reabilitação, pois, tanto o paciente como as famílias são também afetadas pelo preconceito, a discriminação e o desprezo praticado por toda sociedade.

A AIDS trouxe para a sociedade uma crise de valores morais e éticos, na qual, os comportamentos adotados após a queda de vários tabus religiosos e morais, como: a naturalização na perda da virgindade feminina, a manifestação homossexual, o surgimento os anticoncepcionais, da camisinha, das diversas maneiras de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e da gravidez não planejada, direcionou a população a agir com maior liberdade sexual. Com o surgimento da AIDS houve a necessidade da sociedade repensar essa liberdade sexual.

A AIDS, atualmente, é a doença que enfrenta maior preconceito e discriminação por parte da sociedade, pois é transmissível, mata e principalmente por estar ligada ao sexo, a tabus ainda presentes, em nossa sociedade como homossexualidade. Ao ser diagnosticada é logo entendida como uma sentença de morte, apenas dos avanços da medicina, já proporcionarem um prolongamento da vida e uma melhor sobrevida.

O universo social da AIDS não se constitui apenas dos tão divulgados "Grupos de Riscos". Nestes grupos são detectados, propositadamente, os homossexuais, as prostitutas, os dependentes químicos, hemofílicos e até os negros

(AQUINO, 2001). Posteriormente, a versão de “grupos de riscos” foi substituída pela versão de “Comportamento de Risco”, em virtude da comprovação de que qualquer sujeito pode ser contaminado (LIMA, 1996).

O referido trabalho tem como metodologia a pesquisa bibliográfica, fundamentada nos pressupostos teóricos da psicologia social. Como procedimento metodológico utilizou-se a investigação qualitativa, a exploração de campo e, como técnica, a entrevista aberta, com roteiro semi-estruturado que serviu de amostragem para o trabalho.

A amostra desta pesquisa foi constituída por pacientes portadores de **HIV/AIDS** do município de Aracaju-Se de ambos os sexos.

A entrevista é uma técnica de investigação científica, que possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível de conhecimento, é também uma relação que se estabelece entre duas ou mais pessoas em que estas intervêm como tais, ou seja, cada uma desempenha o seu papel. O roteiro da entrevista foi utilizado visando perceber o ponto de vista dos sujeitos quanto aos objetivos da pesquisa e como um norteador (MINAYO, 2000).

A coleta de informações deu-se através de fontes primárias e secundárias. Entre as primárias enquadram-se as entrevistas acima explicitadas, enquanto as secundárias utilizaram-se do método bibliográfico, abarcando livros, Internet, artigos científicos, periódicos, enfim tudo aquilo que foi encontrado e que pode de algum modo enriquecer este trabalho.

Portanto, este trabalho desdobra-se num conjunto de cinco capítulos, abordando no primeiro a epidemias do **HIV/AIDS**, conceito e histórico desde seu surgimento até os dias atuais, enfatizando os dados epidemiológicos no mundo, Brasil, Nordeste, Aracaju/SE, como também especifica os chamados grupos de risco, transmissão, prevenção, fases clínicas, tratamento e reações psicológicas e alterações psiquiátricas frente ao diagnóstico soropositivo. O segundo capítulo

refere-se à teoria das Representações Sociais; o terceiro aborda a ideologia, o quarto enfatiza o preconceito relacionado aos portadores de AIDS, a discriminação e os direitos humanos. Em seguida, o quinto capítulo é composto pela análise dos resultados que se mostram de forma qualitativa, através de comparativos entre a fundamentação teórica e os dados obtidos na prática, confirmando alguns aspectos, desconsiderando outros, além de demonstrar o valor heurístico de pesquisa científica. Por fim, aponta-se as considerações finais com sugestões para futuras pesquisas.

2 EPIDEMIA DO HIV/AIDS

Antes de falarmos sobre a história do **HIV/AIDS** e suas conseqüências sociais e emocionais fez-se necessário entender o que é HIV e o que é AIDS.

AIDS em inglês (Aquired Immune Deficiency Syndrome) ou SIDA em português (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) quer dizer: Síndrome (conjunto de sinais e sintomas) da Imuno (relativa ao sistema imunológico do corpo, a defesa contra germes: a imunidade é a capacidade que o organismo tem para reconhecer e destruir agentes “invasores”, que o “atacam”). Deficiência (enfraquecimento, estado de imperfeição. A deficiência relaciona-se à perda da capacidade que o organismo tem para se defender, quando, então, passa a ficar exposto a uma multiplicidade de agentes infecciosos). Adquirida (não é hereditária). A AIDS é uma doença infecciosa produzida por vírus (HIV) caracterizada pela diminuição da capacidade imunológica da pessoa, o que a põe sob risco de contrair infecções graves ou neoplasias. Transmitida por contato sexual ou por contato com o sangue as pessoas contaminadas, está espalhando-se pelo mundo todo, alcançando níveis preocupantes entre todos os grupos de pessoas que praticam comportamento de risco (sexo sem preservativo, uso de drogas injetáveis, receptores de transfusão de sangue pessoas com múltiplos parceiros sexuais, etc.) (PINEL & INGLES, 1996).

HIV em inglês (Human Immunodeficiency Vírus) ou VIH em português (Vírus da Imunodeficiência Humana). O HIV é o vírus causador da AIDS, que entra no corpo e, após um período de tempo, destrói o sistema imunológico do organismo. O indivíduo passa a ter AIDS quando o vírus já causou dano suficiente ao sistema imunológico, permitindo que outras infecções e alguns tipos de câncer se desenvolvem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

2.1 Histórico

No fim da década de 70 e começo dos anos 80, a comunidade científica assistia com perplexidade ao aparecimento de doenças muito raras em homens jovens, previamente saudáveis e com práticas homossexuais. Até então, estavam limitadas às pessoas idosas e gravemente imunodeprimidas. Entre elas, destacam-se um câncer raríssimo de vasos sanguíneo, denominado sarcoma de Kaposi, que até esse momento era de baixa malignidade, e uma pneumonia causada por um microorganismo chamado *Pneumocystis carinii* (RACHID & SHECHTER, 2005).

Por ter sido identificada inicialmente entre homossexuais, a AIDS começou a ser conhecida como “parte gay” ou “peste rosa”, referência vaga ao triângulo invertido rosa, utilizado pelo nazismo, para identificar homossexuais nos campos de concentração, “como se uma doença pudesse ter preferência sexual”. Foi chamada também pelos profissionais de saúde norte-americanos de GRID (Gay Related Immune Deficiency ou Deficiência Imunológica Relacionada à Homossexualidade). Com o tempo passaram a se referir a ela como a “doença dos quatro” “Hs”, por surgir também, entre haitianos, hemofílicos, homossexuais e heroínômanos (usuários de heroína endovenosa). Logo depois foi descoberto que homens e mulheres se infectavam por contato heterossexual (PINEL & INGLES, 1996).

Segundo Pinel e Ingles (1996) foi em 1981, que o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos chamou a AIDS de (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Até esse momento, suspeitava-se de que havia algum microorganismo envolvido na transmissão da AIDS. Cientistas do mundo inteiro faziam experimentos na tentativa de identificar esse agente causador que era transmitido pelo sexo e pelo sangue. Em 1983, a equipe do Instituto Pasteur, na França, chefiada pelo doutor Luc Montaigner, identificou o vírus, batizando-o de LAV. Mas foi o pesquisador norte-americano Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, quem primeiro publicou a descoberta, nomeando o novo

vírus de (HTL-VIII)². Em 1984, numa tentativa de resolver o impasse, foi admitida a co-autoria e sugerida uma nova nomenclatura. O vírus passou a ser chamado de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Para Rachid e Schechter (2005), o HIV pertence à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. Ele infecta principalmente as células que apresentam a molécula (CD4)³ em sua superfície, predominantemente linfócitos CD4 (linfócitos T4 OU T-helper)⁴ e macrófagos. A molécula CD4 age como receptor do vírus, mediante a invasão celular. Após a infecção pelo HIV, ocorre uma diminuição progressiva do número e da atividade dos linfócitos CD4, com comprometimento principalmente da imunidade celular, sendo a AIDS uma manifestação tardia e avançada desse processo.

Acredita-se que o vírus tenha encontrado seu caminho até o homem a partir dos macacos-verdes africanos, o *Cercopithecus aethiops* que podem se portadores do vírus, sem que este destrua seu sistema imunológico, transmitindo provavelmente através de mordidas, sexo ou abate, para obtenção de alimentos e vestimenta. Estudo constatou que 42% (quarenta e dois por cento) de um grupo de macacos-verdes saudáveis tinham sangue indicando infecções pelo vírus da AIDS. Essa evidência não foi encontrada em grupo de outros primatas como os chimpanzés ou babuínos (VALENTIM, 2003).

²A sigla HTLV-III é a da expressão "vírus Linfotrópico da célula T Humana, tipo III, em inglês. Significa: "H", que invade seres humanos; "T" ataca as células T; "L", é linfotrópico, no sentido de que produz um resultado previsível em células invadidas; "V" é um vírus do tipo "III", é o terceiro retrovírus humano descoberto, conforme (VALENTIM, 2003).

³Linfócitos CD4 – É um receptor presente nos linfócitos T- auxiliares, ao qual liga-se o HIV, para iniciar a infecção da célula, usado também para designar as células T-helper o auxiliar (VALENTIM, 2003).

⁴Os linfócitos T são uma sub-produção de glóbulos brancos, especializados na defesa imunológica que atuam em contato direto com o invasor. São frequentemente utilizados como marcadores imunológicos sensíveis à modulação psicológica (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

Segundo Valentim (2003) a origem africana do vírus é sustentada também com base noutros argumentos como o fato de que algumas regiões da África Central apresentarem a maior taxa de infecção e porque várias espécies de macacos estão infectados com o SIV (Vírus da Imunodeficiência dos Símios), relacionado com o HIV.

Várias teses foram apresentadas antes e depois da descoberta do HIV. Porém uma delas merece especial referência. O Dr. Robert Gallo denominou-a de “apoteose do abstrato moderno”, de tão absurdo. O cientista Peter Duesberg, de Berkeley, expressou-a e incentivou. Dizia o cientista, basicamente, que a AIDS seria causada por nada específico, que era apenas uma questão de estilo de vida. Esse mesmo cientista afirmava também que a AINS era causada por quase tudo; heroína, cocaína, antibióticos, micróbios diversos, qualquer coisa. Para ele a AIDS é um conjunto de doenças que ataca as vítimas devido à destruição do sistema imunológico. A sua divergência com a tese dominante está nas causas da síndrome. Em vez de ser contagiosa, a AIDS seria um problema comportamental, ou uma “epidemia química” (GALLO, 1994).

O mesmo pensamento de Duesberg é encontrado em Aquino (2001), definido a AIDS, como a consequência da demolição das células e moléculas do sistema imune, capaz de atingir qualquer pessoa que se exponha a certos riscos do comportamento social, desde o estresse, drogas, medicamentos, irradiações, até a fonte. Há um grupo de cientistas em diversos países que defende a tese que a AIDS não seria causada por HIV. São considerados os “rebeldes da AIDS”, surgiram em 1991 e o nome oficial é Grupo para Reavaliação Científica da Hipótese **HIV/AIDS** (Duesberg só se juntou a eles em 1993) (PEIXOTO, 2000).

Porém, a tese que, desde meados de 1983, tem prevalecido é a de que um determinado tipo de vírus, denominado HIV, é a causa da AIDS. Diversos cientistas, organismos e entidades da comunidade científica mundial aceitaram essa teoria, a exemplo do Center for Disease Control-CDC⁵, do National Institute of Health-NHI, da Academia Nacional de Ciências do Instituto de Medicina, todos dos EEUU,

do Instituto Pasteur da França, da Organização Mundial de Saúde – OMS, dentre outros (VALENTIM, 2003).

A evolução da doença no mundo está marcada por algumas fases. A primeira vai de 1981, quando não se suspeitava da presença da doença e o vírus disseminava-se de forma despercebida. A segunda fase compreende o período de 1981 até 1985, marcado pelas pesquisas que culminaram na descoberta do vírus e das formas de transmissão. A terceira corresponde ao período do início da mobilização global contra a doença, a partir da qual foram criados programas nacionais e mundiais de combate à epidemia, despertando a solidariedade internacional. No ano de 1987, a Organização Mundial de Saúde criou uma estratégia global de combate à AIDS, que foi universalmente adotada como projeto-padrão. Essa fase compreende o começo da década de noventa, quando se inicia a aplicação de recursos financeiros, na ordem internacional, no combate à doença. Ainda nesta década, iniciou-se uma nova fase, na qual a doença nos países desenvolvidos encontra-se controlada o que não se verifica nos países em desenvolvimento, em especial os localizados na África e no Caribe.

Segundo Valentin (2003), no relatório de dezembro de 2002, estima a Organização Mundial da Saúde (OMS) que, atualmente, existem no mundo cerca de 42 (quarenta e dois) milhões de pessoas portadoras do HIV, com idade entre 15 (quinze) e 49 (quarenta e nove) anos: dessas, 5 (cinco) milhões foram infectados só no ano de 2002. Além disso, estima-se que, por causa da AIDS, só no ano de 2000 morreram cerca de 3 (três) milhões de pessoas e no ano de 2002 outras 3,1 (três vírgula um) milhões. O número acumulado de falecimentos desde o início da epidemia é da ordem de 21,8 (vinte e um vírgula oito) milhões de pessoas. Estima-se que aproximadamente 15.000 (quinze mil) pessoas são infectadas diariamente no mundo, dos quais, mais de 95% (noventa e cinco por cento) ocorreram nos países em desenvolvimento.

⁵O CDC - Center for Disease Control, uma agência federal norte americana, responsável pelo acompanhamento de tendências que possam afetar a saúde pública. Semanalmente, O CDC publica o Relatório Semanal de mortalidade e Mobilidade – RSMM, uma análise especializada de mortes e doenças recentes. Recentemente sua denominação for alterada para Center for Disease Control and Prevention (VALENTIN, 2003).

A AIDS foi identificada pela primeira vez no Brasil, em 1982. Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do país. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os Estados, a epidemia da AIDS, não se distribui de forma homogênea, observando-se a maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil. Os novos dados revelam que a epidemia de AIDS no Brasil está num processo de estabilização embora em patamares elevados, tendo sido diagnosticado, em 2003 um total de 32.247 casos com uma taxa de 18,2 casos pro 100.000 habitantes. Entre os anos de 1980 e 2004 foram registrados um total de 362.364 casos no país. A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre homens, que registrou, em 2003, 22,6 casos por 100 mil homens, menor do que observada em 1998, de 26,3 por 100 mil. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa de incidência em 2003:14,0 casos por 100 mil mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Na região Nordeste, alguns casos de AIDS foram registrados de 1983 e 1984, mais epidemia se anuncia efetivamente no ano de 1985, com 27 notificações, reportadas principalmente no Estado de Pernambuco. A incidência dobra no ano seguinte, alcançando o coeficiente de 0,2 por 100.000 habitantes, já nesse momento, atingindo a todos os Estados da Região. A epidemia experimenta, em seguida, o seu incremento relativo e absoluto no ano de 1987, com um crescimento de 150% nos coeficiente de incidência. No de 1988 a incidência anual foi para 2,0 por 100.000 habitantes. Enquanto que entre 1991-1994, a velocidade de crescimento da epidemia na região reduz-se bastante, estabilizando-se no período, produzindo coeficientes variados observando-se no ano seguinte, pela primeira vez, uma importante redução (da ordem de quase 30%) dos coeficientes de incidência, que recuam para 1,7 pro 100.000 habitantes em 1995. Este decréscimo ocorre em maior ou menor grau em todos os Estados da Região Nordeste, exceto, na Bahia, Paraíba e Maranhão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em Sergipe, foi notificado um público alvo de 1522 casos de HIV/AIDS entre os anos de 1987 a julho de 2007, dos quais 1471 são adultos, sendo que 999 são do sexo masculino e 434 são do sexo feminino. O número de notificações em crianças menor de 1 ano do sexo masculino são 03 casos (0,3%) e do sexo feminino 04 casos (0,9%), de 1-4 anos do sexo masculino 11 casos (1,1%) e do sexo feminino 16 casos (3,7%), de 5-9 do sexo masculino 04 casos (0,4%) do sexo feminino 06 casos (1,4%), de 10-14 04 casos (0,4%) do sexo feminino 01 caso (0,2%) de 15-19, 17 casos do sexo masculino (1,7%) e do sexo feminino 12 casos (2,8%), de 20-34, 480 casos (48%) do sexo masculino e do sexo feminino 243 casos (56%) de 35-49, 401 casos (40,1%) do sexo masculino e 129 casos (29,7%) do sexo feminino de 50-64, 74 casos (7,4%) do sexo masculino e 21 casos (4,8%) do sexo feminino de 65-79, 05 casos (0,5%) e 0,2 casos (0,5%) do sexo feminino. A categoria mais atingida é a heterossexual, com um crescimento considerável em mulheres casadas, seguida, a homossexual, a bissexual, usuários de drogas, perinatal e hemofílico (SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE/SE, 2007).

Através dos dados obtidos na Secretária de Estado da Saúde/SE, foi constatado que 684 dos casos de HIV/AIDS encontram-se em Aracaju, enquanto os municípios que apresentam maiores números de casos são: de Nossa Senhora do Socorro com 129 casos, em seguida Itabaiana com 82 casos; Estância com 49 casos; Lagarto 46 casos; São Cristovão 36 casos; Campo do Brito 31 casos; Boquim 30 casos; Tobias Barreto 19 casos; e a mesma quantidade de pessoas com a doença encontra-se na Barra dos Coqueiros e Própria com 18 casos; em Simão Dias 15 casos; em Capela 14 casos, em Ribeirópolis e Rosário do Catete 10 casos e o restante dos municípios sergipanos tem menos de 10 casos.

O primeiro caso de AIDS de Sergipe surgiu há 18 anos e o portador da doença foi de Itabaiana, provavelmente caminhoneiro. Os caminhoneiros são vulneráveis ao HIV/AIDS devido à falta de proteção nas relações sexuais e pouca frequência do uso de preservativo.

2.2 Os chamados “Grupos de Risco”

As manifestações clínicas da AIDS surgiram na África, relacionadas aos negros, entretanto está hipótese fora logo descartada. Sendo assim, foi, atribuída aos chamados “grupos de risco”, constituídos pelos hemofílicos, consumidores de drogas injetáveis, principalmente profissionais do sexo e homossexuais, por estes levarem uma vida sexualmente mais ativa e menos cuidadosa. Isso criou um estigma muito forte, no qual as pessoas que não pertenciam a esses grupos sentiram-se imunes à doença (HANAN, 1994).

Segundo Terto Júnior (2002), as relações entre homossexuais e saúde neste último século tem sido motivo de debates e controvérsias. Durante esse período a homossexualidade foi considerada uma “doença”, e os indivíduos com práticas homossexuais, tratados como se fossem portadores de alguma patologia ou distúrbio que poderia se diagnosticada como de origem biológica ou de um desenvolvimento psíquico inadequado.

O comportamento entre os sexos não pode se explicado apenas em termos biológicos, mas antes são constituídos socialmente. Assim, as práticas e as idéias tanto sobre a heterossexualidade como a homossexualidade modifica-se de acordo com a cultura e com o contexto que estes pertencem. Segundo Daniel e Baudy (1973), a homossexualidade não pertence ao domínio da patologia, muito menos à delinquência, pois, foram às condições de nossa sociedade ocidental que fizeram dessa forma de sexualidade um fenômeno marginalizado, para os autores citados. A única forma de explicação legítima deve ser através de um estudo sociológico, pois, a sexualidade é um fator de importância primordial na humanidade.

O advento da AIDS complexificou essas relações e serviu de motivo para o aumento de preconceito contra os homossexuais, transformando a homossexualidade masculina em sinônimo de AIDS. Passados mais de 20 anos a

doença continua sendo um grave problema no cotidiano dos homossexuais masculinos. As representações sociais que identificam os homossexuais ora como vilões, ora como vítimas da AIDS, permanecem e fazem com que, ainda hoje sofram os estigmas e preconceitos.

[...] Os homossexuais masculinos na década de 80, devido, à equivocada percepção de AIDS como “pestes gays”, foram uma das principais vítimas dos preconceitos e discriminações, o que “reforçou” e deu suposta legitimidade à discriminação anti homossexuais [...] (MOTT, 2002).

Por uma grande falta de investimento dos órgãos públicos no sistema de políticas públicas de saúde, e os hemofílicos foram durante um determinado período efetivamente atingidos pela infecção do HIV, contribuindo na proliferação da AIDS. Os hemofílicos recebiam sangue nas transmissões sem passar pelos testes utilizados para detecção do HIV, tais como o ELIZA (teste imunoenzimático). Hoje, antes de quaisquer transfusões sanguíneas, são realizados todos os teste anti-HIV, diminuindo a possibilidade de contaminação, pois o risco não é totalmente descartado, porque o vírus somente pode ser detectado num período de 4 a 6 meses após adquirido (LIMA, 1996).

Quanto ao grupo dos usuários de droga injetáveis (UDI), a contaminação dava-se pelo uso da mesma seringa (com sangue contaminado) pro várias pessoas. No final da década de noventa, no Brasil, cerca de 27% do total de casos de AIDS reportados ao Ministério da Saúde estão relacionados aos usuários de droga injetáveis. Desde 1982, quando registrou-se o primeiro caso nesse grupo esta relação soltou de 2,7% em 1990 (MARQUES, 1999).

Segundo Marques (1999), as parceiras sexuais de usuários de drogas injetáveis, também estão sendo contaminadas e o número de casos entre essas mulheres é elevado. Isso ocorre em decorrência da crença na fidelidade de seus parceiros, ou porque não se sentiam à vontade para exigir preservativo no ato sexual. Dessa forma, configura-se a feminização e heterossexualização da epidemia

em nosso meio. E, como decorrência da chamada transmissão vertical, surge e cresce a AIDS pediátrica, na qual a mulher infectada transmite o HIV ao seu bebê, durante a gestação, o parto ou através da amamentação.

No entanto, já se sabe que todas as pessoas independentemente do sexo, cor, raça etc... podem contaminar-se, e os antes chamados “grupos de risco” passaram a ser chamados “comportamentos de risco” (HANAN, 1994). Essa noção de “comportamento de risco”, leva em conta as práticas que fazem o indivíduo ter maior ou menor grau de exposição ao **HIV/AIDS**, e não os grupos sociais aos quais pertencem.

A AIDS é uma epidemia global, ainda que mantidos determinados padrões de expansão e disseminação locais, conforme a situação de cada país ou comunidade possuindo características urbanas e este é um fator decisivo em sua expansão. Outros fatores, como a migração populacional, a urbanização, o esgarçamento do tecido social, a dificuldade de acesso a serviço de saúde, o declínio da economia, a situação social desfavorável às mulheres e, finalmente, a atual epidemia de doenças sexualmente transmitidas constituem condições favorecedoras da disseminação de epidemia de AIDS.

2.3 Transmissão, prevenção, fases clínicas e tratamento

Segundo Lima (1996), as principais formas de transmissão do HIV são: sexual, por relações homo e heterossexuais através do sêmen, sanguínea, em receptadores de sangue e em usuários de droga injetáveis, abrangendo a transmissão de mãe para filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno. Há, também, a ocupacional, que é a que ocorre por acidentes de trabalho em profissionais de saúde que sofrem ferimentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes com infecção pelo HIV. A principal forma de exposição no mundo todo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual através de relações

sem uso de preservativo é considerada, pela OMS, como a mais freqüente do ponto de vista global.

A transmissão ocorre através de relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados e da mãe para o filho. O risco de transmissão é o mesmo nas relações sexuais a heterossexuais como nas homossexuais, aumentando quando há prática do intercurso anal na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado. A presença de doenças sexualmente transmissíveis e relações sexuais durante o período menstrual aumentam a possibilidade de transmissão do HIV (RACHID & SCHECHTER, 2005).

De acorde com Pinel & Inglesi (1996), reinfecção, é o contato repetido com o HIV. Quanto mais contato com o HIV a pessoa tiver, mais rapidamente desenvolverá a doença. Isto se deve a vários fatores, principalmente ao fator de que, quando uma nova carga de vírus entra no corpo de uma pessoa infectada, procura penetrar em células que ainda não contém o HIV. Com o aumento do número de células infectadas, o organismo do indivíduo ficará ainda mais debilitado. Portanto, o uso de preservativo nas relações sexuais, é indispensável, mesmo se ambos os parceiros estiverem infectados têm quer evitar a reinfecção.

Várias são as formas de prevenção de infecção pelo HIV. Essas formas, geralmente são de duas naturezas. Uma direcionada às políticas e às ações estatais globais, definidas pelos Estados como meio de enfrentar não só a epidemia do HIV, como também, a transmissão de outras doenças infeto contagiosas em seus territórios; outras de natureza pessoal são relacionadas aos cuidados que as pessoas podem e devem ter para evitar a contaminação e ou a transmissão do vírus HIV, como também, por aqueles que não infectadas, podem estar sujeitas a serem contaminadas, se não observarem as medidas e as técnicas que são definidas com esse propósito. Há mediadas relacionadas ao contato pessoal intimo, ao contato social, incluindo neste último providencias a serem observadas no ambiente de trabalho: “são as normas de biossegurança” (GOLD, 2000).

Uma das formas de prevenção da transmissão da infecção, considerada como preferível, está na educação e no estímulo da mudança voluntária de comportamento. Somente a educação maciça, bem organizada, poderosa persuasiva sobre a redução dos riscos pode alterar os rumos do quadro que se delineia para a infecção. Todas as formas de prevenção são importantes, mas é necessário compreender, informar, estimular e apoiar as pessoas infectadas e não coagi-las ou discriminá-las. Devem-se tomar medidas efetivas para evitar-se a discriminação e promover os direitos humanos. Outras medidas são vigilância, através de estudos epidemiológicos, e a testagem de sangue, quando da doação, para impedir a transmissão por transfusões.

A experiência global tem demonstrado que a prevenção do HIV é totalmente possível desde que três elementos sejam observados (1) a disseminação de informações e a educação da população a cerca do que é a doença, como se transmite, como se evita etc; (2) a implementação de serviços de saúde e sociais para o tratamento dos infectados e dos doentes; e (3) a construção de um ambiente social apropriado e sensível aos problemas que dizem respeito à doença (MANN, 1993).

No Brasil, tem um trabalho pioneiro na prevenção e no atendimento ao soropositivo, através do Programa Nacional de **HIV/AIDS** do Ministério da Saúde e de representantes de organizações não-governamentais. São realizadas campanhas educativas, distribuição de preservativos, seringas descartáveis, medicamentos, disponibilização médica e psicológica (PIMENTA, 2002).

De acordo com Lima (1996); Rachid (2005); Libman e Witzburg (1995), a infecção pelo HIV está dividida em quatro fases clínicas:

Infecção aguda – ocorre na maioria dos pacientes, raramente diagnosticada por apresentar sintomas de ordem geral que muitas vezes se confundem com os quadros infecciosos auto-limitados. Geralmente acompanhados de febre, fadiga, eczantema, cefaléia, linfadenopatia, faringite, náuseas, vômito, diarreia, suores noturnos, meningite, úlceras orais e genitais, trombocitopenia, linfopenia e elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas.

Assintomática - possui duração entre 8 e 12 anos. Os infectados não costumam apresentar sinais ou sintomas. Fez-se uma história clínica do paciente, investigando-se condições de base como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças hepáticas, renais, pulmonares, intestinais, doença sexualmente transmissíveis (DST), tuberculose, doenças endêmicas, psiquiátricas (depressão, ansiedade, insônia, doença do pânico, delirium e demência), uso prévio ou anual de medicamentos. Também são avaliadas a história familiar, hábitos de vida, perfil emocional, o nível de entendimento e orientação sobre a doença.

Sintomática – período que iniciam os sintomas gerais como a perda de peso progressiva, astenia, febre intermitente, mialgia, suores noturnos, entre outros. Seu período é curto, podendo voltar ao estado anterior ou transformar-se na doença, o que é mais freqüente.

AIDS ou Infecção Sintomática tardia - mudança do estado do HIV positivo para AIDS propriamente dita. Surgem então as neoplasias e as doenças oportunistas, infecção que se desenvolvem a partir do enfraquecimento do sistema imunológico. Entre elas, estão a tuberculose, pneumonia, cânceres, diarreias, candidíase, e a infecção do sistema nervoso, como a toxoplasmose e as meningites.

Essas quatro fases acima explicitadas demonstram como se dá o desenvolvimento da epidemia da AIDS, deixando claro que o vírus (HIV) pode estar instalado no organismo, no entanto, não necessariamente manifesto. Isso aumenta a probabilidade de propagação do HIV, pois a AIDS propriamente dita, somente irá manifestar-se depois da eclosão de várias doenças em virtude da debilitação do organismo imunológico.

Desde o surgimento da epidemia de AIDS, passaram-se mais de vinte anos e não se conseguiu encontrar um remédio que trouxesse a “cura” para os soropositivos como também não se encontrou vacina eficaz que inibisse o contágio

do HIV. As pesquisas realizadas até o momento conseguiram criar medicamentos que desaceleraram a manifestação da AIDS no paciente.

A primeira droga encontrada para o tratamento da AIDS foi a azidotinidina (AZT), por mostrar-se útil no aumento da sobrevivência dos pacientes infectados, através do retardo da progressão da doença pelo HIV. Em geral a AZT foi bem tolerada, porém houve bastantes queixas entre os pacientes quanto aos efeitos clínicos (náuseas, dor de cabeça, insônia, erupção da pele e mal-estar) e causados pela ingestão dessa droga) (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

Em meados da década de noventa, surgiu um novo método de tratamento da doença, através da combinação de alguns medicamentos anti-retrovirais associados à terapia anti-retroviral, que tem por função inibir a transcriptase reversa e a protease e, por conseguinte, a carga viral, ou seja, a quantidade de vírus HIV no organismo. Esses medicamentos ficaram conhecidos como Coquetel anti-HIV. Estes novos medicamentos demonstraram eficácia, não cura, mas reduz a mortalidade imediata, melhora as infecções da imunidade e recupera infecções oportunistas (VALENTIM, 2003).

Hoje, existem cerca de quinze tipos diferentes de remédio anti-retrovirais, que podem compor o chamado “coquetel”, com muitas combinações possíveis entre eles. Os medicamentos anti-AIDS estão divididos em dois grupos os inibidores da transcriptase reversa (uma enzima exclusiva do HIV, responsável pelo processo de duplicação do material genético do vírus), que bloqueiam a ação dessa enzima dentro das células infectadas, impedindo a reprodução do HIV e os inibidores de protease (enzima responsável pela montagem das diversas proteínas que compõem o HIV) que bloqueiam a ação de outra enzima exclusiva do HIV, a protease viral. A interferência desses medicamentos leva à produção de vírus defeituosos e incapazes de infectar novas células. A associação de remédios que agem contra o HIV em diferentes fases de seu ciclo de seu ciclo reprodutivo é fundamental para a eficácia do tratamento (PORTELA, 2002).

Enquanto, como opção para futuras pesquisas, existiam importantes evidências empíricas sobre a relação entre o sistema imunológico, sistema nervosa central e fatores psicossociais em pessoas saudáveis e aquelas que apresentam algumas infecções, como por exemplo, a infecção do HIV. Estudos atuais na área da psiconeuroimunologia, que surgirem que aspectos comportamentais (hábitos e estilo de vida), psicológicos (estresse e estratégias de enfrentamento) e sociais (apoio social) podem influir na progressão da infecção por HIV.

Segundo Ulla & Remor (2002), sob essa perspectiva acentuam-se dois fatores importantes: os efeitos que podem exercer nos sistemas nervoso, imunitário e o endócrino sobre as variáveis psicológicas como emoção, estresse; e as influências que podem exercer o comportamento ou as emoções sobre variáveis imunitárias, neuroendócrinas ou sobre o estado de saúde.

As intervenções psicológicas, como treinamento em relaxamento, visualização, massagem e a permanência do indivíduo com olhos fechados, bem como, a intervenção do tipo cognitivo-comportamental de manejo do estresse, são importantes por estabelecer um bom ajuste psicológico do indivíduo, para desenvolver hábitos de vida apropriados ou adequado controle de estresse que colabora com a terapia farmacológica na manutenção de níveis imunológicos controlados, evitando na, medidas do possível, as consequências advindas da progressão do HIV. Em consequência da própria doença, bem como, seu tratamento, as pessoas que possuem o diagnóstico soropositivo sofrem de uma disfunção do sistema nervosa central (SNC) e isso causa alteração do estado mental, que em comum, são acompanhadas por alterações psiquiátricas como depressão, esquecimento, dificuldade em manter-se atento, disfunções motoras e cognitivas. Todas as alterações psiquiátricas ocorridas acabam por desenvolver reações psicológicas como veremos em seguida.

2.4 Reações psicológicas e alterações psiquiátricas frente ao diagnóstico soropositivo

Ao receber o diagnóstico soropositivo o indivíduo passa por uma série de tensões e conflitos psicossociais, pois, não tem convicção de mais nada, criando inúmeras expectativas diante da família e do trabalho, passa a imaginar o quanto ainda poderá viver, teme sobre a representação na sociedade, não sabe como irá reagir ao tratamento.

É somente após esta fase inicial, desde a realização dos testes anti-HIV, seguida do resultado positivo e todos os conflitos gerados por isso, que o portador começa a compreender e assimilar o que representa realmente a doença. Sua vida a partir desse momento passará por diversas modificações, adaptações, o portador irá “nascer novamente”, e (re)aprenderá muitos hábitos, passando a ser muito importante a interpretação/compreensão que ele tem da doença, ou seja, como a percebe, sendo relevante que o paciente comece a pensar em “viver com AIDS” e não em “morrer de AIDS” (HANAN, 1994).

A AIDS é vista como uma sentença de morte, há sensação de perdas relacionadas a sua vida, como a sua estrutura física, a situação na comunidade, a estabilidade financeira, a independência, a privacidade, seu desempenho sexual, a sua auto-estima, entre outras. Provoca sentimentos de culpa. Culpa em poder infectar outras pessoas ou mesmo dos comportamentos (homossexualidade, uso de drogas injetáveis, etc) que gerou a contaminação. Culpa-se também pela cor trazida para família, lembrando-se constantemente de fatores tristes (RACHID E SCHECHTER, 2005).

Outras pessoas ficam com raiva por terem contraído a doença. Às vezes essa raiva é internalizada podendo levar a autocensura e ao suicídio. O suicídio é bastante comum em portadores do HIV, com maior incidência em homens. É uma forma de evitar a dor e o desconforto e também de diminuição da vergonha diante

da sociedade (Ibid). Outras acreditam que a culpa é da sociedade e negam a doença, passando a propagá-la intencionalmente, motivadas pelo sentimento de vingança.

As alterações psiquiátricas são bastante comuns e dentre elas as que mais se destacam no diagnóstico da AIDS são: a depressão alternada entre negação, ansiedade ou irritabilidade. Manifestações depressivas sempre estão presentes dos pacientes internados ou no período terminal. A ansiedade, manifestação psicológica mais comum em todas as fases da infecção, pode apresentar, principalmente, inquietação, irritabilidade, pressão precordial, insônia e somatizações. A insônia, causada por ansiedade, preocupações com relação à doença, ao tratamento, ao prognóstico ou pensamento sobre o futuro e a doença do pânico é caracterizada por surtos de ansiedade aguda, acompanhadas de sintomas somáticos que podem simular patologias cardíacas, respiratórias ou neurológicas (RACHID & SCHECHTER, 2005).

Em seguida, será feita uma explanação sobre a teoria das Representações Sociais, em que procuraremos explicitar seu conceito, sua formação e aplicação como forma de conhecimento das concepções e simbolismos constituídos pelos atores sociais, na sua relação com os fenômenos compartilhados na vida em sociedade.

3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AIDS

O estudo clássico que originou a Teoria das Representações Sociais foi *La psyeanalyse, son image et son public* (1961, 1976) realizado por Moscovici, em Paris, no final da década de 50. Nessa obra, o autor estudou a representação social da psicanálise para grupos específicos daquela cidade. O seu objetivo era compreender como a teoria psicanalítica se disseminava de forma diferente nos diversos grupos. Este estudo foi realizado a partir de uma necessidade que Moscovici sentia em redefinir o campo de estudo da Psicologia Social, tendo como ponto de partida o fenômeno das representações sociais.

O termo representação social, segundo Moscovici (1998), parte do conceito de representação coletiva criada a partir de Durkheim e Lévi-Bruhl. Estes autores preocupavam-se em criar uma teoria que explicasse o pensamento místico, mágico e religioso. Na compreensão de Durkheim e Lévi-Bruhl, havia a necessidade de uma teoria que explicitasse fenômenos como pensamento social, a comunicação e a semiótica. Para Durkheim "(...) as representações a coesão social e constituem fenômenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum" (VALA, 1993). A partir da afirmação de Durkheim, da teoria da linguagem de Saussure, da importância da idéia de desenvolvimento cultural de Vigotsky e, ainda, da teoria das representações infantis de Piaget, Moscovici elaborou sua Teoria das Representações Sociais (RS). Esta teoria pretende dar conta dos fenômenos objetivos existentes na relação entre os homens, com a natureza e a sociedade, compreendendo os processos de influência que o fenômeno das representações sociais exerce sobre os seres humanos nas suas ações cotidianas. A teoria das RS visa resgatar a compreensão do mundo, a partir dos conceitos elaborados pelos grupos, indo ao encontro das explicações disseminadas no "senso comum".

Segundo Moscovici (1981), as representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal neste processo. São consideradas como “teorias do senso comum”, criadas pelos grupos como forma de explicitação da realidade. Elas se parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais.

Assim, a representação social formaliza uma “(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamento e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978). De acordo com Jodelet (1984), a representação social é uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que faz com que isso aconteça se dá pelo contexto concreto no qual estas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das idéias respectivas de um determinado grupo social.

A partir do conceito de representação social, devemos compreender como esta se estrutura através das relações simbólicas e da comunicação dentro dos campos de conhecimento grupal. Para Moscovici (1998), as formas de identificação concreta das representações sociais estão nas comunicações em geral, onde se elaboram os conhecimentos de senso comum. É importante ressaltar que as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos de senso comum, mas também, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado.

As representações sociais são constituídas a partir de uma forma de construção e reconstrução de sentidos dos objetos socialmente representados pelos grupos. Estas não devem ser compreendidas como uma simples cópia, interiorizada, de uma imagem vinda do exterior. Elas devem ser pensadas como um processo de construção simbólica, a partir da realidade de determinados grupos (JODELET,

1984). É importante notar como se constitui este símbolo que, segundo Jovchelovich (1998), é sempre representação de alguma coisa que foi produzida por alguém. Ele produz sentido para um ser humano, mesmo nascendo fora deste, mas não é uma ação descolada do mundo. “Sentidos têm o poder de referir e expressar” (Op cit.,p.71).

Conforme Moscovici (1978), as representações sociais possuem três dimensões: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A informação está relacionada com a sistematização de um conhecimento que determinado grupo terá do objeto. O campo de representação ou imagem, “(...) remete-nos à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das preposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação” (MOSCOVICI).

Veremos como a representação social se constitui como fenômeno. Ela é um fenômeno fundamentalmente elaborado e compartilhado entre os grupos sociais, através das relações interpessoais. Para se constituir como expressões de uma determinada forma de pensamento socialmente compartilhado são necessários alguns fatores que fazem a representação tomar este lugar de pensamento de “senso comum”. Segundo Vala (1993), existem três fatores sociais que constituem as representações sociais. São eles; dispersão da informação, focalização e pressão a inferência. A dispersão da informação acontece quando a informação vai se disseminando de várias formas, conforme as características dos grupos por onde ela passa. “A informação não circula da mesma forma, como não circula o mesmo tipo de informação em todos os grupos sociais, como ainda a ambigüidade da informação não se manifesta da mesma forma para todos” (Op, cit.,p 364). A focalização é um fenômeno marcado por questões como: moralidade, interesses profissionais e posicionamento ideológico. Estes fatores fazem com que o conhecimento do indivíduo seja “filtrado” por um conhecimento que seu grupo tenha como parâmetro. Assim, irá representar um objeto de uma forma mais sólida ou dinâmica, dependendo do objeto representado e do conhecimento que este sujeito, ou grupo, já tenha. A pressão a inferência acontece quando um indivíduo ou grupo

toma uma determinada posição frente a um objeto, a partir de seu posicionamento social, que faz com que ele possa produzir uma opinião rápida, de acordo com suas estratégias de reconhecimento da realidade.

No estudo de Moscovici sobre a psicanálise, entre diferentes grupos pesquisados, o autor encontra uma psicanálise transformada pelos “pensadores amadores”, pessoas comuns que resolvem discutir a nova ciência dando novo significado a ela. Assim, a teoria não preservava mais as características originais. Havia uma diversidade de significados elaborados pelos que tomaram a teoria e a transformaram, através das relações grupais e sociais (MOSCOVICI, 1978).

Os grupos são pensantes porque dão sentido para suas ações, agindo por suas necessidades no mundo. Quando Moscovici (1978) chamou alguns grupos sociais de “sábios amadores”, estava referindo-se àqueles que, mesmo sem serem especialistas, se propunham a discutir a teoria psicanalítica. Estes grupos, de algumas formas, apropriam-se dos conhecimentos disseminados socialmente, transformando-os de uma forma a compreendê-los. Assim, os sábios amadores vivem a divisão de um mundo caracterizado como universo reificado e universo consensual.

De acordo com Oliveira & Werba (2000), o universo reificado caracteriza-se pelo conhecimento científico e objetivo, geralmente sistematizado por técnicos através de conceituações abstratas. Neste universo, há uma divisão entre os que têm competência técnica sobre o assunto e as pessoas leigas, causando assim uma diferenciação entre estes dois mundos de explicações da realidade. No universo consensual, onde circulam as teorias de senso comum, as interações se dão entre pessoas comuns que, através das práticas interativas cotidianas, produzem as representações sociais. Nesse universo, nenhum destes integrantes possui uma competência reconhecida sobre o tema discutido, mas possuem liberdade e igualdade para debaterem e produzir as representações sociais.

Para entendermos melhor como funcionam estes universos, devemos identificar quais são os processos que estruturam uma representação social como objeto compartilhado por um determinado grupo. Os dois processos que irão constituir estes universos são: ancoragem e objetivação, fundamentais para a estruturação das representações sociais para um grupo. Estes processos são importantes para tornar um fenômeno, de maneira geral, uma representação social, ou seja, como um conhecimento que é transformado e partilhado pelo senso comum.

A ancoragem é um processo de classificação onde o não-familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar e identificado. Esta identificação é quase sempre um juízo de valor, pois uma nova informação deve ser relacionada com um objeto já conhecido, sob pena de não haver a possibilidade de ancorá-lo, pois este novo conhecimento deve ter decodificação (OLIVEIRA & WERBA, 2000). Ela acontece em dois momentos antes e depois da objetivação. Quando acontece antes da objetivação, exerce um poder de nomear (categorizar) fenômenos para os grupos sociais. Quando acontece depois, refere-se a uma função social de classificação.

Segundo Moscovici (1981) a classificação é uma das principais características da ancoragem, pois necessitamos atribuir uma característica, ou um rótulo, a algo que não nos é completamente conhecido. A classificação realizada pelo processo de ancoragem é uma forma de “dar um lugar” a determinado objeto, dentro de um conjunto de conhecimentos já representados por determinado grupo. Quando um grupo atribui um determinado valor a um objeto, ou a uma pessoa, geralmente o fez pensando positivamente ou negativamente, pois é uma atribuição pautada exatamente nos juízos de valores já estabelecidos, tanto por ele quanto por seu grupo. A classificação significa o enquadramento ou o atrelamento de uma imagem previamente pensada, de um objeto ou pessoa a um determinado grupo. Por exemplo, quando pensamos em uma pessoa portadora do HIV, a caracterizamos através de seu corpo, seus hábitos sexuais e desejos, sempre a partir do que julgamos ser o comportamento de uma pessoa doente. Classificar uma pessoa como neurótica, pobre ou liberal não é constatar um facto, é atribuir uma

posição numa taxonomia que decorre de representações sobre a doença mental, a natureza humana ou a natureza das relações sociais.

A classificação é descrita em dois processos: a generalização e a individualização. A generalização é quando quem está ancorando consegue aproximar a imagem de um objeto não-familiar, que se encontra a sua frente, com um que seja familiar. Já o processo de individualização ocorre quando o novo objeto que está sendo ancorado é visto com uma grande distancia dos objetos já reconhecidos por este que o está ancorando, criando uma imagem de objeto desviante de um modelo preestabelecido. A nomeação (categorização) é entendida por Moscovici (1981) como um processo fundamental para a ancoragem. Dar nome a um determinado objeto, ou a algo, significa inserir este objeto dentro de uma “matriz de identidade”, conferindo-lhe determinado status e determinadas características. Necessitamos dar nome aos objetos, pois do contrario não conseguimos comunicá-los como imagens possíveis de compreensão para o grupo. A nomeação pode produzir três efeitos; a) o nome permite que uma pessoa ou objeto seja descrito com uma certa atribuição de qualidades e intenções sobre ele; b) o nome dá a possibilidade de distinção de objetos ou pessoas pelas suas características distintas; c) o nome torna algo ignorado, até então, em algo reconhecido.

A objetivação, assim como a ancoragem, é mais um dos processos fundamentais para o fenômeno das representações sociais. Ela se refere a “(...) forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e formam expressões de uma realidade vista como natural” (VALA, 1993). Como definiu Moscovici (1978), a objetivação faz um conceito torna-se realidade, dando materialidade a ele, através de uma imagem. A objetivação tenta tecer as palavras que circulam em nosso cotidiano, com algo que até então se desconhece; liga “a palavra á coisa”

O processo de objetivação se dá por três etapas distintas: redução, esquematização estruturante e naturalização. A redução consiste em uma diminuição mais precisa da comunicação. Reduz-se um fenômeno em partes para poder explicá-lo melhor, mas acentua-se outro ponto, mais central para o grupo, com o objetivo de dar maior sentido e o grupo poder entendê-lo melhor. A esquematização estruturante são noções que constituirão relações padronizadas e estruturadas de conhecimento que irão formar a representação social. A explicitação sobre um determinado fenômeno vai se estruturando e se tornando socializada para determinado grupo. Na naturalização, percepção do grupo é encarada como realidade e materialidade. Os grupos vão explicar os fenômenos que acontecem no mundo, a partir das imagens e metáforas que este grupo tem sobre a realidade.

A representação social tem funções específicas para os grupos que compartilham essas teorias de senso comum. A partir desta perspectiva, Mascovici compreende como o homem vai tornando os conhecimentos científicos socializados, para com isso explicar sua realidade e o mundo e, assim, identificar-se com seu grupo. As representações sociais fazem com que esta forma de pensar o mundo crie condições para o homem entendê-lo: "(...) a representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas conseqüências" (MASCOVICI, 1978). Para este autor, as representações têm por função "(...) uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente de uma ação que modifica aqueles e estas, e não uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações (Op. Cit., p.50).

Conforme Jodelet (1984), devemos compreender que uma representação social sempre está simbolizando algo, uma pessoa um objeto, ou mesmo um acontecimento. Ela não é uma simples tradução da realidade e sim uma nova leitura. A representação social pode ser compreendida a partir da relação que os grupos estabelecem com o mundo e as coisas, através de um olhar objetivado deste grupo, a partir do lugar social, cultural e econômico que ocupam os integrantes deste. Isto quer dizer que há uma construção simbólica, que faz com que os grupos e indivíduos dêem novos sentidos aos fatos que circundam suas vidas e não apenas a

reprodução da realidade. Ainda segundo Jodelet, as representações sociais configuram-se como formas de conhecimento, interpretação e pensamento sobre a realidade cotidiana. Esses pensamentos compartilhados fazem que os grupos apropriem-se do mundo de uma determinada forma, dando entendimento prático às questões para as quais, até então, não havia explicação. No caso de novas descobertas científicas, as pessoas tentam dominar estes novos conhecimentos para explicar os fatos e as idéias de seu cotidiano.

As representações sociais vão se agrupando em conjunto de significados, que permitem a interpretação dos acontecimentos cotidianos, dando sentido aos fatos novos ou desconhecidos, auxiliando na classificação e ordenação dos fenômenos vivenciados na sociedade. Elas são uma forma de conhecimento que se universaliza como senso comum, formando um saber geral e funcional para as pessoas. Assim, o que se denomina hoje de pensamento ingênuo, ou espontâneo, é constituído a partir das experiências e conhecimentos que são recebidos e transmitidos através da cultura, da comunicação social e da educação (JODELET, 1984).

Segundo Gomes & Mendonça (2002), a representação social é compreendida na ordem da experiência, onde as questões de ordem intersubjetivas dentro de um espaço comunicacional são essenciais. A partir do entendimento de que as representações sociais agem sobre a forma como os grupos se relacionam na sociedade, devemos compreender quais as suas funções objetivas das representações sociais. Segundo Abric, citado por Sá (1996), as representações têm funções de saber, que fazem com que elas permitam uma explicação e compreensão da realidade. "Elas definem o quadro de referência comum que permite a troca social, a transmissão e a difusão deste saber "ingênuo"(Op.Cit.,p.44). As Funções identitárias permitem uma definição de identidade com o grupo. Esta identidade tem que estar em acordo com a inserção deste grupo dentro de um campo social, onde as regras e normas sociais vão auxiliando no controle social que o grupo tem sobre cada um dos seus integrantes. A terceira seria as "Funções de orientação: elas guiam os comportamentos e as práticas". Esta função já determina

antecipadamente o modelo de relação que o sujeito deve ter frente a um objeto. Esta função “(...) define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social” (Op.Cit.,p.44). A quarta das funções seria a justificatória, que faz com que as tomadas de posição pelo grupo sejam justificadas posteriormente. Assim, os integrantes podem explicar suas ações, enquanto atores envolvidos em processo de relações sociais. Devemos entender a função da representação social como uma forma de dar sentido às condutas dos indivíduos. A partir destas afirmações fica presente que as representações sociais levam as pessoas a agir de uma forma ou de outra (ABRIC, 1998).

É devido a estas funções e contextualização das representações sociais que se identifica a importância dos estudos sobre as doenças, especificamente a AIDS, que será apontada a partir de agora através de um levantamento de alguns estudos e pesquisas sobre o assunto.

3.1 Representações Sociais da AIDS: um campo de estudo em expansão

As doenças têm sido um campo de privilegiado para estudos sobre representações sociais. Segundo Herzlich (1991), a representação social dá sentido para uma doença que os sujeitos representam. A autora revela, em seu estudo, que as pessoas orientavam suas condutas a partir das representações sociais que tinham sobre as doenças que possuíam. Isto acontece segundo Gomes & Mendonça (2002), porque que a representação social da doença se inscreve em uma experiência humana que possui uma série de significados. Estas são como um “feedback do próprio processo de interação” (Op.Cit.,p.115). A doença para as pessoas, assim irá refletir aspectos subjetivos e sociais. Os autores revelam que a “experiência da doença se refere basicamente, a forma como as pessoas e os grupos sócias assumem a situação da doença ou nela se situam” (Op. Cit.,p.117), Através das narrativas estes autores percebem como as doenças estão incluídas em um processo cotidiano que faz com que a enfermidade seja percebida como

“componente da realidade e parte das experiências reais das suas vivências”(Op.Cit.,p.130).

É a partir da importância sobre os estudos sobre representações sociais das doenças que abordaremos a AIDS, que é um fenômeno social complexo, envolvendo diversas variáveis que vão além dos aspectos epidemiológicos. A Teoria das Representações Sociais tem sido muito utilizada para tentar explicitar a problemática social da AIDS. “Nossas representações sociais desta epidemia têm um papel importante no modo como agimos diante dela e da sua prevenção”. Vários trabalhos vêm sendo produzidos com o intuito de decifrar como determinados grupos pensam a problemática da AIDS (JOFFE, 1998a, 1998b; CAMARGO, 1998, 2000; TURA, 1998; ANDRADE, 1998; AVI, 2000, entre outros).

Segundo Jodelet (1998), a abordagem das representações sociais leva a insistir que numa área como a da saúde, para apreender o processo de assimilação (ou não – assimilação) das informações, necessárias se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da AIDS nos anos 80 (Op. Cit.,p.26).

Os valores, crenças e normas sociais são importantes para o estudo das representações sociais, pois através deles os comportamentos são influenciados e transformam-se em ação. Assim, os preconceitos e normas sociais são fatores importantes para o campo de análise social.

O historiador Tronca (2000), através de um estudo sobre textos literários, encontrou um paralelo entre o imaginário social da Lepra e da AIDS, mostrando o quanto estas doenças, cada uma em seu momento histórico, possuem uma série de imagens semelhantes originadas no imaginário. Para Tronca (2000), o imaginário é uma “criança essencialmente psíquica e indeterminada de figuras, formas e imagens somente a partir das quais se pode falar de alguma coisa” (Op.Cit.,p.15). Em sua pesquisa este autor revelou que três temas organizam o imaginário da lepra e da

AIDS: “a raça, a geografia e a sexualidade” (Op. Cit.,p.19). A partir da importância da compreensão da influência do imaginário social e sua relação com as representações sociais que apresentaremos algumas pesquisas sobre as representações sociais da AIDS.

Os trabalhos de Joffe (1998a; 1998b) descrevem a AIDS como uma relação entre alteridade e identidade. Os resultados destas pesquisas revelam como a AIDS tem sido ligada à responsabilidade e à culpabilidade de determinados grupos sociais, entendidos como “outros”.

Nestes estudos, a representação social da doença é atribuída à “condição estrangeira e o outro”, como responsável pela disseminação de epidemia. Esta forma de pensar a AIDS faz com que um determinado grupo que se considera isenta da infecção veja outros grupos como perigosa. Nos relatos de pesquisa de Joff, “(...) as pessoas com AIDS são julgadas como estando “em falta”, ou dignas de acusação, porque contraíram um vírus” (1998a, p.303). A autora revela como a síndrome tem sido ligada a grupos marginais e a nações estrangeiras. Em sua pesquisa com homens e mulheres heterossexuais brancos e negros, homossexuais brancos que moram em Londres, revelaram que cada grupo atribui ao outro o surgimento do vírus. Os grupos elaboram representações sociais, pois necessitam explicar os fenômenos que os rodeiam.

A representação social dissemina-se muitas vezes com tanta rapidez e eficiência, que determinados grupos que são alvos de certas representações podem introjetá-la. Em pesquisa com mulheres profissionais do sexo, Oltramari (2001) revelou as que possuíam companheiro estável, como marido ou namorada, acreditavam que o risco de contrair AIDS era maior nas mulheres que não possuíam parceiros. As profissionais que não possuíam tal parceria pensavam o contrário. O maior risco estaria nas colegas de trabalho que tinham marido, pois teriam maior dificuldade em exigir o preservativo. Ou seja, cada um dos grupos percebendo o “outro” como um candidato maior ao risco de infecção.

Joff (1998a) revela a importância da influência das emoções, como medo, ansiedade e importância diante da AIDS. Estes fatores participaram na formulação de uma representação social da doença. A autora afirma que estas emoções, às quais se refere, são coletivas e não individuais. Ou seja, "elas são o produto de representações emocionais da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular" (JOFF, 1998a).

Podemos perceber que as representações sobre a AIDS irão estar em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora através das relações sociais e de comunicação, os quais são elaborados historicamente através de objetos e simbólicos.

A predisposição das pessoas para endossar certas representações sociais de um acontecimento, e não outras emerge das experiências da infância às experiências da vida adulta em constante desenvolvimento, que interagem com a imagem mediatizadas pelos meios de comunicação, lendas e brincadeiras populares (JOFF, 1998).

A relação existente entre objetos simbólicos e fenômenos sociais são fundamentais para compreendermos as representações sociais de um determinado objeto. Em uma das obras interessante de Sontag (1989), sobre as metáforas da AIDS, está é encarada como micro-processo como o câncer, uma invasão. Em pesquisa de Camargo (1998), sobre as representações sociais da AIDS em roteiros de spots publicitários, realizados por jovens com adolescentes na França, as metáforas da AIDS estão relacionadas a questões militares, pestes catastróficas, à justiça penal e a desastres ecológicas ligadas à poluição. A metáfora atrelada ao militarismo descreve situações onde o inimigo vem do exterior e deve ser combatido. A metáfora da peste fica evidenciada nos relatos descritos pelos jovens que realizaram a pesquisa através da extensão que a AIDS toma em número de pessoas, ou seja, uma doença que atinge um grande contingente de pessoas. No caso da metáfora da Justiça, a AIDS surge como uma pena, inclusive de morte, que

deve ser paga devido ao doente ser considerado um desviante social. No caso da ecologia, última metáfora, a doença está atrelada à poluição compreendida como sujeira visão muito freqüente tratando-se das doenças relacionadas à sexualidade. Na pesquisa de Camargo (1998), a AIDS, assim, está ligada aos comportamentos perigosos. “O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência o doente é viciado em substancias ilegal, ou sua sexualidade é considerada divergente” (SONTAG, 1989).

Assim como na pesquisa de Joffe (1998a) Sontag ainda revela que, no passado, a sífilis era encarada como um mal trazido de outra localidade ou país estrangeiro. Este é um dado não aparece somente em estudos de psicossociologia. No trabalho do historiador Tronca (2000), tanto a Lepra quanto a AIDS também são expressas pela idéia de um estrangeiro que traz a doença e é culpado pela sua disseminação.

Joffe ainda faz referencia a uma forma generalizada de pensar, ou seja, de que a AIDS pode atingir apenas outros grupos sociais. Muitos grupos nessa possibilidade como forma de proteção pessoal contra a epidemia. É importante pensarmos que a AIDS está relacionada com uma doença, uma peste, que se transmite principalmente pela via sexual e pode levar a pessoa a morte muito semelhante à sífilis.

Tal como a sífilis, a AIDS é uma doença concebida como um mal que afeta um grupo perigoso de pessoas ‘diferentes’ e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que ocorria antes com o câncer e ocorre agora com a AIDS.

Segundo Joff (1998a), em períodos onde determinada crise se agrava, o “outro” irá representar o bode expiatório. “Uma das maneiras da sociedade dominante controlar o medo é através da degradação do ‘outro’ (Op.Cit.,p.111), o qual, invariavelmente, representa o mal. Os responsáveis pela AIDS são vistos pelo mundo ocidental como pessoas que tinham o “pecado”em seu comportamento,

como os homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas negras. Ver grupos específicos como doentes de AIDS é uma forma de preservação para o próprio grupo, pois os grupos designados como doentes serão vistos como tendo um “coquetel do pecado” em suas condutas. “As pessoas leigas associaram um conjunto de práticas ‘perversas’, incluindo a bestialidade e a promiscuidade sexual, a certos grupos” (Op.Cit.,p.113). A doença, AIDS, é vista no ocidente como forma de pecado e depravação. Estas foram talvez as primeiras e ainda as mais fortes representações da AIDS, até os dias de hoje.

As ações que estão presentes nas normas ocidentais, como por exemplo um comportamento imoderado, podem figurar nas representações que os ocidentais possuem da epidemia, ao passo que ações que ofendem as culturas não-ocidentais, tais como intervenções tecnológicas em relação a corpos humanos, podem caracterizar representações de não-ocidentais em tempos de crise.

É importante entender, neste contexto da AIDS, como que os diferentes grupos vão construindo as suas representações sociais, a partir de suas explicações do mundo. São exatamente estas explicações que vão dar sentido às práticas preventivas no cotidiano. Assim, partindo de algumas pesquisas, podemos compreender como estes grupos elaboram suas práticas preventivas a partir de suas representações sociais.

Camargo (1998), em pesquisa citada anteriormente, revela que a AIDS, está relacionada com esportes perigosos, como salto com elástico, salto de parapente, escalada corrida de moto. Os roteiros dos alunos pesquisados condenam as relações sexuais sem proteção, relacionando-as ao erro e à punição. As relações que os adolescentes fizeram com o sexo sem proteção foram equivalentes a: “a) matar pessoas, b) violar mulheres e c) ter relações sem o preservativo)” (Op. Cit.,p.169). Os jovens representaram o uso de preservativo nas relações sexuais como atitudes preventivas perante a doença, mas ainda mostram-se mais preocupados em evitar relações com “outras pessoas” do que com o cuidado com a

doença em si. A AIDS, neste caso, mais uma vez aparece atrelado a algumas características externa ao seu próprio grupo.

Há sempre uma necessidade de cuidado com os outros, externos ao grupo, que podem ter o vírus, mesmo que as representações estejam menos atreladas, nesta pesquisa, a questões como a morte, por exemplo.

Entre determinados grupos, entender a diferença nas diversas formas de representar a AIDS é fundamental para compreendermos como a epidemia é compreendida por cada um desses grupos. A partir destas questões, podemos perceber que as representações sociais da AIDS vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam. Conforme Tura (1998), em pesquisa realizada sobre representações sociais da AIDS com estudantes de 14 a 18 anos da cidade do Rio de Janeiro, foram encontrados entre as respostas dos entrevistados dois núcleos figurativos da representação social da AIDS: “doença e morte” e “camisinha e sexo”. Com relação às palavras “morte” e “doença”, estas noções demonstram o distanciamento que a AIDS tem para o grupo entrevistado. A morte é vista como distante e é localizada em outros grupos que não o seu. A forma deste grupo perceber a AIDS revela não haver uma mobilização de o comportamentos em direção à prevenção.

Sobre as noções de preservativo e sexo, as respostas consistiram em um núcleo figurativo, que demonstra a relação ainda predominante de idéias machistas, revelando, muitas vezes, a relação existente entre o cuidado que as mulheres devem no que se refere à prevenção de doenças e a permissividade com que estes assuntos são tratados pelo sexo masculino. O uso do preservativo, mesmo disseminado, ainda se revela atrelado à desconfiança no tocante ao seu uso, pois historicamente este esteve atrelado às doenças sexualmente transmissíveis.

O preservativo é eleito para evitar as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), enquanto o anticoncepcional é usado para evitar a gravidez, devido ao seu uso generalizado pelas mulheres, principalmente a partir da década de 70. Entende-

se, assim, que quando a necessidade de cuidado é com as DST's e a AIDS, o preservativo é mais utilizado, havendo em seu uso uma relação de desconfiança.

Quando o cuidado está relacionado com a prevenção à gravidez, o anticoncepcional é mais utilizado, pois existe aí uma relação de desconfiança. No caso da AIDS, encontra-se imbricados a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo: o efeito, demandas e desejos, em conjunção com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens (TURA, 1998).

É importante entendermos que as representações sociais da AIDS poderão também estar vinculadas aos significados que instrumentos como o preservativo têm frente ao comportamento sexual dos grupos. Essas representações estarão influenciadas pelos valores morais que circulam pela sociedade, fazendo com que as pessoas tomem determinadas posições frente ao uso ou não do preservativo.

Em outro estudo sobre representações sociais da AIDS para os adolescentes, Carvalho (1998) revela que estes vêem o preservativo "(...) como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade e de afirmação de si" (Op. Cit., p. 91), pois seu uso entra em contradição com o discurso da fidelidade amorosa como um valor instituído culturalmente. A fidelidade marca os relacionamentos amorosos e conjugais. O preservativo é implicitamente recusado, mesmo existindo afirmações sobre a exigência do uso. A questão da fidelidade, da conjugalidade e da relação amorosa entra em choque com a solicitação do uso do preservativo, "(...) homens e mulheres, partilham a idéia de que "eu e o outro somos um". Deste modo, o outro se dilui no véu diáfano da fantasia, do desejo de completude" (Op.Cit., p.93). Neste caso, não há como solicitar o preservativo em uma relação de completude, pois há uma cumplicidade na relação.

O s valores agregados à idéia de fidelidade e complementaridade fazem com que haja extrema dificuldade em se fazer uma exigência de uso de preservativo de um parceiro ao outro. Principalmente quando o parceiro é alguém de quem se

gosta em quem se confia, pois o preservativo vai simbolizar a desconfiança. A AIDS, assim, será delegada a quem se desconhece e não se confia.

Podemos confirmar estas questões a partir de pesquisa realizada por Madeira (1998) com jovens, da cidade de Natal, de 9 a 22 anos. Nesta pesquisa, os entrevistados mostraram que elegem outras pessoas para serem alvos do risco da AIDS e assim tentam ficar imunes ao que temem - a doença. Os entrevistados referem-se mais ao uso do preservativo quando têm desconfiança com seu parceiro. O preservativo para eles não está relacionado à sua auto-proteção. "Na lógica do sujeito o uso do preservativo não se constitui numa prática associada ao relacionamento sexual. É uma exceção. Impõe-se, apenas, quando o parceiro integra o grupo dos que, em sua fala, configuram-se com OS OUTROS, os diferentes de si" (Op.Cit.,p.68). A confiança representa um sentimento de efetividade e cumplicidade no qual a proximidade pode ser um dos elementos que influenciam nestes comportamentos. A desconfiança está relacionada ao perigo, ao desconhecido e a uma certa distância que se mantém de determinados grupos. Cada representação estará vinculada a um campo de significados que cada elemento constitutivo de um grupo dá ao outro.

A representação social da AIDS articula-se, também ao sentido atribuído à mulher, ao homem e à sexualidade, no contexto concreto de vida e de relação destes jovens: passividade e independência, submissão e autonomia configuram assimetrias que se completam na atribuição do prazer e de sua busca, ao homem, e da passividade e da negação de si, à mulher" (MADEIRA, 1998).

Como a AIDS está diretamente relacionada com questões relativas à sexualidade, devemos perceber as diferenças existentes entre homens e mulheres neste campo. Assim, há várias crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina que serão influenciados a partir das representações sociais que temos sobre elas. No caso das relações de intimidade, estas representações, não podem ser desprezadas devido ao fato destas mediações sociais interferirem nos comportamentos da prevenção.

Segundo Gilman, citado por Giami (1998), “as mediações são definidas como o momento da relação entre indivíduos, no qual os discursos dominantes num grupo específico são negados, das aspirações e das exigências dos diferentes parceiros” (Op. Cit.,p.212). Os parceiros sexuais irão agir conforme os modelos e regras de condutas orientadas pelos estereótipos da sexualidade de cada época e cultura. Day, em pesquisa realizada com prostitutas, percebeu que estas diferenciavam sexo pago do sexo não pago. O uso do preservativo era restrito ao relacionamento pago, em sua atividade profissional, enquanto no relacionamento das mesmas com parceiros regulares, onde a relação era considerada “íntima” ou “amorosa”, não faziam uso do preservativo. Os critérios descritos para a seleção de um parceiro são: “o sentimento amoroso”, ‘o conhecimento’ do parceiro, a proximidade social, a aparência física e o tipo de relação entre os parceiros” (Op.Cit.,p.221). Há aí uma semelhança com as pesquisas citadas no capítulo anterior, apontam a distinção do sexo virtual do sexo afetivo, o que reflete diretamente nos comportamentos preventivos. Segundo Silva e Bilal, citado por Giami (1998), diferente comportamento foi percebido nos prostitutas masculinos, os quais definiam com quem usar preservativo através de estereótipos como “bonitos” e “feios”.

No entendimento deles, com os bonitos não haveria risco tão eminente. Quanto aos “maus ou feios” o cuidado deveria ser redobrado. Estes também consideravam menor o risco de entrar em contato como HIV quando a parceira era mulher. Neste caso, ainda é presente a concepção de que mulheres com o HIV quando a parceira era mulher. Neste caso, ainda é presente a concepção de que mulheres não transmitem o HIV. Este pensamento, ainda corrente, teve princípio na idéia de que a AIDS seria uma epidemia apenas de homossexuais (GUIMARÃES, 1996a).

Entre as mulheres, de maneira geral, as estratégias são quase sempre voltadas à fidelidade, já que ter relação com um parceiro fixo pode significar alguma segurança. Este comportamento, por não se tratar de comportamento “promíscuo”, é

mais aceito na sociedade. Em pesquisa realizada entre mulheres das classes populares do Rio de Janeiro, as respostas das entrevistadas sobre as estratégias utilizadas para a prevenção da AIDS apontam em primeiro lugar para a escolha de um parceiro único e, em seguida, o preservativo. Entre as mulheres entrevistadas, as casadas usavam a discussão racional sobre o uso do preservativo com seus parceiros, enquanto as solteiras, com relacionamentos mais independentes e ocasional tinham mais liberdade para a imposição do preservativo ao parceiro. Para muitos grupos, o fato de conhecer as pessoas com quem se relaciona é uma forma de prevenção do HIV. Este pensamento sustenta-se na confiança entre parceiros, questão fundamental para os relacionamentos estáveis ou conjugais.

É importante pensarmos que para as mulheres, como grupo diferenciados dos homens, as representações sociais da AIDS muitas vezes configuram-se de formas distintas. Os estudos citados anteriormente indicam questões relativas às representações sociais da AIDS, como intimidade, amor e confiança. Estes fatores demonstram ser condicionantes nas estratégias preventivas.

Fatores como as mudanças nas representações sociais da AIDS influenciam nas estratégias preventivas de mulheres e homens diante da epidemia. É o que demonstra pesquisa realizada por Camargo (2000), que aborda as representações da sexualidade e da AIDS pra estudantes universitários, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Neste trabalho forma pesquisados dois grupos de homens e mulheres, de dois diferentes centros da universidade (Centro de Ciências da Saúde/CCS e Centro de Ciências Sócio-Econômico/CSE). Este estudo reforça outro, entre jovens francês, realizado por Morim e Vérge, citado por Camargo (2000) que revelou que a representação social que se tinha da AIDS anteriormente era de “doença” e “morte”.

A pesquisa de Camargo (2000) revela que o núcleo figurativo da representação social entre os grupos pesquisados estruturou o referido núcleo a partir da noção de “prevenção sexual”. Esta noção provavelmente está pautada na maior possibilidade de tratamento nos dias de hoje e das ações preventivas em

relação às DST's e AIDS. Mas as relações entre conhecimento das características da doença, assim como suas formas de tratamento e prevenção, não se traduzem automaticamente em mudanças das representações sociais. Mesmo com a representação social da AIDS estando relacionada com a prevenção sexual, segundo a pesquisa homens e mulheres compartilham a noção de AIDS atrelada à promiscuidade. As mulheres atribuíram à desinformação o fato das pessoas contraírem o vírus; já para os homens, a infecção se dava por um descuido da pessoa que se infecta com o vírus.

A mudança das representações sociais da AIDS, provocada pela informação, ainda se apresenta como uma dificuldade. Estudo de Avi (2000) revela que a informação não muda, de imediato, a representação social em um determinado grupo. Esta pesquisa sobre as representações da AIDS para profissionais de saúde (profissionais da enfermagem, medicina, odontologia e psicologia) identificou que, mesmo para profissionais qualificados e capacitados para trabalhar com a temática as representações mais freqüentes em relação à infecção estão ligadas à morte. Mesmo entre estes grupos, manteve-se presente a concepção já relatada anteriormente, sobre a idéia de que a AIDS ainda pertence a determinados grupos de risco. Muitas vezes, os entrevistados discriminam as pessoas que contraíram o HIV e ausenta o seu grupo desta possibilidade. O medo aparece de forma intensa nas entrevistas, expresso de formas diferentes por cada um dos entrevistados. Muitas vezes, o medo surgiu como forma de negação. “A categoria negação aparece como um mecanismo eficaz na tentativa de erroneamente sugerir que há uma diminuição de risco de infecção” (Op.Cit.,p.96).

Portanto, é de fundamental importância que entendemos que as categorias de prevenção dos grupos estão de acordo com as explicações do cotidiano, construídas através do universo consensual. É assim que as teorias práticas, inseridas nas representações sociais, orientarão os comportamentos preventivos.

4 IDEOLOGIA

A ideologia é o resultado de uma elaboração intelectual sobre a realidade, feita por pensadores ou intelectuais da sociedade, que descrevem e explicam o mundo a partir do ponto de vista da classe hegemônica. A função da ideologia é ocultar e disfarçar as divisões sociais e políticas, dando-lhes a aparência de indivisão e de diferenças natural entre os seres humanos. A inversão de valores, a produção do imaginário social, são representações, normas e valores que formam um tecido de imagens que explicam toda a realidade, prescrevendo pra toda a sociedade, o que ela deve fazer e como deve pensar e agir. Chauí (1994) confirma que grupos e pessoas estão sempre e completamente sob controle de uma ideologia dominante, que é produzida e imposta pro sua classe social, pelo estado, igreja ou escola e que o que eles pensam e dizem apenas reflete tal ideologia. Em outras palavras, sustenta-se que eles, como regra, não pensam, ou produzem nada de original por si mesmo, eles reproduzem e, em contrapartida, são reproduzidos.

Segundo Guareschi (1999), o termo ideologia ainda hoje é diversificado por diferentes nuances significativas. Há uma noção confusão e controversa de seu conceito que é definido por vários autores. Em pesquisa realizada por Chauí (1994), o referido termo aparece pela primeira vez em 1810 no livro de Destutt de Tracy, *Eléments d'ideologie* (Elementos de Ideologia), onde nasceu como sinônimo da atividade científica que procurava analisar a faculdade de pensar, tratando as idéias como fenômenos naturais que exprimem a relação do corpo humano, enquanto organismo vivo, como meio ambiente. Entendida como “ciência positiva do espírito” ela se opunha a Metafísica, à Teologia, à Psicologia, pela exatidão e rigor científicos que se propunham como método.

Contrariando esse significado original, o termo passa a ter um sentido depreciativo, pela primeira vez, com Napoleão que qualifica os ideólogos franceses

de “abstratos, nebulosos, idealistas e perigosos (para o poder) por causa do seu desconhecimento dos problemas concretos”. A ideologia passa a ser vista como uma doutrina irrealista e intransigente, sem fundamento objetivo e perigosa para a ordem estabelecida (CHAUÍ, 1994).

Segundo Max (apud CHAUÍ, 1994) a ideologia, que inicialmente designava “uma ciência natural da aquisição, pelo homem, das idéias calcadas sobre o próprio real, passa a designar, daí por diante, um sistema de idéias condenadas a desconhecer sua relação real com o real”. Para a autora a ideologia propriamente dita nasce quando Max e Engels identificam que “a produção de idéias, de concepções e da consciência liga-se a princípio, diretamente e intimamente a atividade material e ao comércio material dos homens como uma linguagem da vida real”. O sistema ordenado de idéias ou representações e das normas e regras como algo separado e independente das condições materiais, visto que, seus produtos os teóricos, os ideológicos, os intelectuais não estão diretamente vinculados à produção material das condições de existência. E, sem perceber, exprimem essa desvinculação ou separação através de suas idéias.

Guareschi (1999) enfatiza outra acepção de ideologia empregada por Althusser (1972), onde ele define ideologia como sendo “aparelhos ideológicos de estado”. Esses aparelhos são as instituições que são criadas no decorrer da história, e que são frutos de tensões que acontece nas relações entre os indivíduos, como por exemplo, a escola, a família, as igrejas, os meios de comunicação social, as entidades etc. Para Althusser a ideologia está materializada nessas instituições, elas consistem a ideologia (ALTHUSSER, 1972, apud GUARESCHI, 1999).

A ideologia possui muitos sentidos diferentes, diz Guareschi (1999) que toda vez que alguém for esclarecer qual o sentido que está dando a esse termo, é fundamental poder estabelecer uma comunicação honesta e correta. O referido autor escreve o seguinte:

[...] é sempre mais honesto, diríamos, empregar ideologia como uma prática, possa a tomarmos como materializada em alguma instituição, ou idéia, é arriscado, cremos, afirmar que ela é automaticamente negativa. O que vai mostrar se uma idéia, ou uma instituição, possui uma dimensão negativa é a maneira como é empregada, isto é a sua função, se ela serve, ou não para criar ou reproduzir relações que chamemos, daqui para frente, de relações de dominação. Nenhuma idéia mesmo que seja da classe dominante, é por definição, mistificadora ou falsa. Precisamos ver, caso a caso, se ela está enganando ou não. Se ela de fato ilude e esconde a realidade, então diz-se que é uma ideologia [...] (GUARESCHI, 1999).

Na visão de Lane (1984), nem todas as representações implicam necessariamente reprodução ideológica. A ideologia manifesta-se através de representações que o indivíduo elabora sobre o Homem a Sociedade, a Realidade. Significa dizer, que estas representações se revelam sobre aqueles aspectos da sua vida, a que, explícita ou implicitamente são atribuídos valores de certo-errado, de bem-mal, de verdadeiro-falso. Para a autora, o homem como ser pensante e consciente dos conflitos existentes no plano da produção de vida, através da linguagem veículo da comunicação e o desenvolvimento de suas relações sociais e de sua própria individualidade. [...] “A análise ideológica é fundamental para o conhecimento psicossocial, pelo fato de determinar a ser determinado pelos comportamentos sociais do indivíduo e pela rede relações sociais que, por sua vez, constituem o próprio indivíduo” (LANE, 1984).

A alienação distingue-se em todos os seres humano em geral, pela atribuição de “naturalidade” aos fatos sociais; esta inversão do humano, do social, do histórico, como manifestação da natureza, faz com que todo conhecimento seja conhecido em termos de verdadeiro ou falso e de universal; neste processo a “consciência” é retificada, negando-se como processo, e mantendo a alienação em relação ao que ele é como pessoa e, conseqüentemente, ao que ele é socialmente. O indivíduo reproduz as respostas e ações habituais, estas ocorrem sem pensar, tanto antes como depois, elas são tidas como verdadeiras. Conforme Lane em sua citação:

“Na media em que estas ações implicam valores e relações sociais, elas estarão obrigatoriamente, reproduzindo a ideologia dominante, mantendo as condições sociais, ou seja, elas não transformam nem as relações sociais do individuo nem a ele mesmo. É a persistência da alienação”. Nesse sentido pode-se entender como, não só o trabalho qualquer atividade rotineiro contribui para a alienação (LANE, 1984).

Concluimos este capítulo o que estamos sugerindo, pois, é que pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensem por se mesmo, produzam e comunique incessantemente suas próprias e especificas representações e soluções as questões que eles mesmo coloquem. Nas ruas, bares, escritórios, hospitais, laboratórios, etc., as pessoas analisem, cometem, formulem “filosofias” espontâneas, não oficiais, que tenham um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como podem educar seus filhos, como planejar seu futuro, etc. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhe fornecem o “alimento para o pensamento”.

5 O PRECONCEITO RELACIONADO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS

No primeiro capítulo enfatizamos a história e evolução do HIV/AIDS até os dias atuais, no segundo enfocamos a teoria das representações sociais, no terceiro falamos sobre a ideologia. Neste momento faremos uma discussão da relação existente entre a AIDS e o preconceito.

5.1 O preconceito e o HIV/AIDS

No início, a epidemia da AIDS trouxe à tona as situações de exclusão social, tais como a falta de liberdade, a igualdade, a estigmatização e a violação dos direitos humanos. E foi associada de forma preconceituosa aos chamados “grupos de riscos” representados pelos homossexuais, profissionais do sexo, dependentes químicos e posteriormente os hemofílicos, localizados nos grandes centros urbanos.

De acordo com Santos & Santos (1999), a falsa associação e estigmatização da doença aos “grupos de riscos”, permitiu que pessoas não pertencentes a estes “grupos” acreditassem estar “a salvo da ameaça” o que desencadeou um aumento considerado de novos casos de AIDS e os grupos de pessoas antes consideradas “a salvo” da doença passaram a se contaminar, pois, não adotaram medidas em virtudes da falsa idéia que tinham de ser imunes à contaminação. Isso também reforçou a continuidade e aumento das situações de exclusões sociais.

Na sociedade brasileira, várias são os grupos sociais que se encontraram expostos a situações de violência e exclusão social (doentes mentais, negros,

homossexuais, prostitutas, pobres, também os portadores de **HIV/AIDS**, etc.). Situações como essas vêm ameaçando cotidianamente o direito fundamental presente na Constituição de 1988; o compromisso com a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança (CARVALHO, 2002).

Tal quadro explicita-se através de atitudes e comportamentos preconceituosos e discriminatórios destinados aos grupos que se diferenciam por suas inserções econômicas, por sua etnia, gênero, suas opções sexuais e políticas, bem como, os portadores de **HIV/AIDS**, que também não vêem o direito fundamental ser respeitados.

No entanto, a forma como a AIDS foi vinculada nos meios de comunicação desde seu surgimento, contribuiu consideravelmente para a difusão de todos os tipos de preconceitos e discriminações, atribuídas à doença e às pessoas portadoras de HIV. As categorias compreendidas como “grupos de risco”, sofrem até os dias atuais com a imagem negativa que lhes foi imposta (AQUINO, 2001).

O preconceito é a idéia negativa que temos de um fato ou de alguma coisa, antes de reconhecê-la, é o chamado “julgamento negativo” (JONES, 1972 apud ECHEBARRIA et al., 1972). No caso da AIDS, é preconceito achar que o convívio com as pessoas infectadas com o HIV ou AIDS, possa contaminar outras pessoas, já que sabemos como se dá a contaminação e que os contatos como falar, abraçar, apertar a mão, etc, com pessoas infectadas não nos faz um portador do vírus.

A discriminação resulta do preconceito, que ela a categorizar as pessoas como “boas” ou “não boas” para o convívio social, fazendo com que as consideradas “não boas”, sejam tratadas de modo discriminatório pela sociedade sempre, sendo afastadas dos eventos sociais. Em relação às pessoas portadoras do HIV ou AIDS, existe uma discriminação explícita, e em geral, também não são convidadas para eventos sociais, os amigos se afastam, não recebem visitas, as pessoas evitam

cumprimentá-las, tocá-las e até o trabalho por muitas vezes, quando não demitidas, são excluídas das atividades por seus colegas.

5.2 O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS

Num estudo realizado por Mann (1987 apud Parker, 2002) a AIDS pode ser dividida em três fases distintas.

A epidemia de infecção do HIV – uma disseminação silenciosa e imperceptível do vírus; a segunda foi à própria epidemia da AIDS – a síndrome de doenças infecciosas que pode ocorrer a partir da infecção com o HIV após alguns anos, e; em terceiro lugar, ele descreve a epidemia mais explosiva, de respostas sociais, culturais e econômicas à AIDS, caracterizada pelo níveis excepcionalmente altos de estigma – os pacientes ficam marcados como se possuísse um rótulo, de discriminação – os pacientes são afastados da sociedade; e por vezes, repulsa coletiva – a sociedade não aceita os pacientes com **HIV/AIDS**, agem coletivamente, tratando essas pessoas com indiferença e não permite um convívio aproximado.

Quando falamos na epidemia do **HIV/AIDS**, não podemos relacionar o estigma e à discriminação estudada, e comumente presentes na história da doença. Pode-se compreender o estigma como estereótipo (generalização sobre pessoas por estas permanecem a algum grupo ou categoria social) e a discriminação como um comportamento negativo em relação a algum grupo social (PARKER, 2002).

Segundo Parker (2002), esses dois elementos estão concebidos como um processo social, no qual a estrutura de vida social e seu fluxo têm na cultura, no poder e na diferença econômica (enriquecidos e empobrecidos) pontos centrais, devendo ser enfocados sob alguns aspectos. Por ser o estigma, um fenômeno histórico, só pode ser compreendido através da referência dos contextos sociais de onde ele ocorre, através da ação (atitudes e comportamentos) humanos. O estigma é estrategicamente direcionado para servir aos interesses do poder e dominação e

esse direcionamento produz relações e desigualdades sociais que são comumente comprovadas através das discriminações.

Dentro da estrutura de vida social e seu fluxo, os sistemas de hierarquia e denominação têm ligações com HIV e a AIDS, pois, logo no início foi direcionado aos homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis (UDI), tendo então, uma ligação direta com a exploração econômica, o poder do gênero, o racismo, a repressão sexual, a discriminação e a exclusão social (PARKER, 2002).

Ainda em Parker (2002), quando os sistemas de hierarquia e dominação operam conjuntamente, criam e reforçam as diferenças sociais (tais grupos “pegam” AIDS, outros “não pegam”), afetando o significado das coisas, estruturando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, em virtude da falsa idéia dos “grupos de risco”, organizando também, uma reação social estigmatizadora e discriminatória referente aos portadores de **HIV/AIDS** ou aos associados à epidemia.

Entendemos que o sujeito reflete o contexto e o grupo social ao qual pertence. Mesmo as relações interpessoais são inevitavelmente influenciadas por fatores sociais como crenças, gênero, idade, profissão, classe social etc. Portanto, deve-se ressaltar a importância da integração social promovida para portadores do **HIV/AIDS**, pois exerce um impacto direto na percepção da sua auto-imagem, nos sintomas físicos, no grau de depressão, no medo e na progressão da doença em si, melhorando significativamente a qualidade de vida do indivíduo soropositivo.

Com base nesta idéia, cabe à Psicologia trabalhar com essas pessoas, que vivem e convivem com **HIV/AIDS** junto a uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, etc), afim de que realiza atendimento psicoterápico de intervenção, desde o momento da decisão do indivíduo em realizar o teste, receber o resultado soropositivo ou não, bem como, após o resultado.

O trabalho que a enfermagem pode realizar não possui um caráter apenas curativo, as também preventivo, sendo este de suma importância, pois

contribui para a redução dos números de casos de contaminação pelo HIV. As formas utilizadas como caráter preventivo podem ser, palestras sobre orientação sexual, educando, adolescentes, jovens, adultos e idosos sobre as formas de transmissão e como evitar o contágio, trazendo para o contexto das pessoas até mesmo sujeitos que sofrem com doenças para darem seus testemunhos. A partir dos trabalhos preventivos realizados, desenvolve-se também a conscientização dos sujeitos e da sociedade em relação ao vírus.

Diante da perspectiva de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos portadores de **HIV/AIDS** o enfermeiro tem como ponto crucial prestar atendimento psicoterápico a esses pacientes, visto que estresse, ansiedade e depressão são alguns dos fatores psicológicos que têm o papel determinante quanto ao prognóstico da doença. Os pacientes ao receberem o diagnóstico soropositivo geralmente entram em “choque”, não aceitam, e se deprimem. O enfermeiro tem um papel fundamental, pois irá orientar, trabalhar os valores pessoais do indivíduo de acordo com a filosofia de vida de cada um e da sua comunidade, facilitando a elaboração e a modificação da postura do indivíduo perante a doença. Tudo isso favorece o entendimento sobre a epidemia, de modo a proporcionar aos pacientes recursos para enfrentar o diagnóstico.

Existem terapias que trabalham individualmente, mas é muito importante a reintegração do sujeito no meio social, pois os preconceitos e discriminação direcionados aos portadores de HIV/AIDS devem ser concebidos como uma questão de poder, desigualdade e exclusão social, portanto, de ordem social e não individual (PARKER, 2002).

Segundo Parker (2002), as terapias de apoio realizadas em grupo surtem efeitos bastante benéficos para o portador de **HIV/AIDS**, acabam por estabelecer laços de amizade fornecem informações úteis sobre vários tópicos como, seguro de vida, cuidados médicos, avanços na medicina em relação à doença, questões de seguridade e dinâmica social. Em vários momentos os indivíduos dentro do grupo saem da posição de quem busca auxílio e passam a auxiliar outros, aconselhando e ajudando novos elementos, trocando experiências. Essas atitudes contribuem na

redução do estresse a associação à doença e podem dar aos pacientes um sentido de controle sobre sua própria situação.

Estudos empíricos de poder e mobilização social em resposta ao HIV/AIDS mostram claramente que as respostas mais eficientes e poderosas à epidemia aconteceram exatamente quando comunidades afetadas se mobilizam para resistir ao preconceito e à repressão. Como exemplo, o grupo dos homossexuais que se organizaram de tal forma que hoje representam uma das categorias que menos adquirem o HIV em virtude de uma utilização mais afetiva das formas preventivas (uso de preservativos) através da modificação de seus hábitos (comportamentos sexuais) (PARKER, 2002).

Contudo, são as violações aos Direitos Humanos sob forma de estigmatização, preconceito e discriminação que afetam mais os portadores de **HIV/AIDS**, e é diante desse quadro que falaremos dos Direitos Humanos e o **HIV/AIDS**.

5.3 HIV/AIDS e Direitos Humanos

A Declaração dos Direitos Humanos surgiu em 1945, durante a realização da Segunda Guerra Mundial. Foi marcada pela fundação das Organizações das Nações Unidas (ONU), com a presença de 51 países, dentre eles o Brasil. Pode ser compreendida inicialmente sob dois aspectos: o valorativo, no qual os Direitos Humanos devem ser ideal comum da humanidade para a formação de uma “consciência moral universal” e o jusnaturalista, entende que os direitos são inerentes, inatos, naturais da pessoa humana. Declara que os Direitos Humanos devem orientar a ordem jurídica, questionar a ordem existente ou, mais, propor uma utopia (PALAZZO, 2000).

Atualmente os princípios fundamentais são: indivisibilidade, interdependência e universalidade. Isto pode ser verificado no Artigo I da Declaração Universal e o significa que: Todos os direitos devem ser desenvolvidos e protegidos. Na ausência de direitos econômicos, sociais e culturais, os direitos civis e políticos correm perigo de serem puramente nominais. Na ausência dos direitos civis e políticos, os direitos econômicos, sociais e culturais. Não podiam ser garantidos por muito tempo (PALAZZO, 2000).

Ainda conforme Palazzo (2000) foram criados mecanismos de promoção e proteção aos Direitos Humanos, que consiste num conjunto de regras internacionais, procedimentos e instituições, criadas para dar respaldo à idéia que toda nação tem a obrigação de respeitar os direitos humanos dos cidadãos e que outras nações tem o dever de supervisionar o cumprimento dessas obrigações. Dessa forma, o sujeito de direito poderá recorrer às instancias internacionais de proteção, uma vez terminados todos os recursos internos.

Os Direitos Humanos devem se considerados como fruto de uma longa construção histórica, em constante mutação; tanto pela dificuldade atual existente para sua efetiva realização, bem como para futuros desafios que podem surgir (PASCUAL, 2002). Os Direitos Humanos devem inclusive se garantidos a todos os portadores de HIV/AIDS (RUDNICKI, 1996). E de acordo com Organização Mundial da Saúde, elaborada em Genebra, no dia 13 de maio de 1988, declara que:

[...] A quadragésima primeira Assembléia Mundial de Saúde, fortemente convencida de que o respeito pelos Direitos Humanos e dignidade dos portadores do HIV e pessoas com AIDS bem como membros de grupos populacionais, é vital para o sucesso dos programas nacionais de prevenção e controle da AIDS e pra estratégias globais dos Estados. Membros particularmente na ampliação dos programas nacionais pra fora de suas fronteiras, sempre visando à prevenção e ao controle da infecção pelo HIV e a proteção dos Direitos Humanos e a dignidade do portador do HIV e pessoas com AIDS, bem como membros de grupos populacionais e, para evitar ações discriminatórias e estigmatizações dessas pessoas no momento de empregar, viajar e garantir a confidencialidade do teste para detecção do HIV [...] (RUDNICKI, 1996).

O Brasil, tradicionalmente, não possui uma cultura de respeito e valorização aos direitos humanos. Ainda existem diversos setores da população submetidos ao preconceito e à exclusão social (negros, pobres, doentes mentais, homossexuais, portadores de **HIV/AIDS**, etc). Isso cria sérias dificuldades para a efetiva instauração do Estado Democrático e de Direito (PASCUAL, 2002).

Ainda citado Pascual (2002), os direitos fundamentais aparecem, na verdade, na forma de privilégios para alguns grupos sociais, enquanto para a maioria da população há uma outra realidade, marcada por relações injustas e violentas. A exemplo do sistema carcerário, onde quase todos os que realmente pagam por atos ilícitos são pessoas de baixo poder sócio-econômico, enquanto os representantes das classes sociais mais alta, geralmente não são punidos, ou quando são, recebem privilégios como sala separada, com TV, computador, direito a usar telefone e receber visitas, etc, e em geral ficam por muito tempo detidos.

Em síntese, o ser humano deve sempre ser tratado, valorizado e considerado como “um fim em si mesmo” e não como coisa, meio ou instrumento de realização de objetivos outros, por conseguinte, deve ser respeitado sempre e toda ação ou ato deve-se operar no sentido de valorizá-lo enquanto pessoa. O ser humano precede o Direito e a organização dos Estados e em razão do homem se justificam, e não o contrário. O princípio da dignidade humana não só deve inspirar o Direito, a ação do Estado e o comportamento humano, como também deve servir de fonte inibidora de todos os atos atentatórios e ofensivos à humanidade.

Com o surgimento da AIDS, no final da década de 80, configurou-se no Estado brasileiro a necessidade de promover respostas em relação a epidemia no país, pois, as pessoas infectadas pelo HIV, começaram a reivindicar tratamento. Diante dessa lacuna e assegurar as suas justas reivindicações, portadores do HIV, doentes de AIDS, seus familiares e amigos começaram a buscar no ordenamento normativo dos meios para assegurar os seus direitos, que passaram a ser violados.

Segundo Carneiro e Pellegrino (2002), dentro do contexto da epidemia do **HIV/AIDS**, a dignidade humana pode ser ameaçada, violada quando um indivíduo recebe o resultado de soropositivo do HIV. Em alguns casos, pode ocorrer a queda do seu direito ao sigilo diagnóstico (direito à privacidade e à intimidade), perpassado depois pela negligência no seu atendimento de saúde por falta de condições dos serviços (direito à saúde), pela exclusão social (direito a uma vida social, ao lazer, etc), e também, pelo seu afastamento arbitrário da vida laboral.

Inicialmente, não houve uma preocupação dos órgãos públicos, nem da sociedade com esses acontecimentos. Porém, entidades civis como as organizações não governamentais (ONG's), dedicadas à problemática do **HIV/AIDS**, tiveram a iniciativa de produzir um documento denominado Direitos Fundamentais dos Portadores do vírus HIV, procurando assim possibilitar ao soropositivo e à sociedade em geral a conscientização da validade de todos os direitos dos cidadãos que contraíram o HIV (PASCUAL, 2002).

Percebe-se, contudo, que a soropositividade está historicamente associada às representações vinculadas a desvios de conduta sexuais e sociais. O preconceito e a discriminação não estão na sua essência vinculados à patologia propriamente dita, nem ao seu aspecto de morte. "O maior preconceito encontra-se vinculado à homossexualidade. A AIDS pode ser aceita, o que não se pode aceitar é o desvio da conduta sexual" (PASCUAL, 2002). No entanto, os preconceitos e discriminações projetados aos "outros grupos" como prostitutas, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e mesmo profissional de saúde ou qualquer pessoa que venha a adquirir o vírus, independente da forma ou circunstância que se deu a contaminação, também, são tratados com bastante hostilidade e sofrem os efeitos da exclusão social.

Ainda segundo Pascual (2002), os portadores de **HIV/AIDS** constituem um dos grupos que sofreu, e que ainda continua sofrendo discriminação, preconceito e exclusão social. No entanto, a luta pelo reconhecimento dos seus direitos e da sua dignidade, empreendida com coragem em meio a tantas dificuldades, representa um

valioso exemplo de exercício de cidadania, que serve como referencial na possibilidade de construir uma sociedade mais justa e igualitária, na qual os direitos dos cidadãos, principalmente os fundamentais: liberdade, igualdade e dignidade, sejam respeitadas.

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são definidas operacionalmente as categorias e sub-categorias de análise dos resultados dos dados estabelecidos⁷. Estas categorias foram selecionadas de acordo com os objetivos gerais e específicos e a partir de elementos extraídos dos participantes. Das três categorias, apenas a primeira que é o objetivo geral está subdividida em sub-categorias, sendo que, as outras duas, remetem-se aos objetos específicos do trabalho.

6.1 Representações Sociais dos Portadores de HIV/AIDS a partir do próprio sujeito e o papel da enfermagem

Com relação a esta categoria, obtivemos os seguintes itens:

6.1.1 Definição da AIDS

Nesta categoria observou-se que os participantes em relação à definição da AIDS, não responderam adequadamente a questão, sendo que, dois deles deteram-se a questões como o preconceito e incriminação.

⁷ A fim de proteger o anonimato de todos os portadores de HIV/AIDS que colaboram na execução desta pesquisa, as falas citadas em toda a análise, serão definidas respectivamente por duas letras aleatórias e idade.

A AIDS é chamada de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, doença infecciosa, produzida por vírus HIV caracterizadas pela diminuição da capacidade imunológica da pessoa, que a põe sob risco de contrair infecções ou neoplasias (PINEL & INGLES, 1996).

“É uma doença normal” (AF- 42a).

“É uma doença que não tem cura, se a pessoa que é portadora dela for consciente de que é doente e usar o remédio, vive o tempo suficiente” (AS – 61a).

“É uma doença que tem que tomar muitos coquetéis, e se tiver cuidados vive muito tempo com ela” (CA – 39a).

“É uma doença muito discriminada, os amigos somem, já senti vontade de matar minha mulher e depois me matar também” (AO – 42a).

“É uma doença triste que mata, a gente que tem ela não sente vontade de viver. Tem muito preconceito, a gente sente mal perto das pessoas” (AC – 34a).

“É uma doença triste, quando descobri e fiquei revoltada, pensei que ia morrer” (IS – 21a).

“É uma doença mal” (MG – 37a).

“É uma doença devastadora” (AG – 44a).

“Doença terrível” (FS – 48a).

“Doença que mata” (RN – 32a).

“Doença contagiosa, mais tratável” (ES – 46a).

6.1.2 Ocorrência da Transmissão do HIV/AIDS: Fatos reais após ter recebido o diagnóstico soropositivo

Segundo Lima (1996), as principais formas de transmissão do HIV são: sexual, por relação homo e heterossexuais; sanguínea, em receptores de sangue e

em usuários de drogas injetáveis; perinatal, abrangendo a transmissão de mãe para filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno. Há a ocupacional, que é a que ocorre por acidentes de trabalho em profissionais de saúde que sofrem perfurocortantes contaminados com sangue de pacientes com infecção pelo HIV. A principal forma de exposição no mundo todo é a sexual, sendo que, a transmissão heterossexual, através de relações se uso de preservativo, é considerada, pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como a mais freqüente do ponto de vista global.

Dois os participantes não responderam como contraiu o vírus da AIDS, apenas relataram o que ocorreu na sua vida, após o resultado soropositivo. Dois disseram ter contraído através da relação heterossexual, enquanto que, um deles por sentir muita culpa respondeu que foi desonesto com a esposa, mas não confirmou se a relação foi heterossexual.

“Peguei AIDS através de relação sexual com profissionais do sexo na estrada. A mulher era linda, depois fiquei sabendo que ela morreu de AIDS. Comecei a adoecer e quando fiz o exame eu estava com AIDS. Apreendi a dar mais valor a vida, minha mulher também pegou a doença de mim” (CA – 39a).

“Contraí AIDS através de relação sexual com garotas de programa nas paradas. O que provocou na minha vida foi um vazio que não tem fim, muita angustia e tristeza para mim e para minha família. Devido o impacto eu achei que minha vida ia parar por aí, mas com o passar do tempo comecei a encarar, MS sempre sinto um desejo que a vida acabe. Por isso bebo e o médico diz para mim não beber” (AO – 42a).

“Relação sexual” (MG – 37a).

“Através do meu companheiro, relação sexual” (AG – 44a).

“Relação sexual” (FS – 48a).

“Relação sexual, descobrir quando estava internada após queda” (JS – 32a).

“Relação sexual sem preservativo” (RE – 33a).

“Descobrir porque fui internada com diarreia, perda de peso, relação sexual” (ES – 42a).

“Descobrir na gravidez, peguei na relação sexual do primeiro marido” (IS – 21a).

6.1.3 Representação do HIV/AIDS para portador antes e após a transmissão

Dentro de qualquer cultura há pontos de tensão, mesmo de fratura e, ao redor desses pontos há duas atitudes psíquicas para com a realidade exterior, onde uma leva em conta, a realidade, a outra nega a realidade em causa e coloca em seu lugar uma produção de desejo. Laplace e Pontalis (2001), confirmam que estas duas atitudes persistem lado a lado sem se influenciarem reciprocamente. Nestes pontos há uma falta de sentido, um ponto onde o “não-familiar” aparece. E do mesmo modo que a natureza detesta a ausência de sentido, colocando em ação algum tipo de trabalho representacional para familiarizar o não-familiar, e assim restabelecer um sentido de estabilidade. As divisões de sentido podem ocorrer de muitos modos, como por exemplo, a aparição súbita dum fenômeno ameaçador, tal como **HIV/AIDS**.

Todos os participantes confirmaram que antes estar com a AIDS, não acreditavam na existência da doença. Porém, após o diagnóstico soropositivo e o surgimento dos sintomas passaram a dar um sentido novo a AIDS.

“A AIDS é uma doença muito complicada. Só acredito hoje, porque estou com ela. Existe mesmo e deve ser cuidada com acompanhamento” (CA – 39a).

“É uma doença gravíssima sem cura” (AC – 37a).

“Apesar de não ter cura, o câncer é pior que ela” (AO – 42a).

“Aconselho a qualquer um não se aventurar sem camisinha. Meus colegas dizem que fazem e acontecem, e é aí que eu digo para eles que o negócio é sério, e falo pra alguns que eu estou com AIDS, mas não digo para todo mundo não” (AS – 61a).

“Achava que não era possível pegar nunca, percebi que a AIDS é atingível para qualquer pessoa”.

“Muito ruim, discriminada”.

“Não acreditava que mim contaminaria, depois do resultado é que passeia acreditar”.

“Achava que só pegava gay e após vi que pessoas podem contrair”.

“Só se contaminava quem era profissional do sexo. Hoje qualquer pessoa pega”.

“Impossível de pegar, após o exame percebi que estava errada”.

6.1.4 O portador de HIV/AIDS como vítima de preconceito e discriminação

Conforme relatos dos respondentes pode-se confirmar que foram vítimas de preconceito discriminação. A discriminação percebida aqui como resultado do processo de categorização que tem como consequência a formação e manutenção dos preconceitos. No caso dos portadores do HIV/AIDS a sociedade acaba por estereotipar, discriminar e excluí-los do meio social ao tomarem conhecimento do diagnóstico soropositivo.

A perspectiva social coloca as relações intergrupais no contexto dos conflitos culturais e ideológicos de uma sociedade, envolvendo os processos psicológicos, cognitivos e efetivos. O preconceito passa a ser compreendido como uma forma de relação intergrupal, que em consequência das relações de poder entre os grupos, são desenvolvidas e expressadas atitudes negativas e depreciativas, além de comportamentos hostis e discriminatórias referentes aos outros grupos, destacando-se então a categorização e os estereótipos.

Portanto, associados aos processos de categorizar e estereotipar tendo como resultado o preconceito, é que esta inserindo a discriminação. A discriminação é compreendida como um comportamento negativo, diferente do preconceito que é compreendida como uma atitude negativa. A atitude negativa será traduzida em um comportamento. Então quando acreditamos que um determinado grupo é desonesto,

já temos a partir daí intenção de agir com discriminação (MYERS, 1999). Ainda segundo Myers (1999), a discriminação é definida como “comportamento negativo injustificado em relação a um grupo ou seus membros”.

Nesta categoria através de relatos, todos formam vítimas de preconceitos e discriminação.

“No inicio fui muito discriminado. Fui vítima de zombaria e fiquei lá em baixo. As pessoas olham para mim, como se eu fosse um defunto. Um dia aconteceu uma cena que me marcou. Fui visitar um amigo que estava operado e ao me sentar no sofá a esposa dele me ofereceu uma cadeira plástico. Percebi que não queria que me sentasse no sofá, porque não pode lavar. Tinha outras pessoas sentadas no sofá. Já fui muito humilhado durante 10 anos que estou com AIDS” (AF – 42a).

“Sinto vergonha de dizer que tenho AIDS, tudo de ruim ela traz. Já mangaram de mim dizendo que sou aidético, me senti um lixo, rejeitado discriminado. A AIDS é uma doença que ainda machuca e me deixou inseguro e triste. Meus amigos se afastaram de mim” (AO – 42a).

“Sinto vergonha de ter AIDS sim, porque sou discriminado. Um dia fui ao concessionário, apertei a mão do vendedor e percebi que ele se levantou e foi lavar as mão” (CA – 39a).

“Sou discriminado sim, um dia fui a uma festa e quando eu e minha esposa começamos a dançar, algumas pessoas se afastaram pensando que pensando que ficando perto de nós também iriam pegar AIDS. As pessoas têm preconceito com a gente com a gente” (AC – 37a).

“Um episodio de discriminação que me marcou foi assim; fui a autopeças eu estava todo magrinho com dor nos ossos e um cidadão gritou: Negão você está acabado, está com AIDS é? Eu não respondi e fiz que não escutei mas quem estava ali escutou. Fiquei morrendo de vergonha. As pessoas são estúpidas e ignorantes” (AS – 61a).

“Até o momento não sofri nenhum tipo de discriminação nem preconceito” (JS – 21a).

“Não” (ES – 46a).

“Não” (RN – 33a).

“Já me senti humilhada, fui discriminada uma certa vez estava descascando camarão quando um pescador proibiu que eu descascasse os camarões para não contaminar” (JS – 32a).

“Não, pois quase ninguém sabe” (FS – 48a).

“Nunca” (AG – 37a).

“Não” (MG – 37a).

Portanto após o término de um período opressor, perduram os efeitos sociais desse momento. Não se pode simplesmente dizer, por exemplo, que os preconceitos e discriminações que cercam os portadores de **HIV/AIDS** irão ser extintos tão logo a população esteja informada sobre a doença e ou, porque foram criadas leis que regularmente os direitos dessas pessoas.

Inicialmente os participantes apresentaram-se resistentes em aceitar dar entrevistas, mas ao longo dela, sentimos que havia uma necessidade enorme destes em falarem de suas vidas, seus problemas e expectativas, que freqüentemente são reprimidos, e, no entanto, podem ser expressas quando há possibilidade de estarem em contato com um interlocutor que atenda a essa demanda, demonstrando assim, a importância de haver acompanhamento psicológico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram feitas algumas considerações acerca dos dados encontrados na pesquisa corrente. Enfatizamos em todas as interferências e deduções explicitadas aqui, que são aplicadas à amostra escolhida, os portadores de **HIV/AIDS** do município de Aracaju/SE, como também, ao contato biopsicossocial, cultural e histórico específico e este estudo.

Realizar esta pesquisa possibilitou que se tornassem evidentes as representações sociais a partir dos próprios sujeitos portadores do **HIV/AIDS**, sendo que todos eles trouxeram o tema do preconceito e discriminação existentes na sociedade. Apesar desta situação ter reforçado o vínculo deles com a família, sentem-se discriminados pelas demais pessoas. Outro dado importante levantado refere-se à conscientização deles quanto à incurabilidade da doença.

Podemos pensar aqui, também, que esta discriminação social reflete o próprio preconceito dos sujeitos, principalmente ao se considerarem tão distantes de uma contaminação como também esquivando-se de falar da doença, a pesquisadores como foi o caso da nossa investigação. Por outro lado, geralmente, eles se acham vítimas do preconceito, mas sem nunca terem aberto a sua soropositividade a outras pessoas. Eles próprios se isolam e não assumem um papel de trabalho contra o preconceito do qual se dizem vítimas.

No decorrer do trabalho identificamos diversos tipos de comportamento e atitudes negativas em relação aos portadores de **HIV/AIDS**, tais como estigmatização, exclusão de eventos sociais, hostilidade, demissões do trabalho, etc. Também se pode notar as modificações psicológicas ocorridas com essas pessoas, pois sofreram várias perdas, como individualidade, a capacidade, a independência, além do desgaste físico pela infecção. A família também sofre com esses comportamentos e atitudes.

De acordo com os estudos acerca do assunto, a epidemia encontra-se efetivamente inserida no contexto da homossexualidade, por isso, os preconceitos e discriminações direcionados aos portadores de **HIV/AIDS**, ocorrem devido à sociedade ainda não aceitar a prática homossexual, desconsiderando a patologia propriamente dita. Ou seja, existe uma aversão social relacionada à homossexualidade e não a AIDS, sendo a contaminação atribuída a uma prática sexual desviante entendida como perversa. No que se refere aos sujeitos da amostra, dois deles se recusaram dizer como contraiu o vírus **HIV**. Vale ressaltar que, todos os participantes estão com a doença propriamente dita, a **AIDS**.

O preconceito e discriminação ferem a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual a Psicologia encontra-se diretamente ligada, pois de acordo com o código de Ética dos Psicólogos, cabe a estes profissionais trabalharem em prol dos direitos da pessoa humana, em particular de seus pacientes.

Faz parte da Declaração a defesa do direito à liberdade, à dignidade, ao trabalho, etc. Ao se falar em portadores de **HIV/AIDS**, estes direitos são claramente deturpados quando não se respeita a opção sexual do sujeito, ou mesmo, quando são excluídos dos eventos sociais, inclusive do trabalho. Nessa perspectiva, cabe ao profissional conscientizar a sociedade sobre a doença, desenvolvendo trabalhos preventivos e educativos, podendo assim, contribuir para a redução dos números de casos de **HIV/ AIDS**, bem como diminuir os preconceitos e discriminações em torno dos soropositivos.

Ser soropositivo envolve aprender a conviver com efeitos físicos causados pelo **HIV/AIDS**, bem como, se adaptar as alterações ocorridas nos relacionamentos sociais e estabelecer novas relações. Tendo que lidar com as modificações em sua auto-imagem, com o medo, com a progressão das emoções negativas como hostilidade, estresse, ansiedade, depressão, etc, presentes no quadro patológico e também com o fantasma da morte. Nesse momento, a enfermagem também exerce um importante papel, trabalhando no indivíduo

aspectos que o leve a compreender e assimilar melhor as novas situações agora por ela vivida.

Entretanto, assimilar um diagnóstico soropositivo requer comportamento diferenciados das pessoas, pois, o seu sistema imunológico torna-se inevitavelmente mais debilitado, exigindo mudanças precisas na alimentação, nos horários de repouso, requer o cumprimento correto na ingestão de remédios e também uma modificação da prática sexual, devendo ser sempre acompanhada por preservativos. As pessoas contaminadas pelo **HIV**, que modificam seus hábitos, estão demorando cada vez mais para apresentar a fase assintomática, ou seja, a **AIDS**, propriamente dita.

Contudo, deve-se ressaltar a importância que a população em geral tem no processo de reabilitação e reinserção social dos portadores do **HIV/AIDS**, pois essa patologia é vista como um agente de exclusão tanto pelo portador (por acreditar na maioria das vezes que a vida acabou), quanto pela sociedade (por medo da contaminação de uma doença incurável), pois a morte é o grande elo de tensão nas relações sociais entre o doente e a doença, como também, a veiculação ainda resistente, embora esclarecida, das práticas homossexuais sufocadas pela sociedade.

Visto isso, pode-se compreender o preconceito e a discriminação como inimigos dos portadores do **HIV/AIDS**. Portanto, é fundamental que as pessoas saiam da “ignorância” e percebam que ser soropositivo não significa morrer de **AIDS**, mas conviver com **AIDS**. Que elas compreendam também que não existem “grupos de risco” e sim “comportamento de risco”, pois todos são vulneráveis à infecção, portanto a educação sexual, as informações e esclarecimentos em torno da questão é que farão importantes diferenças nos momentos de expor probabilidade da disseminação da epidemia.

Sendo assim, é importante compreender e tratar o portador de **HIV/AIDS** como um cidadão, dotado de direitos e deveres iguais a todos os outros, pois, a

AIDS é uma das doenças que o ser humano poderá adquirir, embora traga consigo o fantasma da morte e a elucidação do tabu da homossexualidade.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Ulisses Mota de. **AIDS toda a verdade:** Uma abordagem sem mentiras e sem mistificações da doença mais assustadora de nossos dias. 5.ed., Rio de Janeiro: Record, 2001.
- BADINTER, Elizabeth. **Sobre a identidade masculina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- CAMINO, Leôncio; et al. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia.** Reflexão e Crítica. 2002, p. 165-178.
- CARNEIRO, Claudia Maria de Paula e PELLEGRINO, Nilson. Acesso à saúde diante da epidemia da AIDS. In: CÂMARA, Cristina e CARNEIRO, Cláudia Maria da Paula (org). **O outro como semelhante:** direitos humanos e AIDS. Brasília: Cap. 2., 2002, p.15-28.
- CARVALHO, Clarissa Andrade. **Cartilha Direitos Humanos e Cidadania.** In: SILVA, Eliana Chagas; et al.(org) Aracaju, 2002.
- CHAUI, Marilena de Souza. **O que é ideologia?**. 38 ed., São Paulo: Brasiliense, 1994-(Coleção primeiros passos: 13).
- DANIEL, Marc; BAUDRY, André. **Os homossexuais.** Rio de Janeiro: Artenova, 1973.
- ECHEBARRIA, Agustin; et al. **Psicologia social Del prejuicio y el racismo.** Coleção de psicologia, Madrid, 1995.
- GALLO, Robert. **Caça ao vírus:** AIDS – câncer e retrovírus humano. Tradução de J. E Smith Caldas. São Paulo: Siciliano, 1994.
- GOLD, David. "Vacinas para HIV- positivos". In: **Boletim vacinas anti HIV/AIDS.** São Paulo: GIV- Grupo de Incentivo à Vida, nº 5, junho, 2000.
- GOLDENBERG, Miriam. **A arte de pesquisar:** Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Ideologia: In: STREY, Marlene Neves et al; **Psicologia Social Contemporânea.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. P.89-102.
- HANAN, Janete. **A percepção social da AIDS:** raízes do preconceito e da discriminação. Revinter, 1994.

- JONES, James M. **Racismo e preconceito**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Edgard Blucher LTDA, 1973.
- LANE, Sílvia Tatiana Maurer. **Psicologia Social: P homem em movimento**. São Paulo Brasiliense, 1984.
- LAPLANCHE, Jean e PONTALES. **Vocabulário de Psicanálise**. Tradução Pedro Tamen. 4.ed, São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LIBMAN, Howard; WITZBURG, Robert. **Infecção pelo HIV: um manual clínico**. 2.ed., Medsi, 1995.
- LIMA, Ana Lúcia Lei Munhoz. **HIV/AIDS: perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; e METTER, Thomas W. (Org) **A AIDS no mundo**. (Organizadores da edição brasileira: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; PEDROSA, José Stalin). Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1993, p. 151- (Coleção História Social da AIDS: 1).
- MARQUES, Luiz Fernando. O uso indevido de drogas e a AIDS. In: ACHOR, Néia (Org). **Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: vol.1 cap.17.1999,p.173-183.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE [on line]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/simposat/regnorde.htm>. Acesso em 11/10/2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE [on line]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>. Acesso em 12/10/2007.
- MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 2. ed., Petrópolis RJ: Vozes, 2004.
- MOTT, Luiz. Interface da violência: AIDS e homofobia. In: CÂMARA, Cristina e Carneiro. Cláudia Maria de Paula (Org). **O outro como um semelhante: direitos humanos e aids**. São Paulo: Artes médicas, 2002.
- PALAZZO, Ludmila Oliveira. Direitos Humanos e Psicologia. In: Silva, Marcus Vinícius de Oliveira (Org) **Psicologia, ética e direitos humanos**. 2ed.; São Paulo: Casa Psicólogo. Cap.2.p 23- 40.

- PARKER, Richard. Boletim ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS). A ABIA em Barcelona. **O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS**. nº48, 2002, p03-05.
- PASCUAL, Alejandro. Direitos Humanos e AIDS na Construção de uma Sociedade mais Justa e Solidária. In: CÂMARA, Cristina e Carneiro, Cláudia Maria de Paula (Org) **O outro como um semelhante: direitos humanos e AIDS**. Brasília. Cp.1 2002, p. 07-14.
- PEIXOTO, Fábio. Revista Super Interessante. Dezembro, 2000.
- PIMENTA, Maria Cristina. Boletim ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS). A ABIA em Barcelona. nº48.2002, p.06.
- PINEL, Arletty; INGLES, Elizabete. **O que é AIDS**. São Paulo: Brasiliense, 1996 – (Coleção primeiros passos).
- PORTELA, Estevão. Uma armadilha contra o HIV. **Conversa positiva**. 2002, p. 6-7.
- RACHID, Márcia e SHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. 8ªed., Rio de Janeiro: Reivinter, 2005.
- DIAS, Alba Regin Lima (Editora). Longas estradas da vida: redes cobrindo um país. Revista Perfil. Ano II, nº 14. Itabaiana, maio, 1999.
- RUDNICKI, Dani. **AIDS e direito: papel do Estado e da sociedade na prevenção da doença**. Porto Alegre; Livraria do Advogado, 1996.
- SANTOS, Vera Lopes dos Santos; SANTOS, Cledy Eleana. **Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil**. In: SCHOR, Néia (Org) **Caderno, juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília; vol.1. cap. 17. 1999, p.213-222.
- SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE. Governo do Estado de Sergipe. Quadro VI. **Casos de AIDS de acordo com o Município de Residência: 1987 a 2007**.
- SECRETÁRIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO. Censo. Biblioteca da Prefeitura Municipal de Aracaju.
- SPINK, M.J.P. Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. Em GUARESHI, P.A. & JOVCHELOVITCH, S. (Orgs) **Textos em representações sociais**. Rio de Janeiro; Vozes, 1994.p. 117-148.
- ULLA, Sara; REMOR, Eduardo Augusto. Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002.p. 113-119.
- VALA, J.**Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 1993.

VALENTIM, João Hilário. **AIDS e relações de trabalho: O efetivo Direito ao Trabalho**. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

WERBA, G.C; OLIVEIRA, F.O. Representações Sociais. Em STREY, M.N (Org), **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: RJ, 1998, p. 103-117.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade;

Profissão:

- 1 – Para você o que é a AIDS?
- 2 - Como você considerava a questão do HIV/AIDS antes de fazer o exame, e após o resultado soropositivo?
- 3 – Como você descobriu que estava com HIV/AIDS?
- 4 – Como você contraiu a AIDS?
- 5 – Quem lhe deu o resultado e como foi passado e há quanto tempo?
- 6 – O que o resultado provocou em sua vida?
- 7 – Tem tido apoio da família?
- 8 – Você acha importante que se tenha um acompanhamento psicológico tanto para o portador como para a família?
- 9 – Na sua opinião é importante que haja campanhas para sensibilizar as pessoas na prevenção do HIV/AIDS?
- 10 – Você sente vergonha de ter contraído a doença?
- 11 – Você já foi vítima de zombaria por conta da AIDS e como se sentiu?
- 12 – Algum episódio de discriminação o marcou?

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu _____ declaro a permissão
Para participar da pesquisa intitulada "Representação social dos portadores de
HIV/AIDS do município de Aracaju, realizada pela aluna Gleide Selma de Araújo
Dantas, do curso de Pós Graduação de Especialização de Saúde Ocupacional com
Habilitação em Enfermagem do Trabalho da Faculdade de Administração e
Negócios de Sergipe.

Aracaju, ____/____/____