

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

## Os Muros (In)Visíveis do Preconceito:

Um estudo das Representações Sociais das Pessoas que vivem com HIV/aids

Alexandre Cavalcanti Galvão

Brasília – DF,

2009

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Os Muros (In)Visíveis do Preconceito:

Um estudo das Representações Sociais das Pessoas que vivem com HIV/aids

Alexandre Cavalcanti Galvão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria de Oliveira Almeida

Brasília – DF,

Dezembro de 2009

Os Muros (In)Visíveis do Preconceito:

Um estudo das Representações Sociais das Pessoas que vivem com HIV/aids

Dissertação de mestrado defendida e aprovada pela banca examinadora constituída por:

---

Profa. Angela Maria de Oliveira Almeida, Dra. (Presidente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

---

Prof. Cláudio Vaz Torres, Dr. (Membro)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

---

Profa. Flávia Furtado Rainha Silveira, Dra. (Membro externo)

Faculdade SENAC DF

---

Profa. Ana Lúcia Galinkin, Dra. (Membro Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília

*O pescador tem dois amor  
Um bem na terra  
Um bem no mar  
O bem de terra é aquela que fica  
Na beira da praia quando a gente sai  
O bem de terra é aquela que chora  
Mas faz que não chora  
Quando a gente sai  
O bem do mar é o mar, é o mar  
Que carrega com a gente  
Pra gente pescar  
(Dorival Caymmi)  
A Carlos, Zuleida, Marcelo e Natália,  
Cujos amor é luz de farol a me guiar  
Nas jornadas solitárias,  
É doce presença no íntimo d'alma  
Que me faz manter a esperança.*

## AGRADECIMENTOS

Nesta jornada, por vezes solitária, fui acompanhado de perto ou de longe por pessoas muito especiais para mim. Foi com o apoio de vocês que pude realizar este projeto de vida. A todos aqueles que contribuíram neste percurso, muito obrigado!

Muito obrigado, Professora Angela Almeida, por ter me acolhido como seu orientando. Lembro-me que cheguei cheio de anseios e completamente cru, e a sua paciência e sabedoria me guiaram em mares ainda inexplorados por mim. Em todos os momentos senti o seu apoio e, graças a você, chego ao final dessa jornada. Sinto-me honrado em tê-la como minha educadora, no sentido mais amplo da palavra. Agradeço, extensivamente, à sua família pela acolhida generosa e abnegada, mesmo ao privá-los de sua companhia nos meus momentos de aflição.

Muito obrigado, Professor Cláudio Torres, pelos debates enriquecedores, por estar sempre disponível quando precisei de ajuda e por me lembrar que é necessário viver além de estudar. Obrigado, Professora Ana Lúcia Galinkin, pelas aulas e contribuições para esta dissertação, que sobremaneira me ajudaram. Obrigado, Professora Flávia Silveira, por ter contribuído para a execução desta pesquisa e, sobretudo, por compartilhar seus conhecimentos durante as reuniões do LaPsiS. A todos, muito obrigado por aceitarem participar da banca examinadora.

Aos professores Aldry Sandro Ribeiro, Ione Vasquez-Menezes, Hartmut e Isolda Günther, Jacob Laros, Leôncio Camino, Maria de Fátima Souza Santos e Ronaldo Pilati, pela gentileza e contribuições valiosas para a consecução desta pesquisa.

Muito obrigado, minhas amigas e meus amigos de laboratório – Cida Oliveira, Danielle Coenga, Diva Paixão, Felipe Rosa, Ívina Paiva, Juana Bertha, Karina Vasconcellos, Rafael Moore, Sandra Mauch, Vanessa Sousa, pelo carinho, cuidado e interlocuções que muito me auxiliaram. Em especial, obrigado Juliana Pacheco, Luíza Mônica da Silva, Renata Monteiro e Talita Leão, pela companhia, ajuda e muito apoio durante as disciplinas e nas noites viradas. A todas do LaPsiS, meu carinho e respeito.

A CAPES/PROF pelo financiamento parcial do meu mestrado.

Aos meus amigos do GAPA-DF, pelo incentivo e discussões sobre a vida positiva, que colaboraram para esta pesquisa.

Muito obrigado, meus queridos amigos da Contato, do Instituto de Gestalt-terapia de Brasília e da Cliama, pela paciência, confiança, apoio e muito carinho nos momentos de dificuldades no percurso da minha vida.

Meu caro Flávio Bonugli, muito obrigado pelo cuidado e ajuda. Sua cumplicidade me deu a tranquilidade para finalizar este projeto.

Meus caros amigos, Ana Flávia Basílio, Andréa Pessoa, Luciano Simões, Luíza Santos, Mônica Alvim, Nayla Reis, Patrícia Cava, Célio Normando, Sheila Antony, Yara Almeida, muito obrigado por me lembrarem que a amizade é um afeto gratuito, pois mesmo com a minha distância, vocês estiveram ao meu lado com palavras, sorrisos e esperança que um dia esta dissertação chegasse ao fim.

Meu querido Dom, que voa em espaços mais distantes, viajou antes de ver concluído este trabalho. A ele, minha homenagem, respeito e saudade.

Por fim, aqueles que estiveram presentes desde o início. Carlos, Zuleida, Marcelo e Natália, minha família, a quem dedico esta dissertação. Muito obrigado pelo incentivo, confiança e apoio. O amor de vocês foi meu guia nos momentos de tormenta, dando-me a certeza que conto com pessoas maravilhosas ao meu lado.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	x
Lista de Figuras.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiii
<b>Introdução.....</b>	<b>14</b>
<b>1 – Preconceito, Estereótipo E Discriminação.....</b>	<b>19</b>
1 – Estereótipo.....	20
2 – Preconceito .....	22
2.1 – As novas formas de preconceito.....	22
2.2 – Teorias com influência da Psicanálise.....	24
2.3 – Teorias do Conflito Realístico.....	29
2.4 – A natureza do Preconceito em Allport.....	32
2.5 – A escola de Bristol.....	35
2.6 – A abordagem Societal.....	41
<b>2 – A Psicologia Social E A Teoria Das Representações Sociais.....</b>	<b>44</b>
1 – O conceito das Representações Sociais e a formação da teoria.....	45
2 – A Teoria das Representações Sociais e seus desdobramentos.....	48
3 – A Teoria das Representações Sociais e Preconceito.....	52
3.1 – Uma nova perspectiva para o estudo do preconceito:	
Contribuições da Teoria das Representações Sociais.....	55
<b>3 – O Fenômeno Aids E As Pessoas Que Vivem Com A Doença.....</b>	<b>59</b>

1 – Primeiro período histórico da epidemia: aids aguda.....	62
2 – Segundo período histórico da epidemia: latência.....	68
3 – Terceiro período histórico da epidemia: aids crônica.....	72
4 – Uma tentativa de articulação: preconceito, aids e RS.....	92
<b>Estudos Empíricos.....</b>	<b>94</b>
<b>Estudo I – As Atitudes e o Campo Representacional acerca da PVHA.....</b>	<b>99</b>
Objetivos.....	102
População estudada.....	102
Participantes.....	103
Instrumentos.....	103
Procedimento de Coleta.....	106
Procedimento de Análise dos Dados.....	106
Resultados e Discussão.....	108
1 – Informações acerca da aids.....	108
2 – Escala de Distância Social.....	110
2.1 – Validação da EDS.....	110
2.2 – PVHA e Atitude de Preconceito.....	113
3 – Conteúdo e Estrutura das RS acerca da PVHA.....	126
Eixo “Sexo Irresponsável”.....	131
Eixo “Doença/Morte”.....	132
Eixo “Preconceito Social”.....	134

<b>Estudo II – Práticas em Situações de Relação Intergrupala.....</b>	<b>153</b>
Objetivos.....	153
Participantes.....	153
Instrumentos e Materiais.....	154
Procedimento de Coleta.....	154
Procedimento de Análise dos Dados.....	155
Resultados e Discussão.....	157
1 – O campo Representacional – A Ordem.....	158
Eixo “O Ordenamento Institucional” .....	159
Eixo “O Ordenamento Social” .....	165
Eixo “O Ordenamento Moral” .....	176
2 – As Diferentes Posições na Relação de Ordem.....	179
3 – Ancorando as Diferenças das Práticas Sociais.....	182
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>187</b>
<b>Referências.....</b>	<b>193</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>203</b>
Anexo I – Instrumento de pesquisa do Estudo I – Questionário .....	204
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o questionário..	206
Anexo III – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os vizinhos.....	207
Anexo IV – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os dirigentes.....	208
Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as entrevistas...	209

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Categorização das publicações no período da aids aguda.....	65
Tabela 2 – Categorização das publicações no período de latência.....	69
Tabela 3 – Categorização das publicações no período da aids crônica.....	75
Tabela 4 – Itens que compõem a EDS adotada neste estudo.....	104
Tabela 5 – Elementos constituintes da EDS.....	105
Tabela 6 – Cargas fatoriais, <i>Eigenvalues</i> , Variância explicada e Fidedignidade da EDS em relação às pessoas que vivem com HIV/aids.....	112
Tabela 7 – Teste <i>t</i> para a EDS na comparação entre homens e mulheres.....	115
Tabela 8 – Comparação entre universitários para o fator Relações Formais da EDS (ANOVA).....	117
Tabela 9 – Comparação entre universitários para os fatores Inocentes e Desviantes da EDS (ANOVA).....	120
Tabela 10 – Comparação entre universitários para o fator Relações Íntimas da EDS (ANOVA).....	125
Tabela 11 – Frequência e Ordem de evocação dos conteúdos evocados com o termo indutor “aidético”.....	127
Tabela 12 – Teste de Centralidade, em função das evocações totais e das palavras principais.....	128
Tabela 13 – Etapas de análise realizadas pelo <i>software</i> ALCESTE.....	156

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Número de artigos por ano de publicação no Scielo.....	60
Figura 2 – Porcentagem dos meios de informação mais importantes.....	108
Figura 3 – Estrutura e Conteúdo da RS acerca da PVHA.....	129
Figura 4 – Classificação Hierárquica Descendente do ALCESTE.....	131
Figura 5 – Regiões periféricas e centrais da pessoa segundo Lewin.....	150
Figura 6 – Classificação Hierárquica Descendente das entrevistas dos dirigentes e vizinhos das Casas de Apoio às PVHA.....	159
Figura 7 – Plano fatorial com a projeção das palavras analisadas pela Análise Fatorial de Correspondência (ALCESTE).....	180

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo as pessoas infectadas com o vírus HIV/aids em suas relações sociais, enfocando as Representações Sociais (RS) como elementos de ancoragem do preconceito. Os objetivos desta pesquisa foram: examinar a natureza do preconceito e os elementos das RS que o ancoram, bem como sua manifestação nas relações grupais, e identificar a existência de preconceito quanto à forma de infecção. Realizaram-se dois estudos empíricos. No primeiro, para acessar as RS de 169 universitários do Distrito Federal acerca dos portadores do vírus, foi aplicado questionário com perguntas sobre meios de informação, de evocação e escala de distância social. No segundo, para acessar as práticas sociais entre nove vizinhos e os quatro dirigentes das casas de apoio ao portador do DF, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados por procedimentos estatísticos, pelos programas EVOC e ALCESTE. Encontraram-se evidências da mediação das RS na relação intergrupais sorodiscordantes, cujos elementos estão relacionados com as *themas* puro-impuro, assimetria entre maioria e minoria, e proibição de contato, conotando o preconceito em relação às formas de infecção e que ancora práticas discriminatórias.

Palavras-chaves: representações sociais, casas de apoio, aids, preconceito, *themas*

## ABSTRACT

This research had as its object of study HIV positive people in their social relations, focusing on Social Representations (SR) as elements of the anchoring bias. The objectives of this research were to examine the nature of prejudice and the elements of the anchor SR and its manifestation in group relationships, and identify the existence of prejudice as to the course of infection. There were two studies. The first to access SR of 169 students in the Federal District about the HIV positive people, we applied a questionnaire with questions about the media, of evocation and social distance scale. The second to access the social practices of nine neighbors and the four leaders of recuperation houses in the Federal District, we used semi-structured interviews. The data were analyzed by statistical procedures, EVOC and ALCESTE softwares. We found evidence of mediation of SR in intergroup relation, whose elements are related to *thematas* pure-impure, asymmetry between majority and minority, and prohibiting contact, connoting the prejudice against the forms of infection and anchoring discriminatory practices.

Keywords: social representations, recuperation houses, aids, prejudice and *thematas*

## INTRODUÇÃO

*Eu tenho um sonho que um dia esta nação se levantará  
e viverá o verdadeiro significado de sua crença  
- nós celebraremos estas verdades  
e elas serão claras para todos,  
que os homens são criados iguais.  
(Martin Luther King, 28/08/1963)*

O sonho de nações igualitárias com respeito às diferenças individuais é o que nos move para uma marcha humanitária, seguindo os passos de veneráveis homens e mulheres que nos guiam pelo exemplo de suas vidas dedicadas à liberdade, igualdade e fraternidade. Este lema da Revolução Francesa sintetiza, a nosso ver, a luta contra a opressão das minorias desde os mais remotos tempos da história da civilização, em que as relações de poder e dominação desencadearam perseguições contra grupos marcados pela diferença intolerável para a maioria opressora.

O caráter da inconformidade contra essas relações excludentes une os mais diversos movimentos sociais de ontem, hoje e, quiçá, amanhã. Atualmente, uma das formas dessa luta são as organizações da sociedade civil em defesa de minorias excluídas, cujos objetivos gerais são a visibilidade, a assistência e a defesa dos direitos humanos desses grupos sociais. Foi numa dessas organizações, o Instituto Atitude, que gerenciava o Disque Cidadania Homossexual, em 2000, que tivemos o primeiro contato com essas práticas sociais. Chamados para executar a consultoria de Psicologia, que envolvia apoio e preparação dos atendentes daquele serviço, assim como prestar aconselhamento aos seus usuários homossexuais, deparamo-nos com os problemas decorrentes da intolerância social. Daquela época surgiu o nosso interesse em pesquisar sobre o preconceito social e os seus efeitos.

O advento das duas Guerras Mundiais e dos conflitos raciais nos Estados Unidos suscitou a necessidade de estudos científicos que explicassem as práticas da violência contra minorias e o desenvolvimento de tecnologias que prevenissem e resolvessem novos conflitos, evitando que as nações e grupos sociais chegassem a situações catastróficas. Os processos de intolerância e exclusão sociais são objetos de estudo de várias ciências sociais. Dentre estas, a Psicologia Social procura compreender como ocorre a distinção entre grupos, na construção de categorias diferenciadas na relação inter-individual e intergrupal. Há vários modelos teóricos que tentam explicar essa construção social, conforme Jodelet (2006a, p. 54):

Referindo-se a dinâmicas psíquicas ou a processos cognitivos, eles colocam em jogo noções elaboradas no seio da Psicologia Social, tais como as de preconceito, estereótipo, discriminação, identidade social, ou ainda apelam, através da análise dos discursos sociais, às representações sociais e à ideologia.

As noções de preconceito, estereótipo e discriminação são importantes conceitos na Psicologia Social para se abordar o tema de conflito intergrupais. Por isso, iniciamos essa dissertação com o primeiro capítulo dedicado a uma breve revisão de algumas teorias sobre esses tópicos. São conceitos inter-relacionados com vieses individuais, grupais e ideológicos, cujas definições variam de acordo com os modelos teóricos explicativos. Decerto, por vezes antagônicas, essas teorias seguem um plano mais complementar levando-se em consideração os níveis de análise dos conflitos grupais (Doise, 1984).

Dentre essa pluralidade teórica e metodológica da Psicologia Social, adotamos nesta pesquisa o referencial teórico das representações sociais (RS) propostas por Moscovici (1961/1978). Esse autor evidenciou a existência desse conceito como realidade operante no mundo. Trata-se de representações constituídas de imagens, idéias, opiniões, atitudes e linguagem que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Constituem uma realidade de um determinado grupo sobre algo socialmente valorizado, em que os indivíduos, de acordo com a sua pertença grupal, são chamados a se posicionar acerca de um objeto social. As representações sociais são formas de dominação e classificação sobre um objeto, orientando e justificando a produção de comportamentos de indivíduos e grupos, bem como suas relações com o meio ambiente.

Como formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas (Jodelet, 1989, conforme citado por Sá, 1993), as representações sociais constroem a própria realidade (Almeida, 2001). Nessa (re)construção do real, as representações sociais são impregnadas por preconceitos e justificam ações discriminatórias contra minorias. Moscovici (2009) teoriza essa concepção sobre preconceito como fatores de crença e de memória coletiva próprias das representações sociais, portanto se mostra um aporte teórico propício para tratar o fenômeno social do preconceito e os seus correlatos. No capítulo dois esboçamos o conceito e a Teoria das Representações Sociais, seus desdobramentos e as pesquisas já realizadas sob a luz dessa teoria para investigar conflitos grupais. Nesta dissertação, seguimos a recente elaboração de Moscovici (2009) relacionada ao estudo do preconceito, investigando sua aplicabilidade no campo da pesquisa. Essa contribuição para a discussão da Teoria das Representações Sociais e, conseqüentemente, da Psicologia Social, bem

como o estudo sistematizado em relação aos conflitos sociais entre grupos sorodiscordantes, conota a relevância científica da nossa pesquisa.

Para estudar o preconceito na perspectiva dessa teoria, escolhemos o fenômeno social aids e as pessoas que vivem com a doença. Esta escolha se deu por ser a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) um objeto de representação social e, conjuntamente, de manifestação de preconceito nas relações sociais, conforme apontou nossa revisão de literatura descrita no capítulo três. Nessa seção, contamos a história da epidemia por meio dos artigos científicos indexados pelo Banco de Dados *Scielo* Brasil. Inspirados em Alencar, Nemes e Velloso (2008), distinguimos três momentos históricos da epidemia: 1) o período da aids aguda, que data desde o seu surgimento até o lançamento do coquetel como forma de tratamento, em 1996; 2) o período de latência, que se relaciona ao momento da constatação da efetividade do coquetel; e 3) o período da aids crônica, caracterizada pela mudança da doença para uma enfermidade crônica e tratável.

Uma representação social sempre envolve os sujeitos que representam e o objeto representado. Ao nos propormos a investigar o preconceito nas relações sociais que envolvem a aids, o nosso objeto de pesquisa não poderia ser a doença, mas as pessoas que por ela são afetadas. A designação nominal desse grupo foi alterada ao longo da história da epidemia, conforme Vale (2002), sendo o primeiro nome “aidéticos”, posteriormente “soropositivos” e a nomenclatura atual é “pessoas que vivem com HIV/aids” (PVHA). Dentre estes, optamos por nomear o nosso objeto de pesquisa como “aidético”, por ser um nome de senso-comum, ainda usado cotidianamente para designar o grupo de portadores do vírus HIV, ainda que não desconheçamos o caráter “politicamente incorreto” imputado a este termo.

Esta descrição está contida no capítulo quatro, no qual também explicamos as noções gerais dos dois estudos empíricos. A pesquisa aborda as três dimensões das representações sociais: informação, atitudes e campo representacional, enfatizando as duas últimas. E procuramos responder a seguinte pergunta de pesquisa: As RS acerca das PVHA mediam as relações sociais entre grupos sorodiscordantes? Esta questão, na construção empírica de nossos estudos será assim desdobrada:

- 1) Quais são as representações sociais dos universitários do Distrito Federal acerca das pessoas que vivem com HIV/aids?
- 2) As representações sociais acerca das pessoas que vivem com HIV/aids estão impregnadas por preconceitos?

- 3) A dimensão atitudinal das RS se diferencia em função das formas de infecção pelo vírus?
- 4) Qual o impacto das representações sociais acerca das pessoas que vivem com HIV/aids no cotidiano das casas de apoio a essas pessoas?

Esta pesquisa tem como hipótese que o preconceito media a natureza das relações sociais dos sorodiscordantes com as pessoas que vivem com HIV/aids. Com base na literatura, elaboramos a hipótese que há distinção entre as diversas formas de infecção na atitude preconceituosa. Também, estimamos que o cotidiano das casas de apoio resente o preconceito de seus vizinhos. Assim, **propõe-se examinar a natureza do preconceito e os elementos das RS que o ancoram, bem como sua manifestação nas relações grupais, e identificar a existência de preconceito quanto à forma de infecção.**

O primeiro estudo foi construído para investigar as dimensões atitudinais e o campo representacional acerca das pessoas que vivem com HIV/aids presentes nas relações entre grupos sorodiscordantes. Foi aplicado um questionário em 169 estudantes de três instituições de ensino superior do Distrito Federal. Este instrumento continha perguntas sobre fontes de informação, questões de evocação para acessar as representações sociais acerca da PVHA e uma escala de distância social a fim de mensurar a desejabilidade da interação intergrupar sorodiscordante, bem como distinguir essa desejabilidade com relação às formas de infecção que as pessoas que vivem com HIV/aids se expuseram à doença. O questionário foi administrado coletivamente nas instituições de ensino superior, em sala de aula, com autorização dos professores.

Os objetivos específicos do Estudo I foram:

1. Acessar a estrutura e conteúdo das representações sociais em relação às pessoas que vivem com HIV/aids dos universitários do Distrito Federal;
2. Identificar a presença do preconceito nas representações sociais acerca das pessoas que vivem com HIV/aids.
3. Identificar as atitudes em relação às pessoas que vivem com HIV/aids e examinar se elas se diferenciam em função das formas de infecção.

Os resultados são apresentados respeitando as dimensões das representações sociais: informações sobre aids; as atitudes das distâncias sociais, com orientação favorável ou desfavorável em relação aos “aidéticos”; e o campo representacional, que se refere à imagem, ao modelo social e aos juízos dos universitários acerca das PVHA.

O segundo estudo compreende as interações entre grupos, mediadas pelas representações sociais acerca das PVHA, a fim de identificar a existência ou não de preconceitos nestas relações e a sua manifestação comportamental. Neste estudo empírico buscamos acessar as práticas relacionais da vivência intergrupar sorodiscordante. Para tanto, procuramos uma amostra de conveniência, que sabidamente mantinha um mínimo de relação entre pessoas com sorologia diferente. Convidamos para participarem da pesquisa os quatro dirigentes das casas de apoio às pessoas que vivem com HIV/aids do Distrito Federal e nove de seus vizinhos.

Os objetivos específicos deste estudo II foram:

1. Identificar a existência de preconceito em situação de convivência social;
2. Acessar o reflexo do preconceito nas práticas entre os grupos sorodiscordantes;
3. Verificar o impacto dessas práticas nas experiências das casas de apoio do Distrito Federal.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, focando os seguintes aspectos: a imagem da pessoa que vive com HIV/aids, seu estigma e a distância social – comportamentos de convívio entre grupos, com as proibições e permissões de contato. Os resultados foram apresentados seguindo a formulação de Doise, Clémence e Lorenzi-Cioldi (1993) sobre as representações sociais, que destacam: o campo representacional, que revela a percepção compartilhada do objeto social; princípios organizadores das diferenças individuais, mostrando as dimensões subjacentes às posições sociais dos indivíduos na estrutura do campo representacional; e a ancoragem destes princípios organizadores, evidenciando as posições individuais na realidade simbólica e coletiva.

Com esta pesquisa, procuramos acessar sistematicamente a realidade vivida por grupos sorodiscordantes nas interações sociais. Estimamos que a visibilidade da dinâmica desse contexto fomente alternativas para melhorar as condições de vida das pessoas portadoras do vírus, assim como das instituições que lhes apóiam. Assim, esperamos que o presente estudo se mostre relevante para as questões sociais.

## CAPÍTULO 1

### PRECONCEITO, ESTEREÓTIPO E DISCRIMINAÇÃO

A distinção e a assemelhação entre indivíduos constituem práticas para a formação de grupos e orientam as relações entre eles. A dialética da distinção e assemelhação é um dos processos da formação da identidade social, posicionando, qualificando e normatizando as relações interpessoais e intergrupais. O diálogo entre o igual e o diferente permeia o pensamento social, apoiado em critérios arbitrados historicamente, para afirmar e justificar quem somos, o que fazemos e que lugar ocupamos na sociedade. Dessa forma, a dialética distinção-assemelhação é influenciada por vieses individuais intrínsecos à existência coletiva.

A pertença a um determinado grupo e não a outro reflete a história social e pessoal do sujeito e é também fruto de características historicamente estruturadas na formação de categorias sociais em que o sujeito e seu grupo encontram-se engajados. Em termos muito gerais, quando o sujeito é incluído num grupo, é também excluído de outro; ainda que, ao pertencer a vários grupos, pode-se considerar que há uns mais afins entre si e outros mais distantes socialmente. É neste *enjeux* de pertencimento e distanciamento que ocorre a um só tempo, que se delinea os processos de inclusão e exclusão.

A dialética inclusão/exclusão, como afirma Sawaia (2006, p. 9):

*/.../ gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência.*

Essa dialética não é um estado, como diz a autora, mas um processo que envolve os indivíduos e suas relações com os outros. Não pode ser considerada como uma falha da sociedade a ser combatida como uma dinâmica que perturba a sua ordem, mas deve ser vista como um produto do funcionamento da teia social, com dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas.

Podemos considerar com Jodelet (2006a, p. 540), que processos de inclusão/exclusão, de preconceito e discriminação, que se manifestam nas relações interpessoais e intergrupais, constituem-se em objetos próprios da Psicologia Social.

Em se tratando de exclusões socialmente produzidas, a Psicologia Social não opõe um tipo de interpretação (psicológica) a um outro (sócio-histórico, cultural ou econômico). Ela tenta compreender de que maneira as pessoas ou os grupos que são objetos de uma distinção, são construídos como uma categoria à parte. Para dar conta desta construção social, diversos modelos teóricos foram propostos. Referindo-se a dinâmicas psíquicas ou a processos cognitivos, eles colocam em jogo noções elaboradas no seio da Psicologia Social, tais como as de preconceito, estereótipo, discriminação, identidade social, ou ainda apelam, através da análise dos discursos sociais, às representações sociais e à ideologia.

Cientistas da Psicologia Social se voltaram para esses fenômenos a partir da 1ª. Guerra Mundial e, com a ascensão do nazi-facismo na Europa e dos conflitos raciais nos Estados Unidos, houve um crescimento de pesquisas na Psicologia Social. No intuito de entender como, em sociedades que cultuam valores democráticos e igualitários, poderia haver submissão ou engajamento em atividades hostis e discriminatórias, vários autores desenvolveram pesquisas e teorias para explicar esses fenômenos sociais.

Neste capítulo, faremos um breve recorte dessas teorias e pesquisas, na tentativa de abranger o tema, mas estamos cientes de que isso não é possível. Listaremos o que consideramos as principais perspectivas, seus pressupostos e suas críticas. O ponto de partida é conceituar e diferenciar estereótipo, preconceito e discriminação.

## **1 - Estereótipo**

O conceito de estereótipo se alterou durante a história da Psicologia Social, não sendo ainda uníssono. O primeiro a sistematizar reflexões sobre o tema foi o jornalista americano Lippman (1922, conforme citado por Marques & Paéz, 2006; Pereira, 2002), com a premissa de que “cada pessoa inicialmente define e imagina o mundo, observando-o apenas em seguida” (Pereira, 2002, p. 33) e a interpretação do mundo depende da cultura, que determina o retrato interno que os indivíduos carregam consigo. A função do estereótipo é defender as tradições culturais e as posições sociais. Se alguém contra-argumentar os estereótipos; os indivíduos, estrategicamente, reportam essa informação como uma exceção que confirma a regra ou a sua fonte é desacreditada. Na abordagem de Lippman, a opinião pública é uma transmissora de estereótipos na cultura. Em síntese, ele definiu estereótipo como fotografia que as pessoas carregam dentro da cabeça.

O primeiro trabalho empírico sobre estereótipos foi o de Katz e Braly (1933, conforme citado por Marques & Paéz, 2006; Pereira, 2002), na Universidade de Princeton.

Sua metodologia é conhecida como “lista de adjetivos”, pois os participantes da pesquisa foram convidados a listar traços característicos de grupos étnicos com base em uma lista dada ou acrescentar mais algum, se assim lhes conviesse. Os autores entendem os estereótipos como “crenças que nos são transmitidas pelos agentes de socialização, o que explica o consenso existente em relação aos grupos sociais, à sua independência do conhecimento real dos membros desses grupos e à sua dependência do contexto histórico e cultural” (Marques & Paéz, 2006, p. 335). Uma crítica a essa pesquisa é feita por Pereira (2002), que além de apontar a fraqueza metodológica da pesquisa, considera que os resultados mensuram opiniões sociais e não estereótipos, divergindo de Marques e Paéz (2006), ao afirmarem que essa pesquisa teve conseqüências importantes na investigação do tema até os dias atuais.

Sob a ótica da cognição social, uma definição nos é dada por Hamilton e Trolie (1986, conforme citado por Marques & Paéz, 2006; Pereira, 2002), que consideram o estereótipo uma “estrutura que contém o conhecimento, as crenças e as expectativas do percebido em relação a algum grupo humano” (Marques & Paéz, 2006, p. 333; Pereira, 2002, p. 45). Ressalta-se a importância dos conteúdos e, sobretudo, dos processos psicológicos envolvidos na aplicação dos estereótipos, os quais influenciam a percepção social, o julgamento e o comportamento, além de afetarem o processamento das informações sociais. Ao invés de serem entendidos como generalizações indevidas de pessoas preconceituosas, são vistos como processos comuns, utilizados para lidar com um ambiente social heterogêneo.

Apoiado em sua perspectiva teórica do processamento da informação, Pereira (2002, p. 179) define estereótipo como “dispositivo heurístico adotado para simplificar as tarefas cognitivas com que os percebidos se defrontam no ambiente social”. O autor adota a idéia de multicausalidade do processo de estereotipização, influenciado por fatores físicos, biológicos, individuais, grupais e contextuais. Esse processo é a aplicação de um julgamento estereotipado a uma pessoa, que é percebida com traços comuns a outros membros de uma mesma categoria social. Os atributos físicos causadores desse processo se referem a elementos que se destacam na aparência física do alvo estereotipado. Os componentes biológicos enfatizam a noção de que os percebidos imprimem ritmos biológicos diferentes no seu dia, de forma que, em momentos menos favoráveis, eles utilizarão o recurso da estereotipização ao invés de um processamento cognitivo mais elaborado. Em relação aos fatores individuais, influencia na causalidade do processo de

julgamentos estereotipados os aspectos cognitivos como motivação, a aprendizagem social, a natureza afetiva, a tendência pouco preconceituosa e a disponibilidade dos recursos cognitivos. Na dimensão grupal, há dois grandes tipos de influências, os conflitos reais entre os grupos e a tendência de considerar o exogrupo como mais homogêneo. As causas contextuais do processo de estereotipização se referem a fatores como o grau de compartilhamento de crenças a respeito do alvo, os efeitos dos meios de comunicação de massa e, significativamente, as influências contextuais no local de residência do percebido.

## **2 - Preconceito**

Antes de iniciarmos essa revisão teórica, precisamos contextualizar as mudanças sofridas na expressão e nas experiências sociais do fenômeno preconceito decorrentes da história da sociedade contemporânea. Com o advento dos direitos humanos e as novas normas sociais anti-racistas, o preconceito transformou-se da forma flagrante para a sutil, isto é, manifestação preconceituosa mais velada denominada em Lima e Vala (2004) como novos racismos ou novos preconceitos.

Em seguida, listamos algumas teorias da Psicologia Social sobre preconceito, seus pressupostos e críticas. As primeiras a serem abordadas são influenciadas pela Psicanálise – a personalidade autoritária, e de frustração e agressão. Seguimos com a Teoria do Conflito Realístico; e depois, com Allport (1954/1962) e sua obra seminal, introduzimos o conceito de categorização social, que é complementada pela Teoria da Identidade Social e pela Abordagem Societal.

### **2.1 – As novas formas de preconceito**

A definição de preconceito está no campo das idéias ou atitudes, segundo Lima e Vala (2004). É uma pré-disposição para lidar com um sujeito ou grupo em determinada situação. A discriminação é a concretização desta idéia, é a ação do sujeito de acordo com o preconceito. Esta ação é agressiva e hostil para com o sujeito subjugado.

Esses autores diferenciam preconceito e racismo. Estabelecem o preconceito como uma atitude apenas e o racismo como um ato discriminatório. Atribuem ao racismo uma crença naturalizadora das diferenças entre os grupos, pois estes diferem em essência, existindo nos níveis institucionais e culturais, e não percebem o preconceito desta forma, pois acreditam que

o racismo constitui-se num processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social que é definida como diferente com base em alguma marca externa (real ou imaginada), a qual é re-significada em termos de uma marca cultural interna que define padrões de comportamento (Lima & Vala, 2004, p. 402).

Essa abordagem desconsidera o efeito danoso e similar que existe nas outras formas de preconceitos vividos por outros grupos minoritários. Os portadores de deficiência física, por exemplo, também são discriminados e vistos como diferentes em essência. Ou os homossexuais, que podem ser tratados como diferentes essencialmente dos heterossexuais, quando a orientação sexual é considerada como um fator desencadeado pela genética.

Esses autores, contudo, enriquecem a discussão sobre o preconceito ao trazerem as novas formas de racismo vividas na sociedade. São estas: a) simbólico (Sears & Kinder, 1971; Sears & McConahay, 1973, conforme citado por Lima & Vala, 2004) – crença em que os negros estão muito afoitos na luta por direitos iguais e o desejo de restrição das políticas de ação afirmativa. Há uma abstração moral, sentimento e crenças adquiridas ao longo do tempo e não através da competição direta com os negros; b) moderno (McConahay & Hough, 1976, conforme citado por Lima & Vala, 2004) – crença que a discriminação é inexistente no presente, os negros crescem economicamente em setores que não são bem-vindos, os meios e as demandas dos negros são inadequados ou injustos, e os negros não merecem os seus ganhos recentes, sendo superprotegidos pelas instituições sociais; c) aversivo (Gaertner & Dovidio, 1986, conforme citado por Lima & Vala, 2004) – ambivalência entre sentimentos e crenças associados a valores igualitários e sentimentos negativos em relação aos negros; d) ambivalente (Katz, Wackenhut & Hass, 1986, conforme citado por Lima & Vala, 2004) – dupla percepção de que os negros são desviantes do contexto social e, ao mesmo tempo, estão em desvantagem em relação aos brancos; e) sutil (Pettigrew & Meertens, 1995) – defesa dos valores tradicionais que o exogrupo contraria, exagero nas diferenças culturais, e rejeição à expressão de simpatia e admiração ao exogrupo; f) cordial (Turra & Venturi, 1995, conforme citado por Lima & Vala, 2004) – polidez superficial que reveste atitudes e atos discriminatórios através de piadas, ditos populares e brincadeiras de cunho racial.

Dentre essas novas formas, a que extrapola os conceitos referentes ao racismo, para lidar com o preconceito de uma forma mais generalizada é a teoria do preconceito sutil e flagrante de Pettigrew e Meertens (1995). Os autores explicam o preconceito contra grupos

exógenos – minorias culturais advindas de ex-colônias européias, de duas formas. Uma delas é o preconceito flagrante (direto, aberto-próximo e quente), que apresenta duas dimensões: a dimensão da ameaça e rejeição do exogrupo, que se baseia na percepção que os membros dele constituem uma ameaça, sobretudo econômica, e que, portanto, devem ser rejeitados; e a dimensão da rejeição da intimidade, definida como uma rejeição emocional ao contato íntimo, concretamente o contato sexual e o casamento. Já o preconceito sutil (frio, distante e indireto) apresenta três dimensões: defesa dos valores tradicionais, em que os membros do exogrupo agem de forma incorreta e condenável na busca da realização social (os outros não se esforçam o suficiente ou não possuem os valores adequados); exagero das diferenças culturais (os outros têm valores e comportamentos sexuais muito diferentes dos nossos); e a negação de emoções positivas, pois não expressam simpatia e admiração com relação aos outros. Os autores realizaram sua pesquisa em sete países europeus. Tomando como base os escores obtidos pelos respondentes nas duas escalas, encontraram três grupos de análise: a) os flagrantes - altos escores na escala sutil e na escala flagrante; b) os sutis - altos escores na escala sutil e baixos escores na escala flagrante; e c) os igualitários - baixos escores nas duas escalas.

## **2.2 – Teorias com influência da Psicanálise**

Sabe-se que a Psicanálise estudou essencialmente aspectos intrapessoais e interpessoais. Então de que forma esta teoria pode contribuir para a pesquisa intergrupal? No bojo da teoria freudiana, há obras como “Totem e tabu”, “Além do princípio do prazer”, “Mal-estar da civilização” e “Psicologia de grupo e a análise do ego”, em que Freud extrapola suas afirmações do campo interpessoal e intragrupal para o social, analisando também as relações entre grupos. Seus pressupostos foram assimilados por algumas teorias importantes, e alguns conceitos são ainda hoje utilizados nas investigações grupais, como deslocamento, interferência, catarse e comportamento dirigido por metas.

Na revisão das contribuições da Psicanálise para as teorias das relações entre grupos, Taylor e Moghaddam (1994) advertem que essas contribuições não são unânimes, pois mencionam pesquisa em que os resultados não sustentam os conceitos de Freud. A análise freudiana guiou-se por três perguntas básicas: o que é grupo? Como o grupo adquire a capacidade para exercer influência sobre a vida mental de um indivíduo? Qual a natureza das mudanças mentais determinadas pelo grupo sobre os indivíduos?

A discussão freudiana sobre grupo focou a dicotomia entre líder e liderados. Ele atribuiu importância fundamental ao papel do líder e estudou os grupos com líderes, não se

atendo muito aos grupos chamados sociológicos como negros ou mulheres, em que não se tinha um líder identificado. O líder é a autoridade que é introjetada pelos liderados e assimilada com amor e hostilidade, ambas facetas da libido. O grupo é formado por pessoas que introjetaram o mesmo líder e se identificam com ele. As características do grupo freudiano são: a intolerância e a obediência à autoridade, como forças opostas de um mesmo fenômeno; o respeito à força é pouco influenciado pela bondade, que é vista como fraqueza; os heróis dos grupos são fortes ou mesmo violentos; os liderados querem ser dirigidos, oprimidos e temer seu líder; o grupo é conservador, aversivo a inovações e progressos, respeitando as tradições (Taylor & Moghaddam, 1994).

O indivíduo é extremamente influenciado pelo grupo, visto que o comportamento individual no contexto grupal é entendido como uma manifestação de forças subconscientes, ou mesmo do inconsciente. Dessa forma, o membro de um grupo retorna a estágios primitivos, com características contraditórias, ilógicas, com pouca capacidade intelectual e regido pelas emoções. A primeira influência do grupo sobre o indivíduo é a submissão ao líder, de forma que este tem um grande poder de sugestão sobre seus liderados, comparados ao terapeuta com seu cliente, o hipnotizador com o hipnotizado.

Ao seguir o mesmo líder, os membros de um grupo se identificam como irmãos. O líder é visto como a figura paterna, o chefe da horda tribal que mantém o grupo sob sua influência e disciplina. A libido vincula todas as relações interpessoais, de forma a gerar sentimentos inconscientes ambivalentes de amor e hostilidade entre os atores da relação, ou seja, entre os fraternos e, principalmente, entre o líder e os liderados. Assim, mantém-se a coesão intragrupal, na qual os sentimentos de hostilidade não podem emergir. A análise freudiana afirma que a diferença entre a ambivalência nas relações interpessoais e nas intergrupais é a forma como se lida com ela, pois nas interpessoais a hostilidade é reprimida e nas intergrupais é deslocada em forma de agressão para o exogrupo. Pertencer a um grupo gera sentimentos de dependência, responsabilidade e obediência.

Três pressupostos fundamentais sustentam a teoria freudiana sobre as mudanças que as pessoas experimentam na vinculação a um grupo, conforme Taylor e Moghaddam (1994): a) O primeiro é a diminuição da personalidade consciente do indivíduo, que foca seus pensamentos e sentimentos em uma única direção. Esse indivíduo tem a predominância do afetivo e de estados físicos inconscientes, com tendência para expelir imediatamente as intenções quando elas emergem; b) O segundo é a perda de características do âmbito individual quando no contexto grupal. A principal dessas perdas é

diminuição da capacidade intelectual, adequando-se ao grupo e submetendo-se à sugestão do líder, com pouca ou nenhuma indagação sobre pertinência ou mesmo se correspondem aos interesses individuais; c) O terceiro é a recuperação de algumas características em compensação das perdas. O indivíduo num grupo tem um grande senso de segurança e de finalidade, como também um sentimento de poder.

Os autores ressaltam que, por meio da organização grupal, os membros do grupo podem recuperar as características que eles possuíam como indivíduos. Em grupos grandes como o da igreja e das forças armadas isso não seria possível. Porém, o mais importante é que indivíduos diferem enquanto membros de grupo e enquanto indivíduos isolados. Em termos da influência do líder, a liberdade do liderado sofre restrição, mantendo-se ligado pela libido com o líder e com os seus fraternos.

Há quatro implicações do modelo freudiano da psicologia do grupo para o campo das relações intergrupais: a) a base da hostilidade entre grupos; b) o modelo de relação intergrupar adotado; c) o exogrupo selecionado como alvo da agressão; d) a possibilidade de estudar subgrupos (Taylor e Moghaddam, 1994).

As implicações citadas são geradas pelo modelo hidráulico mental, em que forças inconscientes dominam o comportamento do indivíduo. Assim, sentimentos e pensamentos não conscientes são projetados e deslocados para alvos externos como solução econômica para a pressão da ambigüidade interna dos sujeitos. A libido tem duas faces, a do amor e a da hostilidade, que são equivalentes e contraditórias. Impedidos pelas normas grupais, os indivíduos tendem a projetar a hostilidade nos outros e deslocam o desejo agressivo do líder para os exogrupos. A escolha do exogrupo alvo da agressividade dar-se-á pela análise inconsciente de similaridade, isto é, quanto mais semelhantes os grupos, menor será a agressividade, portanto, quanto maior a diferença entre os grupos, maior será a expressão da hostilidade por meio da agressividade. Na dinâmica intragrupal se ressalta a existência de duas vertentes, a do líder e a dos liderados. Assim, revela a existência de subgrupos que funcionam de forma diferente na relação entre si, com conseqüências distintas intra-individuais.

Os pressupostos freudianos influenciaram diretamente duas teorias de relação intergrupar: a Teoria da Frustração-Agressão, e a Teoria da Personalidade Autoritária. A Teoria de Frustração-Agressão, cujos autores são Dollard, Doob, Miller, Mowrer e Sears (1939, conforme citado por Monteiro, 2006; e Taylor & Moghaddam, 1994), deriva da psicanálise quando entende a agressão como conseqüência direta da frustração. Como afirmam aqueles autores em Monteiro (2006, p. 421) “a ocorrência do comportamento

agressivo pressupõe sempre a existência de frustração e, ao contrário (...), a existência da frustração conduz sempre a alguma forma de agressão”. A agressão é sempre deslocada para um alvo alternativo do frustrador originário, buscando alvos tidos como mais fracos, numa relação de poder entre grupos. Retoma, ainda, o critério da similaridade na escolha dos grupos alvos para a agressão, que geralmente, são desviantes ou minoritários, tidos como bodes-expiatórios preferenciais.

A Teoria da Personalidade Autoritária, de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson e Sanford (1950, conforme citado por Monteiro, 2006; e Taylor & Moghaddam, 1994), apóia-se na psicanálise para sustentar a idéia das atitudes intergrupais serem determinadas por características da personalidade. Há uma primazia da irracionalidade, com a reprodução dos padrões de relacionamento com autoridade, isto é, forte submissão ao poder, com ênfase em posturas sociais convencionais. O princípio geral é que a repressão de desejos infantis inaceitáveis gerará um adulto conservador, submisso, formador de estereótipos. Os pais são os principais agentes na formação da personalidade dos filhos, visando uma socialização adequada aos padrões de classe média, por meio da repressão rígida e da disciplina severa. Os filhos, por sua vez, desenvolvem impulsos agressivos inconscientes contra seus pais, que devido à inadequação dessa manifestação são deslocados para outros alvos, tidos como mais fracos ou inferiores, por exemplo, grupos socialmente desviantes ou minoritários.

Suas pesquisas se basearam em inventários de personalidade e a “Escala F” foi o instrumento mais utilizado nas investigações. Essa escala contém 48 afirmações, diante das quais os participantes exprimem seu grau de concordância, numa variação de sete pontos. Os pólos são as tendências fascistas/racistas e as democráticas.

No Brasil, Crochík (2005) realizou uma pesquisa para verificar se há relações entre a personalidade e a ideologia com o preconceito. Adaptou o estudo de Adorno et al. (1950, conforme citado por Crochík, 2005) considerando a personalidade narcisista e a ideologia da racionalidade tecnológica. Os objetivos da pesquisa foram verificar se existem relações entre, de um lado, a adesão à ideologia da racionalidade tecnológica, as características narcisistas de personalidade, a predisposição ao fascismo e o conservadorismo político e, de outro lado, a manifestação de preconceito. Os participantes foram 139 estudantes do 1º ano dos cursos de Administração e de Psicologia de uma universidade de São Paulo. A idade dos sujeitos variou entre 18 a 23 anos, sendo 60 alunos do sexo masculino e 79 do feminino. Foram utilizados um questionário com dados pessoais, incluindo religião, cor da

pele, existência de deficiência física e contato com pessoas portadoras de deficiência mental; e 5 escalas, sendo: escala de autocategorização política – C; Escala F; escala da ideologia da racionalidade tecnológica – I; escala de características narcisistas de personalidade – N; e escala de manifestação de preconceito – P. Os resultados obtidos no estudo foram: a) as correlações entre as escalas  $F_{\text{ascismo}}$ ,  $I_{\text{deologia}}$  e  $P_{\text{reconceito}}$  possibilitam afirmar que quanto maior o escore na escala  $F_{\text{ascismo}}$ , maior a adesão à ideologia da racionalidade e maior o grau de preconceito. Da mesma forma, quanto maior o escore na escala  $P_{\text{reconceito}}$ , maior o número de traços narcisistas de personalidade, maior o conservadorismo político e maior a adesão à ideologia tecnológica e vice-versa; b) O escore médio dos estudantes na escala  $P_{\text{reconceito}}$  foi baixo, indicando uma diminuição de preconceito flagrante nesta amostra. Isto pode ser entendido como uma diminuição de atitude preconceituosa ou com transformação da manifestação do preconceito, como no racismo sutil, simbólico etc.; c) O preconceito está associado à ideologia e à personalidade. A racionalidade tecnológica toma o lugar de ideologias políticas anteriores na sua relação com a existência do preconceito. Porém, a correlação entre as escalas  $N_{\text{arcisismo}}$  e  $P_{\text{reconceito}}$  foi menor do que a escala  $F_{\text{ascismo}}$  e  $P_{\text{reconceito}}$ , indicando que os traços sado masoquistas de personalidade estão mais associados ao preconceito do que os narcisistas.

O legado freudiano para a Psicologia Social permanece em conceitos e em algumas teorias, conforme Taylor e Moghaddam (1994). Esta visão ainda é usada para explicar fenômenos como o terrorismo. Questões como a diferença entre líder e liderados, e sua psicodinâmica, são fomentadoras de pesquisas científicas relevantes. Os autores criticam a negligência da influência das minorias no cenário social e o papel do líder como fundamental para a existência de grupos, pois questionam o papel da liderança em grandes grupos.

Brow (1995) formula três críticas sobre as limitações da Teoria da Personalidade Autoritária. A primeira é que ela ignora a importância da situação social imediata na formação das atitudes das pessoas. A segunda limitação é a sobreposição dos níveis de análise inter-individual para o intergrupar. A última é a ausência de condições para explicar a uniformidade das atitudes preconceituosas entre vários grupos de pessoas.

Indubitavelmente, a Psicanálise teve uma grande influência no pensamento científico e no senso comum da humanidade. Porém, a visão de homem proposta por Freud o coloca como vítima da sociedade, com pouca ou nenhuma mobilidade na situação social,

a não ser que se isole e se submeta a um processo psicanalítico. A atuação do indivíduo é vista como uma tentativa autolibertadora das introjeções sociais, o chamado determinismo inconsciente. Freud pouco falou sobre as atuações sociais positivas na construção da igualdade, a não ser como mecanismo de defesa para a angústia vivida internamente, devido à ambigüidade entre amor e hostilidade.

### **2.3 – A Teoria do Conflito Realístico**

A Teoria do Conflito Realístico é essencialmente uma teoria econômica do comportamento humano intergrupar. Assim denominada por Campbell (1965, conforme citado por Monteiro, 2006), esta teoria teve as investigações mais representativas nos experimentos de Sherif na década de 1950 (Álvaro & Garrido, 2007; Monteiro, 2006; Taylor & Moghaddam, 1994). Essa teoria está sustentada sobre três pressupostos teóricos fundamentais, a saber: as pessoas são egoístas e tentam otimizar seus próprios ganhos; o conflito é visto como negativo e assumido como resultado da incompatibilidade de interesses entre os grupos; a compatibilidade entre os interesses grupais determina os aspectos sociais e psicológicos do comportamento humano intergrupar, isto é, em termos de pesquisa, a variável independente é a compatibilidade ou incompatibilidade dos interesses, e a variável dependente é o comportamento humano social.

A perspectiva funcional é central na Teoria do Conflito Realístico, pois foca as metas dos grupos como principais direcionadoras das relações intergrupais. O etnocentrismo exerce clara influência nessa visão funcional das relações grupais. Assim, o mais importante autor dessa teoria destacou que as relações funcionais são descritas da seguinte forma: a) os grupos competem para a realização de um objetivo ou prazer vital, e o sucesso de um dos grupos implica no fracasso do outro, necessariamente. O grupo vencedor controla, explora, assumindo direitos e posses sobre o grupo perdedor; b) ou os grupos podem ter objetivos complementares, alcançando seus objetivos sem prejudicar necessariamente o outro grupo. Até mesmo pode contar com a colaboração do outro grupo para o sucesso da tarefa.

Foram realizados três experimentos com comportamentos intergrupais, em contexto naturalístico em um acampamento de verão (Sherif & Sherif, 1953; Sherif, White & Harvey, 1955; Sherif et al., 1961, conforme citados por Álvaro & Garrido, 2007). Os sujeitos da pesquisa foram meninos de 11 e 12 anos, que não se conheciam anteriormente, sadios, bem ajustados, brancos e de classe média. O experimento teve quatro estágios: a

escolha interpessoal espontânea; a formação de grupos; o conflito intergrupal; e a cooperação intergrupal com redução do conflito.

No primeiro estágio, os meninos foram alojados juntos com livre interação. Os monitores avaliaram as relações e separaram os garotos em duas cabanas, de forma que dois terços dos amigos de cada um foram para outra cabana. Neste momento, foram dadas tarefas exclusivas para o endogrupo, que possibilitaram a mudança das amizades, que anteriormente eram com pessoas do exogrupo e passaram para membros do mesmo grupo, estimulando a formação do endogrupo.

Cabe ressaltar a definição de grupo dada pelo pesquisador: “o grupo é uma unidade social que consiste em um número de indivíduos (1) que, em um determinado tempo, tem relações de *status* e papéis com outros, estáveis em certo grau e (2) que possui um conjunto de normas e valores que regulam a atitude e o comportamento dos membros individuais, pelo menos no que tange às conseqüências para eles” (Sherif, 1966, conforme citado por Taylor & Moghaddam, 1994, p. 37).

Voltando ao experimento, o segundo estágio foi a formação de grupos propriamente ditos. Para o desenvolvimento das tarefas o grupo deveria trabalhar como um time. Observou-se o surgimento de hierarquização e liderança, criando uma identidade grupal, com cultura distinta do exogrupo.

O terceiro estágio foi a inserção do conflito intergrupal por meio de tarefas competitivas. Observou-se o crescimento significativo da rivalidade saudável para a hostilidade flagrante e agressiva, à medida que novas tarefas eram propostas. As atitudes favoráveis para o endogrupo e as desfavoráveis para o exogrupo também foram constatadas. Emergiram lideranças mais agressivas e a percepção de justiça passava pelo viés da pertença grupal, isto é, o ataque sofrido pelo exogrupo era visto como injustiça e trapaça, porém o próprio ataque ao outro grupo era justificado como uma forma de revanche e de se fazer justiça.

O quarto estágio foi a manipulação por meio de metas superordenadas, isto é, objetivos que influenciam todos os indivíduos, independente do grupo de pertença, mas que nenhum grupo isoladamente pudesse alcançá-lo sem o auxílio do outro. Estas metas superordenadas visavam à cooperação intergrupal e exigiam uma combinação de esforços entre os grupos, para que superassem os obstáculos introduzidos na situação vivida. Observou-se que a harmonia da relação entre grupos foi se estabelecendo à medida que as tarefas de cooperação eram introduzidas, gerando um grupo unificado pelo objetivo comum.

Esta pesquisa foi extremamente importante na área de resolução de conflitos, inspirando vários pesquisadores na atuação em outros contextos sociais como as indústrias, as relações internacionais e as escolas, por meio das metas superordenadas, que se mostrou um conceito eficaz na proposição de novas práticas.

Alguns resultados dessas pesquisas contribuem para o esclarecimento da Teoria do Conflito Realístico. A idéia da cooperação entre grupos por meio de metas superordenadas tende a ameaçar a identidade grupal, gerando tentativas de diferenciação e hostilidade. Além do mais, a redução do conflito só acontece se a tarefa for bem sucedida, pois se houver fracasso, pode existir o aumento da hostilidade e a acusação de responsabilidade e culpa pelo fracasso ao exogrupo.

Taylor e Moghaddam (1994) correlacionam a Teoria do Conflito Realístico com as pesquisas de jogos e o modelo evolucionista, por estes compartilharem de uma mesma assertiva: os recursos materiais determinam as relações intergrupais. Nas pesquisas de jogos, o homem é visto como racional e tende a maximizar os ganhos pessoais, dando mais importância à incompatibilidade de interesses. Os modelos evolucionistas relacionam os comportamentos intergrupais dos animais aos comportamentos humanos em mesmas condições. Uma crítica a estes modelos é a extrapolação dos seus achados para as relações intergrupais.

Os autores fazem uma revisão das críticas à Teoria do Conflito Realístico, a saber:

- a) a extrapolação dos resultados das pesquisas, quando a dimensão dos conflitos e as conseqüências são tão diferentes, que deve ser feita com muito cuidado;
- b) considerar o conflito como essencialmente negativo é uma tendência equivocada, pois em casos como dos grupos minoritários, o conflito pode servir para o crescimento, com conseqüências positivas. Além do questionamento da diferença de postura entre os sujeitos no contexto dos super-objetivos, pois não necessariamente eles serão sempre cooperativos, criando um ciclo vicioso de relação conflituosa;
- c) em situações de grupos minoritários, nem sempre se percebe metas superordenadas para a cooperação entre grupos, porém se constata a existência de comportamento de colaboração;
- d) a extrapolação dos resultados para as relações intergrupais baseados em pesquisas com garotos. Essa extrapolação não leva em consideração as diferentes

características dos sujeitos, assim como a fase do seu desenvolvimento ligada à competição e à vida grupal;

- e) os experimentos foram realizados com grupos fechados, o que diverge da realidade social, portanto, os resultados poderiam ser diferentes se tratados com grupos abertos;
- f) da mesma forma, nos experimentos os grupos tinham o mesmo poder, já no ambiente social, os grupos tem poderes distintos entre si;
- g) por fim, criticam a ênfase em soluções psicológicas nascidas de conflitos de interesse material.

#### **2.4 – A natureza do Preconceito em Allport**

Considerada como fundamental no âmbito da Psicologia Social, para o estudo do preconceito, a obra de Gordon Allport (1954/1962) é “um esforço hercúleo de articulação e integração de hipóteses – provenientes não só da Psicologia Social, como da Psicologia Clínica, da Sociologia e da Antropologia” (Monteiro, 2006, p. 415).

Preconceito “é uma atitude hostil ou preventiva a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque pertence a esse grupo, supondo-se, portanto, que possui as características contestáveis atribuídas a esse grupo” (Allport, 1954/1962, p. 22). A hostilidade é uma reação apreendida e pode assumir cinco graus de expressão (discriminação): verbalização negativa, evitamento, discriminação, ataque físico e exterminação.

O preconceito é um fenômeno bastante amplo, segundo Allport (1954/1962), que lembra a frase de Einstein ao dizer ser “mais fácil destruir um átomo do que um preconceito” para exemplificar a complexidade do tema. Esse autor distingue pré-conceito e preconceito. O primeiro é uma generalização natural de crenças, que não necessariamente se fundamenta em fatos e é influenciado por afetos. O segundo é tão natural quanto o primeiro, mas impregnado de atitudes hostis. Os pré-conceitos são formados basicamente por categorias gerais, cujo processo automático e inevitável é denominado de categorização.

Os grupos humanos tendem a permanecer separados por uma questão de categorização e favorecimento ao endogrupo, devido aos princípios da facilidade, do menor esforço, da congenialidade e do orgulho pela própria cultura. A categorização ordena o modo de viver e tem cinco características importantes: forma grandes classes para guiar o ajuste diário; assimila o máximo de informação possível num conjunto; permite

identificar rapidamente um objeto por seus traços comuns, facilitando a percepção e a conduta; satura todo o conteúdo com conotações ideacionais e emocionais de igual forma; e podem ser mais ou menos racionais.

A categorização tem outras características importantes, de acordo com Fiske (1998), permitindo minimizar diferenças no endogrupo e exagerar a distinção entre os grupos; justificar os comportamentos dos membros do grupo de forma estereotipada; e quando o contato mais próximo entre grupos ocorre, permite uma maior distinção e criação de subtipos de estereótipos. Os estereótipos, o preconceito e a discriminação “são parcialmente automáticos e socialmente pragmáticos”, para Fiske (1998, p. 357). Ainda segundo essa autora, estes elementos distinguem-se didaticamente na tradicional divisão de atitudes como sendo o estereótipo o componente cognitivo, o preconceito o componente afetivo e a discriminação o componente comportamental, apoiando-se nas proposições de Eagly e Chaiken (1998, conforme citado por Fiske, 1998) e Petty e Wegener (1998, conforme citado por Fiske, 1998)

Categorizar economiza recurso mental, acessando rapidamente a cognição e facilitando a adequação do sujeito ao cotidiano. A categorização é rápida e automática, de forma a permitir o acesso rápido às características positivas do endogrupo, mais do que as positivas do exogrupo, e até mesmo mais rápido do que as características negativas do exogrupo. Os estereótipos são acessados rapidamente, tentando manter a harmonia entre seus elementos, de forma que membros de grupos desviantes são categorizados mais rápidos, evitando a confrontação do estereótipo com a realidade individual que pode contradizer a cognição prévia.

Em relação ao preconceito, Fiske (1998) afirma que sua origem pode estar nas relações grupais, pelo desconforto em lidar com as diferenças ou conflito com valores rígidos. Tanto o preconceito quanto a discriminação são relativamente automáticos, principalmente na infância. A autora ressalta que o preconceito é melhor preditor de discriminação do que os estereótipos.

Essa diferença entre preconceitos e estereótipos na predeterminação da discriminação pode ser compreendida na distinção que Allport (1954/1962) estabelece entre o processo de categorização e preconceito. A categoria é uma generalização pré-concebida para classificar algo, por exemplo, poderíamos pensar na categoria “negro” como um conceito neutro, designando simplesmente uma raça. Os estereótipos são imagens e juízos atribuídos a esta categoria, por exemplo, músico, supersticioso. Assim,

estereótipo existe como uma marca fixa sobre uma categoria, estando intimamente relacionado com o processo de categorização, como justificativa para a aceitação ou rejeição categórica de um dado grupo social, assegurando a simplicidade da percepção de uma cognição. O preconceito também é uma generalização, contudo se mantém em detrimento da constatação da concepção errônea. Nas palavras do autor:

Se uma pessoa é capaz de retificar seus juízos errôneos a luz de novos dados, não apresenta preconceitos. Os pré-conceitos se fazem preconceitos somente quando não são reversíveis frente à ação de conhecimentos novos. Um preconceito, diferente de uma simples concepção errônea, resiste ativamente a toda evidência que possa perturbá-lo. Estamos propensos a reagir emocionalmente quando se ameaça a um preconceito com uma contradição. De modo que a diferença entre os pré-conceitos correntes e o preconceito está em que se pode discutir e retificar um pré-conceito sem resistência emocional (Allport, 1954/1962, p. 24, tradução livre).

Dessa forma, os preconceitos, melhor do que os estereótipos, predizem as expressões de hostilidade e agressividade na relação inter-individual e intergrupais, porque são resistentes às mudanças pela simples constatação cognitiva. E os estereótipos, associados à pré-concepções generalistas podem ser alterados por força do contato com a realidade reveladora do erro categorial.

A definição de Allport (1954/1962) atribui um caráter essencialmente psicológico ao preconceito. Pela perspectiva da cognição social, o preconceito foi entendido pelo viés psicológico causando erro no processamento de informações e de julgamentos sociais, conforme Pereira, Torres e Almeida (2003). Os estereótipos são fundamentais nessa perspectiva e são características atribuídas às pessoas por pertencerem a um grupo ou a uma categoria social.

## **2.5 – A Escola de Bristol**

A linha de pesquisa da Universidade de Bristol, sob a direção de Henri Tajfel, foi uma das mais representativas da Psicologia Social europeia, que surgiu na década de 1970 em contraposição à Psicologia Social americana, hegemônica até aquela época. A abordagem europeia objetivou resgatar o caráter mais social da Psicologia, que teve um traço mais individualista no desenho metodológico dado pela americana (Álvaro & Garrido, 2007).

Um aspecto de destaque na Teoria da Identidade Social é a ênfase na função cognitiva. Ao passar para as análises das relações intergrupais, esta ênfase assume caráter

central na Teoria da categorização social de Tajfel (1982). Segundo Billig (conforme citado Álvaro & Garrido, 2007), a premência nos aspectos cognitivos dos preconceitos e estereótipos deveu-se à necessidade de se distanciar dos enfoques dados pela Psicanálise e teorias biológicas, que explicavam os fenômenos da hostilidade entre grupos por meio de fatores relacionados com a personalidade e com os instintos. A crescente ênfase cognitivista na Psicologia em decorrência da crise do Behaviorismo também colaborou para o lugar ocupado pela cognição no estudo de preconceito. As teorias biológicas e a Psicanálise apresentavam ambigüidades com relação às suas explicações sobre o fenômeno da interação entre grupos. Além disso, ela despreza a capacidade adaptativa ao meio decorrente da racionalidade, que se subjeta aos instintos ou ao inconsciente quando em situações de confronto. Tajfel (1982, p. 148) ratifica sua ênfase nos aspectos cognitivos para explicar as relações entre grupos, os estereótipos e o preconceito:

*/.../ não podemos compreender exatamente a etiologia das relações intergrupais, sem a ajuda de uma análise dos seus aspectos cognitivos, e que esta análise também não pode derivar de afirmações sobre o comportamento motivacional e instintivo. Vivemos num meio social em permanente mudança. Muito do que nos acontece tem a ver com as atividades dos grupos a que pertencemos ou não; e a mudança das relações entre os grupos exige reajustamentos permanentes da nossa compreensão dos acontecimentos e constantes atribuições causais sobre o porquê e o como das condições da nossa vida.*

A Teoria da Identidade Social é o grande legado de Tajfel (1982) para as ciências sociais. Para compreendê-la, há três pressupostos teóricos que sedimentaram a teoria final. Estes pressupostos são: categorização e comparação sociais e o paradigma do grupo mínimo.

Quando se categoriza socialmente, há uma visão estereotipada da pessoa e do grupo. Tende-se a acentuar as diferenças estereotípicas intergrupais e a minimizá-las dentro de um mesmo grupo. Esse pressuposto teórico segue a idéia de categorização de Allport (1954/1962). Os estereótipos têm função central na categorização social, pois é por meio destes que se distinguem os grupos sociais. Os estereótipos são conjuntos de atributos que variam em dimensões contínuas, como por exemplo, tamanho e inteligência, e descontínuas como raça, sexo e nacionalidade. Assim, há uma evidente comparação entre grupos para se atribuir estereótipos. Quando se tem pouca informação sobre um indivíduo, tende-se a atribuir-lhe características de seu grupo de pertença. Se houver contradições de

informações, encontram-se mais facilmente evidências que confirmem os estereótipos do que os contradigam; e a interpretação do comportamento do grupo tende a confirmar os estereótipos. Da mesma forma que ocorre nos estudos de percepção, tende-se a evidenciar diferenças de estereótipos em grupos sociais distintos, mesmo que estes tenham uma dimensão contínua, assim um grupo é mais alto que o outro, ou mais inteligente. Por fim, os estereótipos apresentam resistência à mudança, pois há um investimento emocional na preservação das diferenças entre o endogrupo e o exogrupo (Tajfel, 1982).

A assimilação dos estereótipos e preconceitos por parte dos indivíduos dá-se num contexto de transmissão social. A assimilação das diferenças entre as categorias é produto da internalização de valores – ideologias implícitas e explícitas de uma sociedade – e normas sociais – expectativas partilhadas sobre o modo como os outros esperam que o indivíduo se comporte em qualquer situação – da cultura em que a pessoa está inserida e começa na infância. Dessa forma, não há universalidade na assimilação dos conteúdos das categorias sociais em que as pessoas são incluídas. A constituição dos conteúdos das categorias deve-se a um enredo histórico, competindo à História social a análise de como se definiram historicamente as relações e imagens entre os grupos sociais. Já a análise da assimilação, isto é, a forma como estes conteúdos são repassados socialmente e introjetados pelos indivíduos, é uma tarefa do psicólogo social (Tajfel, 1982).

Segundo Tajfel (1982, p. 153) “o processo de categorização é o molde que dá forma às atitudes intergrupo, enquanto a assimilação dos valores e das normas sociais é o seu conteúdo”. O terceiro processo cognitivo que intervém na formação e manutenção dos preconceitos e estereótipos, além da categorização e assimilação, é a procura de coerência. Este processo compreende como uma pessoa atribui causalidade de forma satisfatória às mudanças sociais intra e intergrupos, nas situações cotidianas. Um indivíduo integra vários grupos e as relações sociais o colocam em situação de mudança, gerando uma necessidade de compreensão. Dessa forma, a pessoa faz atribuições de causalidade sobre os processos responsáveis pela mudança, visando preservar a sua auto-imagem e integridade. Na procura de coerência, em situação de conflito e mudança social, a pessoa atribui causalidades às características inerentes ao grupo. Desloca a responsabilidade da mudança do indivíduo para o endogrupo, ou deste para o exogrupo, mantendo a coerência de si mesmo e de suas relações.

Como foi visto, ao se analisar as características dos estereótipos dentro do processo de categorização social, há sempre uma evidente comparação entre as dimensões dos estereótipos em relação às distintas categorias. Assim, o processo de comparação social é

um fenômeno inerente a idéia de pertença social, que resultará na identidade social da pessoa e do grupo.

A comparação social retoma a teoria de Festinger (1954, conforme citado Tajfel, 1982), cujas hipóteses são: 1) “existe no organismo humano um impulso para avaliar as suas opiniões e capacidades”, e 2) “na medida em que não houver meios objetivos, não sociais, as pessoas avaliarão as suas opiniões e capacidades comparando-as respectivamente, com as opiniões e capacidades dos outros” (p. 292). Porém, o autor argumenta, que em muitas situações sociais, não se utiliza os meios objetivos de comparação porque há um amplo consenso social sobre a natureza do fenômeno, contrapondo-se, dessa forma, à segunda hipótese enunciada. Ressalta, ainda, que Festinger (1954, conforme citado Tajfel, 1982) trabalhou com comparações sociais feitas entre indivíduos, em que as avaliações de si próprios e dos outros eram realizadas por meio de relações inter-individuais. Esta ênfase não engloba um aspecto importante para o autoconceito e imagem satisfatória de si mesmo pelo indivíduo: “o fato de que ele é membro de numerosos grupos sociais e que essa pertença contribui, positiva ou negativamente, para a imagem que tem de si próprio” (Tajfel, 1982, p. 289).

Há uma íntima relação entre os processos de categorização e comparação social, pois a função da categorização é a criação e definição do lugar do indivíduo na sociedade e a comparação atribui um caráter de realidade objetiva a esta categorização, ao se basear na pertença da pessoa a um grupo concreto. As características de um grupo atingem os seus significados quando estão relacionadas com a percepção do sujeito das diferenças em relação a outros grupos, com as suas respectivas impressões de valor dessas diferenças. Assim, a pertença a um grupo só é possível enquanto haja a percepção das suas características comuns e do destino comum, e sobretudo, da existência de outros grupos inter-relacionados por meio da comparação social.

A importância do processo da comparação social para a formação da identidade social é enunciada da seguinte forma por Álvaro e Garrido (2007, p. 278): “A avaliação de uma pessoa do grupo da qual faz parte é resultado da comparação com outros grupos e contribui, além disso, para a auto-avaliação; isto é, a avaliação que uma pessoa faz de si própria depende, em grande medida, da que faz do seu grupo”. Nesta afirmação, percebemos implicitamente a tendência ao favoritismo do endogrupo em detrimento ao exogrupo, em decorrência da necessidade da formação de um conceito ou imagem

satisfatória de si, que a pessoa tem na nossa sociedade. Este é um postulado central da Teoria da Identidade Social e foi verificado nos experimentos descritos a seguir.

Interessado em investigar qual a condição necessária para que se estabeleça uma relação discriminatória entre grupos, Tajfel elaborou seu clássico experimento do paradigma do grupo mínimo (Álvaro & Garrido, 2007; Amâncio, 1997; Tajfel, 1970, 1982). Os grupos eram separados aleatoriamente, com a preocupação do autor para que a pertença dos grupos anteriores dos seus participantes não interferisse nos resultados da pesquisa, buscando a formação de grupos dentro de um vazio social, sem significados anteriores para eles. Também não havia interação entre os sujeitos pertencentes ao mesmo grupo nem a grupos distintos. As pessoas poderiam favorecer o próprio grupo, o grupo alheio ou a ambos de forma indistinta, variando esse favoritismo em diversos graus. O resultado desse experimento, replicado diversas vezes, foi que os participantes manifestavam uma tendência às estratégias de diferenciação entre grupos, com um autofavoritismo relativo, pois mesmo perdendo em valores absolutos, escolhiam a recompensa que estabelecesse maior diferenciação entre o endogrupo e o exogrupo.

Este resultado mostrou uma forte contradição à Teoria do Conflito Realístico, que postulava ser a discriminação do exogrupo e o favoritismo ao endogrupo em decorrência de conflito de interesses entre grupos. Também, é uma contraposição à experiência de Rabbie e Horwitz (1969, conforme citado por Amâncio, 1997) em que se operacionalizou a noção de destino comum para explicar a hostilidade entre grupos. O paradigma do grupo mínimo afirma que o indivíduo discrimina o outro grupo para dar significado à situação intergrupala, fortalecendo a percepção de pertença a um grupo, que tem uma imagem e conceito mais positivos do que o exogrupo.

Os pressupostos teóricos até agora referidos formam um conjunto inter-relacionado que fundamenta a Teoria da Identidade Social da Escola de Bristol. Assim, o processo de categorização associado ao de comparação social proporcionam uma auto-avaliação, que busca a auto-estima positiva do grupo e, por conseguinte, de si mesmo.

A Teoria da Identidade Social se preocupou fundamentalmente com a natureza e a importância subjetiva das pertencas a grupos no comportamento de relação intergrupala de um indivíduo. Assim, a identidade pode ser definida “como aquela parcela do autoconceito de um indivíduo que deriva do seu conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença” (Tajfel, 1982, p. 290). O conceito de identidade social é visto como limitado, pois há muitos aspectos subjetivos que formam a identidade da pessoa.

Como consequência do reconhecimento da identidade em termos sociais à pertença do grupo, pode-se enumerar:

- a) uma pessoa tenderá a se manter num grupo e procurará pertencer a novos grupos se esses contribuírem para uma identidade social positiva, dando-lhe satisfação;
- b) se pertencer a um grupo não contribuir para uma positividade da identidade, o indivíduo tenderá a abandonar o grupo. Só não o fará por impossibilidade de razões objetivas ou entre em conflitos com valores importantes, que fazem parte da sua auto-imagem;
- c) a identidade social supõe a existência de vários grupos.

A Teoria da Identidade Social mudou o paradigma da Psicologia Social, ao não concebê-la apenas como resultado de filiação a determinados grupos, como afirmam Álvaro e Garrido (2007, p. 278):

A identidade social é entendida, além disso, como um mecanismo causal que determina as relações entre os grupos. Tanto o favoritismo do próprio grupo como a discriminação dos membros de outros grupos são uma expressão da necessidade da pessoa de reforçar sua própria identidade. Esta tendência a reforçar a identidade valendo-se da ênfase nas diferenças com outros grupos é um dos mecanismos que determinam as relações intergrupais.

O comportamento social dos indivíduos pode ser visto dentro de um contínuo entre dois pólos: interpessoal e intergrupar. Entende-se o primeiro pólo como pertencente às relações pessoais e com características individuais. As fronteiras são mais flexíveis, há menos estereotipia, percebendo-se maior variabilidade de comportamento de membros do exogrupo. O segundo pólo é entendido como a filiação a grupos, que se distingue dos outros grupos. As fronteiras são mais rígidas, com a exacerbação de estereótipos e preconceitos, cujas diferenças individuais dos membros dos exogrupos são pouco percebidas.

Quanto à mudança social decorrente das situações sociais cotidianas, Tajfel (1982) afirma que também se pode percebê-las dentro de um contínuo, correspondente ao contínuo do comportamento social dos indivíduos. Os pólos referentes às alterações na situação social são: mobilidade social e mudança social. O primeiro se refere à melhoria da posição social da pessoa dentro do próprio grupo, ou variação entre grupos que não sejam tão conflitantes. O segundo pólo se refere à necessidade de fortalecimento do grupo como um todo, para que num movimento social aquele possa melhorar a sua imagem e conceito.

A mudança social acontece por causa da necessidade de se reforçar a identidade social dos membros de um grupo. Isso ocorre em três situações: o grupo está em posição marginal ou ambígua; há uma ameaça à posição do grupo superior ou aos seus valores; e desenvolve-se uma consciência da ilegitimidade da situação dos grupos inferiores. Como estratégias de mudança social têm-se: mudar o grupo com que se compara; redefinir as dimensões da comparação; e a redefinição dos valores com os quais avaliam as dimensões comparadas entre os grupos.

A Teoria da Identidade Social da Escola de Bristol não se estabeleceu apenas no caráter cognitivista individual ou das relações interpessoais. Expandiu seus conceitos para a relação entre grupos, buscando afirmar a importância da identidade social para o estabelecimento das relações intergrupais. Nesta teoria, entende-se que os estereótipos e preconceitos são amplamente compartilhados e servem para categorizar grupos sociais, numa função cognitiva que visa, além da economia dos esforços do processamento da percepção social, a diminuição da dissonância entre as variabilidades que possam existir com relação a um grupo. “Nesse sentido, a mera confirmação de que outras pessoas mantêm as mesmas crenças que nós sobre determinados grupos serviria como confirmação da sua adequação” (Álvaro & Garrido, 2007, p. 275). Por essa característica, preconceitos e estereótipos não só são muito resistentes à mudança, como também, servem para diferenciar o endo do exogrupo. Além disso, os estereótipos e preconceitos formam ideologias das ações coletivas diante de membros de outros grupos, empregando causalidade a situações sociais a que não se tem conhecimento direto e, também, justificando comportamentos discriminatórios entre os grupos, a fim de se firmar uma identidade social positiva.

Ao finalizar esta breve revisão da Teoria da Identidade Social, podemos entender **o preconceito como resultante do processo de inserção do indivíduo numa categoria social e o seu grau de identificação com ela, que determinam a sua maior ou menor tendência de diferenciar o endogrupo do exogrupo, para adquirir e manter uma identidade social positiva** (Lacerda, Pereira & Camino, 2002; Pereira, Torres & Almeida, 2003).

As críticas mais recorrentes a esse escopo teórico estão relacionadas ao reducionismo psicológico e à artificialidade do experimento do paradigma do grupo mínimo. Essa teoria, ao enfatizar os aspectos cognitivos da relação entre grupos, deixou de lado questões como a ideologia, que influencia o pensamento e o comportamento dos grupos na relação entre si. Acaba por recair, de forma semelhante à Teoria da

Personalidade Autoritária, num reducionismo psicológico que tentou evitar, ao passar das percepções inter-individuais para as intergrupais. Quanto à crítica ao método do vazio cultural em que estabeleceu seu experimento dos grupos mínimos, Wetherell (1982, conforme citado Amâncio, 1997) comparou os resultados de réplicas de experimentos do grupo mínimo entre adolescentes da Europa e da Polinésia. Verificou que estes últimos tendiam a um favorecimento comum entre os grupos, diferentemente dos resultados encontrados por Tajfel (1982). Assim, concluiu que a procura de uma identidade positiva é própria da cultura ocidental, que valoriza a competição e a individualidade, o que não acontece em culturas que promovem a cooperação como conduta entre os grupos. O próprio Tajfel (1982) afirma que necessitaria desenvolver sua teoria sobre os estereótipos sociais dentro de uma perspectiva mais ideológica, evitando o reducionismo psicológico a que recorreu no experimento do paradigma dos grupos mínimos.

## **2.6 – A Abordagem Societal (Escola de Genebra)**

A Abordagem Societal de Genebra integra a categorização psicológica à análise da posição situacional e à estrutura dos contatos intergrupais. “Nesta perspectiva, as representações, ou formas da sua atualização nas diferentes situações de diferenciação entre os grupos não podem deixar de assumir um lugar central” (Amâncio, 1997, p. 300). Assim, as representações de uma pessoa são influenciadas pelas representações intergrupais. Ao nível ideológico, a identidade corresponde a um modelo universal partilhado tanto no endo quanto no exogrupo. No grupo dominante há variabilidades individuais que permitem a integração da representação de si na categoria do seu grupo. Já no grupo dominado, a diferenciação está sujeita à pressão externa (do grupo dominante) e à interna (representações de si mesmo) podendo ser evidenciado por irregularidade comportamental. Conforme Amâncio (1997, p. 306):

O grupo dominante é, além disso, aquele que pode manipular os conteúdos simbólicos, conferindo-lhes um significado universal quando eles servem para salientar a sua distintividade, ou um significado categorial quando servem para salientar as diferenças entre grupos, ao contrário do grupo dominado, para quem os conteúdos simbólicos assumem uma função claramente normativa, que evidencia a externalidade da sua condição social.

De acordo com a Abordagem Societal (Doise, 1982; Camino, 1996, conforme citado por Pereira et al, 2003):

/.../ o preconceito é definido como uma forma de relação intergrupar organizada em torno das relações de poder entre grupos, produzindo representações ideológicas que justificam a expressão de atitudes negativas e depreciativas, bem como a expressão de comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros de grupos minoritários (p. 97).

Em relação às teorias de relação grupal, Doise (1984) propõe quatro níveis de análise das pesquisas ao invés da dicotomia individual-coletiva, como empregada anteriormente na Psicologia Social. Seu objetivo é alcançar a unificação entre as perspectivas psicológicas e sociológicas, não apenas uma limitada substituição de modelo de análise. Como visto neste capítulo, várias pesquisas sobre relação intergrupar, seus conflitos, estereótipos, preconceito e discriminação foram realizadas ao longo da história da Psicologia Social. Se vistas pela dicotomia individual-coletiva, poderíamos dizer que são excludentes. Porém, entendê-las pelos quatro níveis de análise fornece um caráter de complementação entre as abordagens.

O primeiro nível de análise é o de estudos psicológicos ou processos intra-individuais, os quais consideram a forma como um indivíduo organiza sua experiência do ambiente social. As abordagens sob influência da Psicanálise, teoria da frustração-agressão e da personalidade autoritárias, são exemplos de pesquisas voltadas para este nível, conforme referencia Monteiro (2006), pois o preconceito é entendido como uma característica de personalidade, de desenvolvimento intrapsíquico.

O segundo nível é referente aos processos inter-individuais ou intra-situacionais, como experimentos com jogos. A análise do preconceito por Allport pode ser aqui inserida, quando ele se detém na relação entre sujeitos e nos seus aspectos cognitivos. Conforme Falcão (2004, p. 66) “este autor sustenta que o contato interpessoal entre membros de diferentes categorias pode, em determinadas condições, contribuir para uma diluição do preconceito”. Todavia, em Allport (1954/1962) há uma articulação com o terceiro nível de análise, ao afirmar que os valores grupais sustentam os preconceitos, orientando o comportamento individual.

A Teoria do Conflito Realístico é situada por Falcão (2004) no terceiro nível, das relações intergrupais. Porém, conforme Monteiro (2006, p. 431) destaca, “a proposta de Sherif (...) é a da necessidade de considerar outro tipo de variáveis específicas das situações em que os grupos interagem, variáveis essas que, provindo dos indivíduos, se constituem como situações e, enquanto tal, configuram as relações”. Os argumentos de Taylor e Moghaddam (1994) contribuem para esse entendimento, ao questionarem a

extrapolação dos resultados do experimento realizado com grupos muito homogêneos de garotos, dentro de um ambiente artificial, para o âmbito das relações intergrupais. Naquela situação, variáveis como raça, situação sócio-econômica e contextualização social foram retiradas da análise. Nesta direção, consideramos que a Teoria do Conflito Realístico se insere, de fato, no segundo nível.

O terceiro nível de análise aborda as variáveis posição ou *status* social ao intervirem nas interações situacionais. Conforme o próprio Doise (1984), a Teoria da Identidade Social da Escola de Bristol é um exemplo de pesquisa que trabalha com esse nível.

O quarto nível compreende as concepções gerais sobre relações sociais, como crenças universais que resultam em diferenciação ou discriminação. Doise (1984) aponta a Teoria das Representações Sociais como uma abordagem deste nível de análise. Como veremos a seguir, esta teoria tem utilizado o paradigma da Escola de Genebra para as pesquisas sobre preconceito e relações intergrupais.

## CAPÍTULO 2

### A PSICOLOGIA SOCIAL E A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dentro das ciências sociais, a Psicologia Social nasce na interseção entre a Psicologia e a Sociologia. Estudar o ser humano evidenciou a necessidade de relacioná-lo ao meio social, assim como o estudo da sociedade não pôde prescindir dos fatores individuais que interferem no comportamento social. Porém, as vertentes psicológica e sociológica da Psicologia Social não foram eqüitativamente predominantes dentro da sua evolução. Ainda que os primeiros *Handbooks* de Psicologia Social, publicados na primeira metade do século XX, denotem uma forte presença de sociólogos discutindo a Psicologia, a partir da segunda metade do século passado, passa haver uma ênfase no individualismo metodológico, que foi amplamente abordado pela vertente anglo-saxônica, enquanto a europeia difundiu os aspectos mais sociais dos estudos na Psicologia Social. Historicamente, o conceito de atitude é uma noção-chave nas pesquisas da área e foi amplamente enfatizado pela vertente psicológica (Doise, 1984/2001).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge no momento de crise da Psicologia Social, segundo Almeida (2001). No Brasil da década de 80, duas vertentes dividiam o campo de pesquisa: uma vinculada à Psicologia Social anglo-saxônica positivista, que oferecia respostas rápidas e objetivas; e outra vertente caracterizada pelo engajamento político marxista, que buscava explicações para nossos próprios problemas. Essas duas vertentes criticaram, respectivamente, a TRS como uma nova roupagem para o estudo das atitudes e como um desvio pequeno burguês, marcado pelo viés idealista.

As características da TRS, ressaltadas por Sá (1996), como de origem europeia, estão em contraposição à americana, que tende ao individualismo, experimentalismo, microteorização, cognitivismo e a-historicismo. O individualismo é a principal característica e que opõem as vertentes europeia e americana da Psicologia Social. Quanto ao experimentalismo, não há uma oposição completa entre as duas vertentes, sendo que os europeus usam métodos mais diversificados e combinados entre si, inclusive a experimentação, já a americana tende à exclusividade experimental. Na vertente americana, o conceito de atitude segue a teoria que a use, ou forma microteorias de acordo com a pesquisa realizada. Em relação ao cognitivismo, há uma orientação comum entre as duas vertentes, porém as diferentes utilizações do conceito social que qualifica a cognição e as representações conduzem a produções empíricas e versões explicativas bem diferentes. A Psicologia Social americana busca processos básicos e universais que tentam abrigar

quaisquer conteúdos específicos, em oposição à historicidade assumida pela Psicologia Social europeia, mas especificamente, pela TRS, obrigando a pesquisa dos conteúdos e dos processos psicossociais.

A TRS surgiu no âmbito da Psicologia Social, restabelecendo o caráter social aos seus estudos, que tendiam ao individualismo adotado pela vertente anglo-saxônica. Álvaro e Garrido (2007) apontam a teoria de Moscovici (1961/1978) como uma das teorias formadas na Psicologia que não se reduziu a uma vertente, integrando os aspectos individuais e sociais no estudo da realidade social. “De certa maneira, ela contém o antídoto para o processo de individualização da Psicologia Social nos Estados Unidos” (Farr, 2000, p. 162).

Relativamente recente, o conceito de representações sociais (RS) apareceu na teoria desenvolvida por Moscovici (1961/1978) e, posteriormente, Abric, Doise e Jodelet ampliaram seus pressupostos e os métodos de investigação das representações. Às vezes utilizadas como apenas um conceito, as RS tendem a ser comparadas com o conceito de atitude, porém devem ser estudadas no enfoque de toda sua teoria, o que significa entender os processos de objetivação e ancoragem das RS, além de compreendê-las como formadoras da realidade e não apenas como um aspecto dela.

### **1 – O conceito das representações sociais e a formação de sua teoria**

A obra inaugural das representações sociais, em que se apresentou o seu conceito à comunidade científica, foi a tese de Doutorado de Estado de Moscovici (1961/1978), com o título original *La psychanalyse – son image et son public*. Orientado por Lagache, o autor não fez uma tese de conteúdo psicanalítico como era de se esperar. Seu objeto de pesquisa foi a Psicanálise, mas o foco dado foi o de como ela era absorvida pela população francesa, passando a integrar o senso comum e a comunicação entre indivíduos e grupos a seu respeito. Tendia-se a pensar que o impacto de uma ciência como a Psicanálise se dava no plano da literatura, da arte, da Filosofia ou da própria ciência, porém Moscovici (1961/1978) revelou que ela extrapolou seu campo e adentrou a sociedade em geral. Os conceitos da Psicanálise ultrapassaram a fronteira do conhecimento reificado e se assentaram no conhecimento popular impregnando as opiniões, as atitudes do trato social. Os termos psicanalíticos tornaram-se constantes nas conversações comuns e foram apropriados para conceituar, classificar, ou explicar outros fatos além das fronteiras do

psiquismo. Assim, quando a ciência é assimilada pela sociedade, torna-se objeto de estudo da Psicologia Social.

A ciência e a Filosofia extraem do senso comum o material para as suas pesquisas. Inversamente, o senso comum alimenta-se dos achados científicos para estabelecer novas concepções de mundo. Poder-se-ia dizer que a ciência sofre uma degradação ao se tornar popular, pensando-se que os homens comuns não estão aptos a recebê-la e utilizar adequadamente esse saber. Porém, mais do que uma vulgarização ou distorção da ciência, a socialização do conhecimento reificado deve ser estudada como uma adaptação dos estudos científicos às necessidades e aos critérios de um contexto social específico. A reelaboração do saber acadêmico se dá na conveniência dos grupos, de acordo com os meios e os materiais à sua disposição, na tentativa de assimilar o novo, reduzindo a tensão e o desequilíbrio causado pela presença de algo que não é conhecido, para não ameaçar a sua identidade grupal e, consecutivamente, dos indivíduos que os integram (Moscovici, 1961/1978).

O interesse dos indivíduos por novas descobertas científicas é um fato comum, conforme Moscovici (1961/1978). Dá-se porque são solicitados pelos próprios cientistas, ou por suas vidas serem afetadas pelas descobertas, ou por julgarem necessário estarem atualizados sobre elas. As descobertas científicas afetam a relação que os indivíduos têm com o real, seus valores, seus comportamentos e suas normas. O reverso também ocorre, as ciências são afetadas em seus procedimentos pelo conhecimento que a população obtém de seus achados.

As representações sociais são constituídas de imagens, idéias, opiniões, valores, atitudes e linguagem e têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Constituem uma realidade de um determinado grupo sobre algo socialmente valorizado. São formas de dominação e classificação de um objeto, orientando e justificando a produção de comportamentos de indivíduos e grupos, e as suas relações com o meio ambiente. O conhecimento científico é rompido de sua lógica anterior, sendo dotado de um novo *status* epistemológico ao formar uma RS, cujas características são impregnadas pelas normas, valores e atitudes do grupo que a representa. Assim caracteriza Moscovici (1961/1978, p. 28):

A representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação.

Para se estudar uma RS é necessário entender o processo de comunicação existente sobre o fenômeno. A comunicação de algo se dá com alteração de forma e conteúdo, de quem passa a mensagem e de quem a recebe, tornando acessível para os indivíduos o novo, mudando os conceitos, adaptando-o às normas e valores já existentes naquele grupo, a fim de lhe propiciar a homeostase. As RS estão inseridas na organização de relações simbólicas entre atores sociais. Para Moscovici, existem três sistemas de comunicação, que variam conforme a posição social frente ao objeto representado, a saber: difusão – cria interesse sobre o assunto; propagação – seleciona os conteúdos do assunto de acordo com os valores do próprio grupo; e propaganda – atribui características negativas ao assunto novo, diferenciando-o dos pressupostos verdadeiros do grupo. Essas são correspondentes a diferentes instâncias de organização cognitiva: difusão corresponde à opinião; propagação à atitude; e propaganda ao estereótipo (Sá, 1996).

Há, ainda, três dimensões da representação social, que possibilitam compreender seu conteúdo e seu sentido, conforme aponta Moscovici (1961/1978): informação, que consiste no conhecimento organizado que um grupo social tem a respeito de um objeto social; campo representacional, que se refere à imagem, ao modelo social e aos juízos de um grupo sobre determinado objeto social; e atitude, que é a orientação favorável ou desfavorável em relação ao objeto representado.

O cerne da pesquisa de Moscovici (1961/1978) é a constatação do fenômeno da representação social. Posteriormente, Moscovici (1986) afirma que não inventou um conceito, apenas evidenciou a sua existência como realidade operante no mundo. Este fenômeno é um fato que foi negligenciado pela Psicologia e ele o traz à tona novamente para que se estude a realidade como uma totalidade, não apenas partes reduzidas desta.

Ao revelar o conceito das representações sociais, procurou não delimitá-lo por meio de uma conceituação formal. De forma indutiva, buscou ampliá-lo e esclarecer do que se tratava, proporcionando a evolução do conceito e do seu entendimento. “Moscovici sempre resistiu a apresentar uma definição precisa das representações sociais, por julgar que uma tentativa nesse sentido poderia acabar resultando na redução do seu alcance conceitual” (Sá, 1996, p. 30). Esse autor considera que a postura adotada pelo fundador da TRS proporcionou o desenvolvimento da teoria e ampliou, também, suas possibilidades metodológicas. Contudo, considera que a definição de RS na evolução teórica foi necessária para não se perder o cerne desse fenômeno. Algumas definições foram escritas, porém a que é consenso entre os estudiosos é a de Jodelet (1989, conforme citado por Sá,

1993): “são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 32).

Almeida (2001) apresenta uma definição de Jodelet mais ampla, em que as representações sociais são:

forma de conhecimento corrente, dito ‘senso-comum’, caracterizado pelas seguintes propriedades: 1. socialmente elaborado e partilhado; 2. tem uma orientação prática de organização, de domínio do meio (material, social, ideal) e de orientação das condutas e da comunicação; 3. participa do estabelecimento de uma visão de realidade comum a um dado conjunto social (grupo, classe, etc.) ou cultural (Jodelet, 1991, conforme citado por Almeida 2001, p. 131).

Desta definição de RS destacam-se três aspectos importantes, segundo Almeida (2001), a saber: a) a comunicação – oferecem um código para nomeação e classificação, assim são moduladoras do pensamento; b) (re)construção do real – a dinâmica comunicação-representação abandona a dicotomia entre sujeito e objeto, não os distinguindo, mas sendo a existência da realidade vinculada às interações sociais. Desta forma, as RS instrumentalizam os sujeitos para interpretação, organização, posicionamento e definição de ações na realidade cotidiana; c) domínio do mundo – utilidade do conceito de RS para o sujeito se situar no mundo e dominá-lo.

Moscovici (1961/1978) resume da seguinte forma seu entendimento sobre as RS:

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica (p. 41).

## **2 – A Teoria das Representações Sociais e seus desdobramentos**

Pode-se perguntar por que as representações sociais tornaram-se uma teoria e não apenas um conceito. Entende-se como teoria um conjunto organizado de proposições que respondem a três perguntas básicas sobre o fenômeno estudado: o quê? Por quê? E como? A TRS investiga o que os indivíduos pensam, por que pensam e como pensam sobre um

objeto, de acordo com as suas interações e seus posicionamentos sociais, de forma que a percepção e o conceito do objeto sejam coordenados, tornando-se uma realidade, e apontando para uma prática social em relação ao objeto representado.

Na TRS, como disse Almeida (2001), não há separação entre o universo interno e externo, isto é, não há a clássica divisão entre o sujeito (indivíduo ou grupo) e objeto. O contexto do objeto é ativo, concebido pelas pessoas (indivíduo ou grupo), enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere. Desta forma, a representação social é a própria realidade, pois toda realidade é representada e reapropriada pelas pessoas, que a reconstruem no seu sistema cognitivo, integrando o objeto ao seu sistema de valores, e contextualizando-o na história, no social e no ideológico destas pessoas. “Isso permite definir a representação como uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências” (Abric, 1998, p. 28).

Distinguem-se quatro funções das representações sociais: do saber; identitária; de orientação; e justificadora. A função do saber permite que os indivíduos ou grupos conheçam e integrem o novo em coerência com seu funcionamento cognitivo e com os seus valores. Também facilita ou cria a comunicação social, permitindo as trocas sociais, a transmissão e a difusão do saber ingênuo. A função identitária significa que as RS situam os indivíduos e os grupos dentro de um campo social, permitindo a elaboração de identidade social gratificante para si e para seu grupo, compatível com as normas e valores determinados social e historicamente. Essa função se dá por comparações sociais e tem papel de controle social exercido pela coletividade sobre os indivíduos. O sistema de pré-decodificação da realidade é um guia para a ação e este guia constitui a terceira função das RS, a de orientação. A representação orienta a conduta de três formas: a) intervém na definição da finalidade da situação e na estratégia cognitiva a ser adotada; b) produz antecipações e expectativas, selecionando e filtrando as informações, interpretações, de forma a adequar a realidade à representação; c) define o que é correto, tolerável ou inaceitável dentro de um contexto social. A função justificadora das RS permite aos atores sociais justificarem e explicarem suas condutas dentro de um contexto, possibilitando a estereotipia das relações intergrupais, discriminando ou mantendo a distância social entre os grupos (Abric, 1998; Almeida, 2001; Sá, 1996).

A TRS tem como pressuposto fundamental a transformação do não familiar em familiar, por meio de dois processos gerais e indissociáveis, de caráter figurativo e simbólico, dando uma figura ao sentido e a este, uma figura. Esses processos, que são o cerne da abordagem psicossocial proposta por Moscovici, são denominados de objetivação e ancoragem.

A objetivação torna real um esquema conceitual, dando à uma imagem uma contrapartida material (Moscovici, 1961/1978). Objetivar é tornar concreto aquilo que é abstrato, transformando um conceito em uma imagem de algo (Almeida, 2001). No processo de objetivação algumas informações sobre o objeto são privilegiadas em detrimento de outras. O fenômeno representado perde sua lógica inaugural (consistência e integridade) para se adequar aos valores grupais, naturalizando-se, formando imagens, ao que Moscovici denominou animismo invertido.

A ancoragem designa a firme inserção de um objeto na hierarquia de valores e entre as operações realizadas pela sociedade (Moscovici, 1961/1978). Converte-se o objeto social em instrumento à sua disposição, dentro de uma escala de preferência nas relações sociais existentes. Ancorar é integrar cognitivamente o objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente e às transformações implicadas (Sá, 1993). Depois da naturalização, dá-se a classificação, quando o novo sistema de categorias se naturaliza por meio do antigo, ao mesmo tempo toma o seu lugar, permite as novas classificações passando do universo inobservável para o observável, realizando a completa transposição das idéias, atualizando-as no meio ambiente dos indivíduos e padronizando este meio.

Da grande teoria desenvolvida por Moscovici, os conceitos objetivação e ancoragem são essenciais, resumidos por ele da seguinte forma:

A objetivação integra as teorias abstratas de um grupo especializado nos elementos do meio ambiente geral. O mesmo resultado é procurado no processo de ancoragem, o qual transforma a ciência num saber útil a todos. Numa palavra, a objetivação transfere a ciência para o domínio do ser e a ancoragem a delimita ao domínio do fazer (Moscovici 1961/1978, p. 174).

Três outras teorias derivadas da de Moscovici merecem destaque: a abordagem culturalista de Jodelet, a abordagem societal de Doise e a abordagem estrutural de Abric (Almeida, 2001).

A abordagem culturalista assegura uma ampla base descritiva – etológica das representações. Dentre as suas contribuições, Sá (1998) destaca a ênfase à consideração dos suportes pelos quais as representações sociais são veiculadas na vida cotidiana. Sua

perspectiva corresponde a métodos mais qualitativos. Jodelet (2006b) afirma que a TRS, tanto quanto suas pesquisas, conduz à cultura, necessariamente. “As aplicações que se podem fazer do paradigma das representações sociais, nos diversos níveis que concernem à vida coletiva, social e individual tornam, também, evidente e inevitável a busca de um suporte em uma perspectiva cultural” (p. 75). Denise Jodelet é considerada por Almeida (2001) como a grande responsável pela divulgação e sistematização da TRS pelo mundo, sendo a discípula mais fiel aos pressupostos de Moscovici.

A abordagem societal, segundo Sá (1998), trata mais da dimensão das condições de produção e circulação das representações sociais. A posição ou inserção social dos indivíduos e dos grupos é um determinante principal de suas representações. Sua perspectiva corresponde a tratamentos estatísticos correlacionais. A partir da dicotomia existente na Psicologia Social entre estudos psicológicos e sociológicos, Doise (1984) afirma que as representações sociais propostas por Moscovici colocam-se na tentativa de solucionar essa dicotomia. De acordo com esse conceito um objeto social pertence ao nível individual e, ao mesmo tempo, ao nível coletivo por possuir claramente um valor social. Por meio de experimentos intergrupais e dos níveis de análise, afirma que o objetivo das RS em sanar esta dicotomia começou a se realizar.

A abordagem estrutural formula a Teoria do Núcleo Central, ocupando-se do conteúdo cognitivo das representações, “concebendo-o como um conjunto organizado ou estruturado, não como uma simples coleção de idéias e valores. A proposição de que o conteúdo da representação se organiza em seu sistema central e um sistema periférico” (Sá, 1998, p. 76). Sua perspectiva corresponde ao método experimental. Segundo Abric (1998), o núcleo central constitui-se dos elementos mais estáveis da representação, assegurando a continuidade em contextos móveis e evolutivos. É determinado pela natureza do objeto e pela relação que o grupo mantém com este objeto. Tem a função geradora, isto é, cria ou transforma o significado dos outros elementos constitutivos da representação, e a função organizadora em que unifica e estabiliza a representação, determinando a natureza dos elos. Ressalta que a centralidade de um elemento não pode ser atribuída somente quantitativamente, mas pela significação que este elemento dá à representação (dimensão qualitativa). Como sistema central, sua base é social e coletiva, definindo a homogeneidade de um grupo; sendo estável e coerente, sua mudança é lenta e independe do contexto imediato.

Os elementos periféricos são os componentes da representação mais acessíveis, vivos e concretos. Eles têm três funções: a) concretização – resulta da ancoragem da representação na realidade e permite a compreensão e a transmissão de conhecimento; b) de regulação – adapta a representação à evolução do contexto, integrando elementos conflituosos; c) de defesa – defende a representação de mudanças, tolerando contradições sobre o objeto. O sistema periférico está associado às características individuais e ao contexto imediato em que os indivíduos estão inseridos; é flexível e adaptável, integra as mudanças ocorridas por meio das experiências cotidianas.

Apesar de essas três abordagens serem distintas entre si, Almeida (2001) ressalta que elas mantêm conexão com a grande teoria das representações sociais e possibilitam a ampliação das pesquisas em Psicologia Social. Em uma visão mais integradora, pode-se inferir um caráter complementar dessas correntes.

Portanto, a TRS contribui para o desenvolvimento da Psicologia Social na medida em que integra o individual e o social, por meio da formação da representação (estrutura e processo) e a comunicação entre as pessoas e grupos. Metodologicamente, apontam para pesquisas que integrem os quatro níveis de análise propostos por Doise (1984) e plurimetodológicas. A abordagem culturalista nos reforça a análise documental e histórica, ressaltando o fundamental papel da cultura nas representações sociais. A abordagem societal enfatiza os processos societais e ideológicos, afirmando a importância do grupo e da posição social. A abordagem estrutural fornece uma metodologia clara para acessar as representações sociais e sua estrutura. Ademais, o postulado de TRS é apreendido pelas diversas áreas do conhecimento, tornando-se eixo de pesquisas importantes para a revelação da realidade social, possibilitando a investigação de fenômenos com abrangência essencialmente social, como por exemplo o preconceito.

### **3 – A Teoria das Representações Sociais e Preconceito**

O referencial teórico utilizado nas pesquisas de representações sociais e preconceito tem sido o proposto por Doise, Clémence e Lorenzi-Cioldi (1993), denominado Modelo de Análise Quantitativa das Representações Sociais. Este modelo avalia três fases das RS: a organização do campo representacional, os princípios organizadores das diferenças individuais e a ancoragem social destes princípios. A organização do campo representacional pelo compartilhamento da percepção de um objeto social, que pode ser derivada de uma definição institucionalizada dele, corresponde à objetivação. Como as representações sociais não são hegemônicas, os princípios organizadores são apoiados pela

variação das representações, analisando as dimensões subjacentes a diferentes posições sociais dos indivíduos na estrutura do campo representacional. Quanto à ancoragem, esta identifica como as pertencas e as identidades sociais se organizam para definir as representações que as pessoas constroem. A ancoragem tem três níveis de análise: o psicológico, referente aos posicionamentos individuais relativos às atitudes e valores; o sociológico, que estuda a influência da pertença dos indivíduos a grupos sociais sobre as representações; e o psicossociológico, que é caracterizado pela identificação da ancoragem nas teorias que as pessoas usam para explicar a natureza dos grupos sociais.

Os pressupostos desse modelo são a articulação das TRS, da Teoria da Identidade Social de Henri Tajfel, e das Minorias Ativas (Moscovici & Mugny, 1987, conforme citado por Lacerda et al., 2002 e Pereira et al., 2003). As RS expressam as teorias de senso comum sobre a natureza dos grupos sociais, destacando os discursos justificadores da manutenção do *status* social. A Teoria da Identidade Social, por meio da análise da influência social, baseia a formação simbólica dos grupos e auxilia a análise da ancoragem social das RS. A Teoria das Minorias Ativas “permite compreender os processos subjacentes aos consensos e dissensos que dão dinamismo às representações” (Pereira et al., 2003, p. 96).

A seguir, relatamos algumas pesquisas que investigaram o tema preconceito dentro desta perspectiva.

Lacerda et al. (2002) estudaram a homofobia e propuseram analisar, na perspectiva das RS, os fatores do preconceito contra homossexuais e sua relação com as explicações da homossexualidade. Suas perguntas de pesquisa foram: que fatores sustentam este preconceito na cultura brasileira? De que maneira os processos de discriminação se expressam nas teorias do senso comum? É possível aplicar a tipologia de preconceito flagrante, sutil e relação igualitária ao estudo do preconceito contra homossexuais? Teoricamente muito semelhante à pesquisa de Pereira et al. (2003), ressalta que o preconceito contra homossexuais ainda apresenta modelos mais abertos do que contra negros, mulheres ou deficientes físicos, pois as normas sociais que recriminam e penalizam a homofobia ainda são muito díspares, variando muito entre culturas e grupos sociais. Participaram 220 estudantes de graduação, residentes em João Pessoa, PB, sendo que 31% eram alunos de Psicologia; 31% alunos de Engenharia Civil; 24% de Medicina e 14% de outros cursos. A idade média da amostra foi de 21 anos, sendo 54% mulheres, 73% católicos e 15% não possuíam religião. O instrumento utilizado foi um questionário com

dados sócio-demográficos, escala de rejeição à intimidade, escala de expressão emocional e escala de explicações da homossexualidade. A análise dos dados encontrou três grupos: a) os não preconceituosos (correspondente a 24% da amostra) expressam pouca emoção negativa, muitas emoções positivas e não aderem à escala de rejeição à intimidade. São estudantes de Psicologia e explicam a homossexualidade por fatores psicossociais; b) os preconceituosos sutis (38% da amostra) expressam pouca emoção negativa, pouca emoção positiva e situam-se abaixo da média na escala de rejeição à intimidade. São estudantes de Medicina e mulheres, explicando a homossexualidade por fatores biológicos e psicológicos; c) preconceituosos flagrantes (38% da amostra) expressam muita emoção negativa, pouca emoção positiva e alta adesão à escala de rejeição à intimidade. São estudantes de Engenharia e explicam a homossexualidade por fatores ético-morais e religiosos. Os resultados permitem o uso da tipologia das relações inter-raciais para as relações intergrupais hetero e homossexuais. O preconceito flagrante foi tão expressivo quanto o sutil, contrariando a literatura. Não se pode concluir sobre este fato. A exclusão social pode ser sustentada por teorias científicas, religiosas ou de senso comum adotadas pela sociedade, como afirma a TRS.

Pereira et al. (2003) pesquisaram sobre as relações raciais, com o objetivo de analisar como um discurso justificador contribui para a expressão do preconceito racial. A pergunta de pesquisa foi: “a ênfase na norma anti-racista poderia levar, em certas condições, à justificativa do próprio preconceito. Quais são estas condições?” Teoricamente, enfatizaram a diminuição do preconceito flagrante, modificando-se para um preconceito encoberto, implementando processos discriminatórios justificados pela defesa dos direitos à igualdade universal, porém se opõem a políticas sociais coerentes com estes valores. Participaram 120 sujeitos, estudantes do primeiro ano de Psicologia em Goiânia, GO, com idades entre 19 a 30 anos. A pesquisa contou com uma manipulação experimental com dois grupos (controle e experimental) e pós-teste. O instrumento do pós-teste foi um questionário com escalas de preferência pela cor da pele das pessoas que atendem nas lojas, de princípios organizadores da avaliação da decisão da gerente e a de tomada de decisão. A escala da preferência pela cor do atendente constatou que os estudantes não se importavam, porém quando a referência foi a sociedade em geral, acreditaram que esta prefere ser atendida por pessoas brancas. Constataram que os sujeitos do grupo experimental foram mais preconceituosos do que os do grupo controle. Perceberam a decisão da gerente como menos injusta e avaliaram a atuação profissional da gerente positivamente. Quanto ao próprio posicionamento de contratação, o grupo

experimental tendeu a contratar a moça branca, enquanto o grupo controle posicionou-se no ponto médio. A principal conclusão a que chegam é a confirmação dos seus pressupostos teóricos em que a sociedade brasileira é tida como preconceituosa, porém as pessoas individualmente não se julgam preconceituosas, justificando o preconceito como uma característica ideológica intergrupala. Os autores estimam que o preconceito, atualmente, pode se manifestar nas relações de trabalho, em aspectos sócio-econômicos.

### **3.1 – Uma nova perspectiva para o estudo do preconceito: contribuições da TRS**

Uma abordagem nova para estudar o fenômeno preconceito é apresentada por Moscovici (2009), na perspectiva da TRS. Parte do questionamento se o preconceito é uma propensão humana, conforme a ótica da cognição social e da teoria de Tajfel, pela ausência da análise da vivência histórica. Segundo esse autor:

*/.../ nossos preconceitos e nossos estereótipos não têm muito haver com as percepções e os conhecimentos de si ou dos outros, não se trata absolutamente de informações do conhecimento que nós temos, mas de fatores de crença, até mesmo de memória coletiva, quer dizer de RS que condicionam também a preeminência dos fatores psíquicos em certas relações em fenômenos sociais (Moscovici, 2009, p. 21).*

Dessa forma, o autor afirma que o preconceito relaciona-se mais com uma questão ético-histórica do que de identidade ou preferência cognitiva. Do ponto de vista histórico, há distinção entre categorias individuais legítimas de proteção contra o sofrimento e a humilhação e outras nas quais se pode infligir hostilidade, com permissão para discriminar sem reservas. Essa autorização não suscita nenhuma questão ética. É adaptada para fins naturais de exclusão ou de discriminação dos diferentes do meu grupo, como categorias distintas da humanidade. Essa concepção da sociedade é dominante na ciência, como no senso comum. Além disso, a relação entre minorias e majorias é dividida por um muro, que assegura a manutenção do *status quo* dessa relação.

Essa clara oposição à Teoria da Identidade Social de Tajfel (1982) na proposta de Moscovici (2009) se deve ao fato daquele autor ter enfatizado os processos cognitivos da transmissão dos conteúdos entre indivíduos e grupos. Quanto ao estudo da formação dos conteúdos, Tajfel (1982) designou aos historiadores sociais a competência de entendê-la. Porém, é objeto da Psicologia Social, particularmente da TRS, tanto o processo quanto o

conteúdo da construção do pensamento, idéias e crenças. Como estas são construídas, como são transmitidas e assimiladas, assim como seus conteúdos.

Outra crítica que Moscovici (2009) estabelece à teoria de Tajfel (1982) é o seu caráter cognitivista para entender o processo de preconceito. Não se trata apenas de um jogo de conhecimento ou falha categórica na rejeição ao outro, mas de uma forma cristalizada na história da civilização que mantém a assimetria entre uma maioria e grupos minoritários. A relação entre esses grupos não ocorre num vazio social, cuja distinção entre semelhanças e diferenças determine a pertença grupal. Ao contrário, há uma interdependência entre os grupos na teia social e “o que marca a existência de um grupo é um destino comum compartilhado pelos seus membros” (Moscovici, 2009, p. 24).

Dessa forma, o autor se aproxima das premissas da Teoria do Conflito Realístico, em que grupos competitivos entre si visam à satisfação de um objetivo, cujo sucesso de um implica no fracasso do outro. Todavia, essa teoria parte de um *status* comum entre os grupos, distinguindo-se posteriormente ao sucesso da tarefa. No contexto social explorado por Moscovici (2009), a assimetria já está historicamente estabelecida, onde uma maioria “hospeda” uma minoria no seu seio.

/.../ ela [a relação assimétrica] se define raramente por um conflito. E, não me parece poder ser apreendida pelas noções de dominação e de exclusão. É evidente, entretanto, que se constata, há mais dez séculos na Europa, um fenômeno de perseguição das minorias pela maioria (Moore, 1991). Este fenômeno se manifesta por julgamentos arbitrários e ações contingentes, às vezes extremas, contra minorias humilhadas ininterruptamente, cuja experiência física fundamental é ter corpo e alma a mercê do outro (Moscovici, 2009, pp. 24-25).

A ancestralidade do caráter persecutório da relação da maioria com a minoria é o fundamento do preconceito para o autor. Os processos de exclusão, de discriminação e de identidade, investigados pela Psicologia Social, revelam que as minorias são originadas e confirmadas, quanto à sua existência, pela perseguição.

Essa perseguição tem um caráter essencialmente social, pois é fundada na vida coletiva entre os grupos. Esse fenômeno é normalizado, no sentido de não ser julgado ética e moralmente, em decorrência de pelo menos uma das seguintes condições: a) a violência é autorizada por normas sociais; b) as vítimas são desumanizadas; e c) a burocratização das instituições sociais que possibilitam a distância entre a maioria violentadora e a vítima invisível. Assim, um discurso que não tem autor é compartilhado pelos membros da

maioria, que se percebem autorizados a infligir sofrimentos a outros, que não são vistos e nem considerados humanos (Bauman, 1998).

Baseado nessa premissa, Moscovici (2009) contesta teorias sobre preconceito fundamentado em variáveis intra-individuais como as Teorias da Personalidade Autoritária e de Frustração-Agressão. Para o autor, há uma tendência profunda na sociedade de gerar e manter uma maioria perseguidora e minorias perseguidas, sustentadas por teorias do senso comum, crenças e memórias coletivas, que por sua vez se consubstanciam em RS.

Em relação à outra abordagem da TRS para estudar o preconceito, fundamentada em Doise et al. (2003), a proposta de Moscovici (2009) se distingue por não entender apenas as RS como justificadoras de preconceito. O autor sugere que a formação das representações já está impregnada de preconceitos e estereótipos, construindo e significando a realidade social pela assimetria intergrupal.

Para entender as RS que sustentam e são impregnadas de preconceitos contra um grupo, é necessário identificar o seu núcleo figurativo, isto é, a relação complementar entre objetivação e ancoragem, que é fundada, perpetuada e renovada pela historicidade social. No caso de RS preconceituosas, Moscovici (2009) afirma que esse núcleo figurativo é constituído de três *themas* emblemáticas: puro e impuro; assimetria entre minoria e maioria; e a proibição de contato.

O conceito de *themata* emblemática, conforme Marková (2006), deriva do entendimento de Holton (1975, 1978 conforme citado por Marková, 2006) sobre *themata* no pensamento científico. Esse autor descreve antinomias que perpassam o pensamento científico pela história. Assim, atonicidade/continuum, simplicidade/complexidade, entre outras, são dialéticas relacionadas à ciência, encontradas ao longo do tempo. “Elas são normalmente pressuposições teóricas que orientam e restringem o pensamento científico de dentro para fora. Elas não estão normalmente explícitas nas terminologias científicas e podem ser amplamente reveladas através de meta-análise” (Marková, 2006, p. 250).

As *themas* emblemáticas do pensamento do senso comum são antinomias, transformadas em problemas e foco de atenção social, fonte de tensão e conflitos. Marková (2006, p. 252) postula: “elas entram no discurso público, se tornam problematizadas e ainda mais *thematizadas*. Depois então, começam a gerar representações sociais em relação ao fenômeno em questão”. Dessa forma, quando Moscovici contempla as *themas* para a discussão do preconceito, está configurando eixos dialéticos que perpassam pelos discursos sociais, criando, mantendo e renovando representações sociais.

Neste capítulo, revisamos os principais arcabouços teóricos das RS, seus fundamentos, a grande teoria e suas principais variações. Também, enfocamos as pesquisas sobre preconceito, cuja fundamentação teórica é a TRS. Por fim, apresentamos uma nova forma de abordar o tema, proposta por Moscovici.

### CAPÍTULO 3

#### O FENÔMENO AIDS E AS PESSOAS QUE VIVEM COM A DOENÇA

Até agora nos dedicamos a revisitar as diferentes contribuições da Psicologia Social para o preconceito. Também, explicitamos que estudaremos o preconceito baseado na TRS. Neste capítulo, propomos a nos debruçar sobre o fenômeno aids como um objeto de RS, que congrega em si um conjunto de crenças profundamente enraizadas na vida coletiva e condicionam a forma de manifestação psíquica nas relações sociais que ocorrem diante de um objeto de preconceito. Além disso, a TRS é um escopo teórico útil para o estudo de problemas sociais ligados à saúde (Abric, 1996) e que se desenvolveu atuando neste campo (Jodelet, 1998).

Se, como noticiado por Almeida (2001), a TRS não foi prontamente recebida nas universidades do eixo Rio - São Paulo, mas inicialmente inserida nos centros periféricos da produção científica nacional, hoje, o estado da arte é outro. Em consulta ao banco de dissertações e teses da CAPES, em fevereiro de 2009, indexamos o termo “representações sociais” e foram notificadas 2.314 produções de *stricto sensu*. Para nos certificarmos de que se tratava do uso da teoria proposta por Moscovici, indexamos exatamente o termo “teoria das representações sociais” e obtivemos o resultado de 1.585 dissertações ou teses. Nessas, constatamos a diversidade de pesquisas em áreas do conhecimento além da Psicologia Social, realizadas em universidades de todas as regiões brasileiras.

Restringimos a pesquisa ao campo dessa dissertação e, mais especificamente, indexamos os termos “representações sociais aids”, procurando produções que tivessem todos os termos e o resultado obtido foi de 167 resumos, que ratificaram a diversidade encontrada anteriormente. A TRS é uma abordagem bem utilizada na pesquisa científica brasileira, contribuindo para o entendimento e propostas de procedimentos no combate a epidemia da aids.

O papel dos estudos das representações sociais foi muito relevante no entendimento da aids no Brasil, visto que estas se relacionam à assimilação do conteúdo do universo reificado ao senso comum. Essa doença teve as suas histórias médica e social desenvolvidas concomitantemente, noticiadas pela mídia. As pessoas tomaram conhecimento dessa nova patologia, ao mesmo tempo em que suas descobertas científicas surgiam no cenário reificado, o que originou duas concepções: moral/social e biológica, influenciando conjuntamente os comportamentos individuais e sociais. A sociedade

necessitou representar socialmente essa realidade que surgia no cenário mundial (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005).

Passados mais de 28 anos do diagnóstico inicial, a epidemia da aids tornou-se uma preocupação dominante nas questões sociais e da saúde mundial. O Ministério da Saúde (2008) noticia que no Brasil há mais de 506.499 casos notificados para infecção de HIV/aids, sendo a sua taxa de incidência na razão de 19 por 100.000 habitantes. Mais de 70% dos casos estão na faixa etária entre 20 a 49 anos. A proporção entre homens e mulheres infectados que em 1986 era de 15,1 homens por mulher, atualmente é de 1,5 homens para cada mulher. Houve uma estabilização da infecção em homossexuais, com decréscimo contínuo, enquanto a epidemia toma caráter de heterossexualização, feminilização, pauperização e interiorização. O conceito utilizado atualmente para lidar com a possibilidade de infecção é o de vulnerabilidade social.

Em pesquisa ao banco de dados *Scielo*, no início de dezembro de 2008, indexamos exatamente o termo “aids”, sem restrição de data, como resultado obtivemos 927 artigos. Eliminamos 547 títulos que se referiam a aspectos biomédicos do campo estudado e selecionamos aqueles ligados às áreas psicossociais, totalizando 390 publicações. Na Figura 1, temos o número de artigos distribuídos pelos anos de publicação.

Percebemos que o número crescente de publicações referentes aos aspectos psicossociais da aids aumentou significativamente a partir de 2002, revelando a mudança do caráter epidemiológico devido ao tratamento com o coquetel e o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA).

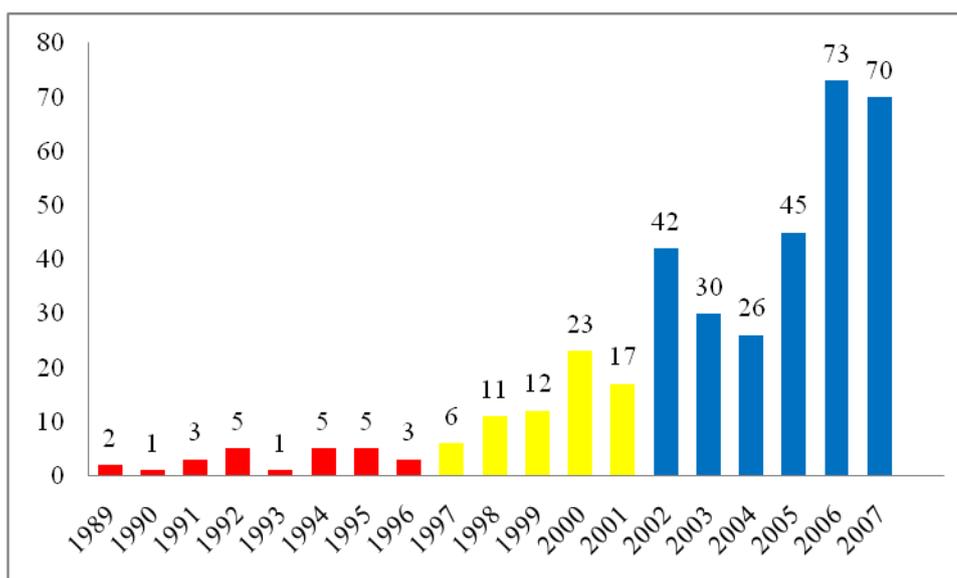


Figura 1 – Número de artigos por ano de publicação no *Scielo*

Passamos agora para a revisão de literatura, com base nos dados encontrados no *Scielo*, e adicionamos alguns textos que ampliam a reconstituição histórica do fenômeno aids, inclusive artigos publicados após a consulta realizada. Os aspectos privilegiados nesta revisão são os artigos que abordam os temas específicos da pesquisa: preconceito e representações sociais. Quanto ao primeiro, encontramos 13 publicações em que constavam as palavras preconceito, estigma ou discriminação nos seus resumos. Já em relação às representações sociais, localizamos 15 artigos sobre objetos representados diversos, em cujos resumos o termo aids foi mencionado.

Para designarmos os segmentos temporais na análise da revisão da literatura, inspiramo-nos na divisão histórico-temporal da epidemia, empregada por Alencar, Nemes e Velloso (2008), que retrata a mudança da aids como doença fatal e aguda para uma condição tratável e crônica, em conformidade com as orientações da Organização Mundial da Saúde. Segundo os autores:

Três fatores foram responsáveis para que a aids fosse redefinida como condição crônica: (1) os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV; (2) a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de CD4 e de carga viral; e (3) o surgimento e avanços do tratamento antirretroviral (Alencar, Nemes & Velloso, 2008, p. 1842).

O período de 1980 a 1996 se refere à aids aguda. A doença se manifestava rapidamente após o diagnóstico, não havia tratamento e levava a óbito seus portadores. A partir de 1997 se inicia a história da aids crônica, que se mantém até os dias atuais. Contudo, do início desse momento histórico até 2001, houve poucas mudanças nos temas abordados nas pesquisas divulgadas pelo banco de dados *Scielo*, como veremos adiante. Assim, subdividimos esses anos em dois períodos: um que denominamos de latência, compreendendo os anos de 1997 a 2001; e outro de aids crônica propriamente dita, que data desde 2002 aos dias atuais.

Após a leitura dos resumos dos 390 artigos encontrados, classificamo-los em cinco grandes categorias temáticas: doença, tratando das questões epidemiológicas; endogrupo – PVHA; exogrupos vulneráveis; métodos de investigação e intervenção; e representações sociais.

## 1 – Primeiro período histórico da epidemia: aids aguda

Raros são os relatos históricos da fase inicial da epidemia que datam daquela época. Parece que o fazer história não é acompanhado cronologicamente pelo dar-se conta de tal prática, pois a maioria dos textos da construção histórica da aids é de anos posteriores àquele período. Tomar consciência da historicidade de um fenômeno social está relacionado à observação do caminho percorrido pela sociedade numa retrospectiva espaço-temporal. Assim, relatamos nesta seção produções de outras datas que se detém a olhar o passado e analisar os fatos na dinâmica sócio-cultural, mesclando com outras da própria época. A nossa intenção é reconstituir momentos sociais vividos, buscando nos textos o período que mencionam e não apenas que datam as suas publicações.

No início, o mundo assistiu estarecido ao surgimento da aids, que contrariava a crença dos avanços tecnológicos biomédicos no controle de doenças epidêmicas no mundo. Noticiada como própria de grupos de risco, foi declarada como um problema não epidemiológico, apenas restrito a grupos minoritários e com baixo número de casos confirmados, portanto, não merecia atenção especial dos governos (Bastos, Boschi-Pinto, Telles & Lima, 1993; Cueto, 2002; Góis, 2000). A essas declarações seguiram-se contestações de infectologistas, alertando para previsões de agravamento da doença, com caráter epidêmico. Nas palavras de Naiff (1999, p. 65), “o tempo provou que os infectologistas estavam certos”.

Quando do seu surgimento, no início da década de 1980, a aids sofreu forte estigmatização, pois os seus primeiros casos eram referentes a homens brancos homossexuais, residentes em metrópoles, de classe média ou alta, sendo representada como a peste *gay* (Matos, 2005). O movimento de liberação *gay* das décadas de 60 e 70, cuja ênfase recaía na liberdade sexual, questionava os valores das relações heterossexuais como monogamia e fidelidade. A sexualidade sustentada pelo movimento iniciado em Stonewall atacava os conteúdos moralistas e com conotações mais positivas às imagens ligadas à prática homossexual, denominando-as de estilo de vida, porém com signos de desvio, ausência de higiene e pecado para a população tradicional americana. O julgamento moral dos comportamentos desviantes dos homossexuais na sociedade ocidental passa para a aids, de forma que esta é vista como uma punição à promiscuidade e ao comportamento pecaminoso. Assim, a mesma categoria – estilo de vida – é “reapropriada por médicos e cientistas na caracterização inicial da AIDS” (Góis, 2000, pp. 79-80), num resgate político-ideológico da tradição anglo-protestante, em resposta ao liberalismo *gay*. Ainda, como afirma esse autor:

Para uma sociedade angustiada com seus fantasmas sexuais, foi fácil deitar nessa mistura os seus medos e, a partir dela, construir as primeiras representações sobre a epidemia. Em um processo de equalização de termos, pelas razões expostas, doença e comunidade *gay* passaram a significar uma coisa só (Góis, 2000, p. 82).

Em 1982, a aids foi denominada temporariamente como a doença dos 5H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês), dando origem ao emprego do termo grupo de risco. A doença fatal tornou-se uma morte social para os acometidos por ela, por serem discriminados pelos seus desvios. Na tentativa de fomentar a prevenção, a criação do grupo de risco gerou a sensação de que a aids era uma doença do outro, dos excluídos, dos desviantes (Sontag, 1989).

Um estudo seminal das RS da aids foi o de Joffe (1994), que corrobora com essa percepção de Sontag (1989). Em uma produção transcultural entre Reino Unido e África do Sul, pesquisou sobre a percepção da origem da doença, como o HIV/aids se disseminava, e quais os grupos mais afetados pela epidemia no país dos participantes. Os 60 sujeitos tinham idade média de 23 anos, sendo 30 sul-africanos e 30 britânicos. Com entrevista em profundidade, foram acessadas algumas categorias pela análise de conteúdo. O resultado mostrou que os indivíduos percebiam a aids como uma doença do Outro, ligada a comportamentos bizarros e pecaminosos, que se inseriam no imaginário social e, às vezes, difundida pelos meios de comunicação e pela ciência. A infecção do próprio grupo se dá quando há relações inter-raciais ou quando bissexuais cruzam os limites dos grupos com comportamentos desviantes. Uma teoria existente à época era a conspiração para acabar com grupos minoritários através do vírus, numa guerra biológica.

Em 1985, baseado em casos de infecção em mulheres e homens heterossexuais, caracterizou-se o comportamento de risco ao invés de grupo de risco, mas ainda permanecia a visão do comportamento desviante. Assim, a sociedade padrão não seria afetada por ela. Bastos et al. (1993) denunciam o que não está dito nas representações da aids neste período – o caráter da heterossexualização da epidemia:

Há um quadro de quase total silêncio acerca da relevância do grupo dos usuários de drogas injetáveis na transmissão do HIV, assim como do papel da transmissão do vírus através do contato heterossexual. Este silêncio traduz-se pela indefinição de uma política de prevenção especificamente dirigida aos UDI e pela pouca ênfase dada ao papel da transmissão heterossexual (p. 92).

O grupo de UDI (usuários de drogas injetáveis) foi precocemente nomeado como sujeito a risco de infecção pelo HIV, porém a identificação dessas pessoas nos serviços de atendimento à saúde foi prejudicada por campanhas preventivas para esse público, devido ao preconceito e aos problemas legais que suas práticas estavam inseridas. Os UDI, os bissexuais e os hemofílicos seriam os responsáveis pela transposição da aids para os homens e mulheres heterossexuais, que não eram sujeitos à doença, e cujo comportamento de risco estava na quebra da barreira entre os grupos minoritários de risco e a maioria “normal”. Embora o caráter epidemiológico na África e no Caribe apontasse para a inoperância do termo grupo ou comportamento de risco, a percepção que dominou o mundo foi o padrão inicial de transmissão nos Estados Unidos, na América e na Europa Ocidental, cujos heterossexuais não foram identificados na infecção pelo HIV (Bastos et al., 1993).

Os autores também noticiam a reação social dos homossexuais enquanto grupo minoritário organizado:

Reagindo tanto ao risco efetivo como ao estigma, os diversos grupos de homossexuais começam a se mobilizar em torno da questão, iniciando a discussão sobre práticas de sexo seguro e combatendo o imediatismo da correlação AIDS-homossexualismo (Bastos et al., 1993, p 91).

Essa reação dos grupos homossexuais à direta vinculação entre homossexualidade e aids também é encontrada por Bastos et al. (1993) nas produções científicas brasileiras, cujo resultado é a diminuição dessa correlação simplista, nem que seja apenas no universo reificado. “Estes trabalhos redefinem a condição homossexual face às especificidades sócio-culturais, tematizam as próprias estratégias dos grupos homossexuais e até mesmo buscam desconstruir o conceito de homossexualismo” (p. 91). Porém, não conseguimos obter os mesmos resultados que esses autores, visto que na revisão de literatura no *Scielo*, fonte de dados da nossa pesquisa, não há publicações que referenciem preconceito em seus resumos no período histórico da aids aguda, conforme a Tabela 1. Nem mesmo Bastos et al. (1993), que constam no banco de dados, abordam o tema preconceito na síntese do seu artigo. Isso revela o limite metodológico aqui adotado na revisão de literatura, mas também mostra que o preconceito foi tratado de forma apenas tangencial ao fenômeno aids.

O tempo da aids aguda compreende aproximadamente 15 anos e é o maior período dos três momentos históricos, porém é o que tem o menor número de publicações científicas na área psicossocial no banco de dados pesquisado, conforme a Tabela 1. Constatamos que nenhum desses artigos foi publicado em revistas de Psicologia (Caderno

de Saúde Pública, Estudos Avançados, História, Ciência e Saúde - Manguinhos, Revista de Saúde Pública, Revista Latino-Americana de Enfermagem), apesar de alguns dos autores mencionados serem conhecidos psicólogos sociais.

Tabela 1 – Categorização das publicações no período da aids aguda (1980-1996)

N. Artigos	Categorias	Subcategorias	Temas	
25	Doença	Epidemiologia	Monitoramento e Mortalidade Exames em bancos de sangue Programa Brasileiro Educação à saúde	
		Endogrupo	Soropositivos	Comorbidades Hospitalização Aspectos psicossociais Crianças e seus pais
			Mulheres soropositivas	Diagnóstico Transmissão vertical
	Exogrupo		Homens heterossexuais	Comportamentos de risco Nível de informação
			Profissionais de Saúde	Nível de informação
			População pobre	Nível de informação
			Adolescentes	Prevenção Nível de informação
			Mídia	Surgimento da aids
	Métodos		Pesquisa	Escala
			Intervenção	Práticas educativas
		RS		Surgimento da aids Aids

Entendemos aids aguda como doença fatal, vinculada essencialmente à idéia de morte, que começou a modificar-se quando da descoberta do AZT e outros medicamentos, e a constatação de tratamentos mais eficientes no controle da morbidade da patologia. A aids tomou o lugar do câncer como mal estigmatizador e apresentava duas metáforas, conforme Sontag (1989): a de poluição, devido ao contágio pelos fluidos corporais; e a de invasão, como associada ao câncer. Assim, os aspectos psicossociais desse início de epidemia estavam mais relacionados ao monitoramento da doença e a constatação de sua mortalidade com sete artigos, concentrando o maior número de publicações neste período. A ênfase está na prevenção pela disseminação da informação para a população, na categoria exogrupo.

Ao analisarmos a Tabela 1, constatamos o surgimento da preocupação com grupos que não os homossexuais, conforme os temas: exames em bancos de sangue, transmissão

vertical/gestantes e crianças e seus pais. Em relação à infecção pela transfusão de hemoderivados, Bastos et al. (1993) noticiam a mobilização para o controle de qualidade dos bancos de sangue, que foi negligenciada até a época.

Quanto às PVHA, neste momento histórico, há relatos da experiência com o adoecimento e o diagnóstico. As RS de sete voluntários na cidade de Ribeirão Preto (SP), pesquisadas por Figueiredo e Fiorini (1996), revelam conteúdos de estigmatização, o efeito psicológico e as necessidades da pessoa infectada. O estigma está atrelado à responsabilização pelo adoecimento, à rejeição familiar e à perda da cidadania. O efeito psicológico está relacionado à morte social, vivida no silêncio das pessoas próximas ao doente, na recusa ao atendimento por parte do profissional da saúde, que se vê afetado diretamente pela dificuldade no tratamento.

Outro estudo com o suporte teórico das RS foi o de Souza-Filho e Henning (1992), que objetivaram comparar as representações sociais, com ênfase nas práticas, entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais residentes em Brasília/DF. O grupo de heterossexuais era composto por estudantes do nível médio de uma escola particular. Os grupos de homossexuais e bissexuais foram localizados pelo procedimento de rede de afinidades. Como resultado, os grupos apresentaram baixo nível de informação sobre aids, com pouca variação grupal. Como forma de prevenção, os heterossexuais afirmaram que usariam preservativos e evitariam grupos de risco, com preferências para um parceiro único, enquanto os homossexuais evitariam praticar sexo.

A pesquisa de Herzlich e Pierret (1992/2005) a que tivemos acesso foi uma republicação traduzida em 2005 do artigo original em língua francesa no mesmo periódico em 1992, por isso o englobamos neste momento histórico. Os autores destacaram como a aids colocou “em evidência de maneira brilhante a articulação do biológico, do político e do social” (p. 72). O fenômeno aids, talvez distinto de tantos outros, surgiu concomitantemente no universo reificado e social, com a atuação direta da mídia, o que desencadeou interferências mútuas entre esses universos dos saberes. Eles investigaram a construção do fenômeno aids em seis jornais franceses no período de 1982-1986. Consideraram que essa construção termina nesta época e enfatizam que a partir de meados de 1986 “a AIDS é um dos elementos da vida social, cujos contornos estão fixados, sejam quais forem os desenvolvimentos posteriores” (p. 74).

As RS da aids são complexas, o seu núcleo figurativo envolve metáforas e exclusão social histórica. O discurso estereotipado da doença no seu início envolvia sexo, sangue e morte e acometia principalmente pessoas próximas à mídia, talvez por isso tamanha

repercussão nos meios de comunicação. A aids foi comparada ao câncer, quando relacionada à modernidade da doença; também à peste ou à lepra, pelo caráter epidêmico que havia sido esquecido, mas resgatado da memória social, lembrando que não era longínquo o tempo que se falava de sífilis, ou outras epidemias nos países desenvolvidos, e que estas doenças ainda existiam em países chamados do terceiro mundo. Em relação à exclusão social, Herzlich e Pierret (1992/2005, p. 96) afirmam:

O discurso sobre a AIDS é sempre um discurso sobre o outro, o mais longe possível de nós, o mais estranho possível. Ele funcionou através da elaboração de clivagens, sempre renovadas, entre cada um e o outro. O fenômeno não é novo: em todas as epidemias os estrangeiros sempre foram acusados. Em compensação, a AIDS é particularmente ilustrativa da possibilidade de articulação dessas clivagens entre o biológico e o social: entre marcação biológica através da utilização da noção de portador são, por exemplo, e estigmatização nas relações entre os grupos sociais. Neste aspecto, não surpreende a maneira pela qual, em 1987, a AIDS serviu de suporte para o reaparecimento de um discurso de extrema direita, no qual predominavam os temas racistas e a vontade de exclusão.

Esse discurso sobre o outro imputa-lhe responsabilidade sobre a disseminação da infecção, culpabilizando-o. Ao mesmo tempo, é um discurso que aparece na sociedade sem autoria definida, assimilado pelos grupos sociais como uma realidade construída a partir do outro, engloba todos os indivíduos e se torna realidade. A metáfora serve para a objetivação e ancoragem de um discurso ancestral. A construção do fenômeno aids mostrou o quanto são importantes “as pré-concepções fundamentais, ricas de evocações mobilizadoras” (Herzlich e Pierret, 1992/2005, p. 95) para a caracterização de uma realidade social a partir de informações do universo reificado. As *themas* referentes a grupo de risco ou portador sadio multiplicaram a elaboração de representações sociais da aids para os diversos grupos sociais.

A noção de grupo de risco e, mais tarde, de comportamento de risco gerou um efeito pernicioso no entendimento da epidemiologia da aids, visto que a construção social da doença estava ligada às idéias de morte e promiscuidade. As pessoas infectadas pela doença foram divididas, quanto à forma de infecção, em vítimas inocentes – os hemofílicos, e pessoas promíscuas – os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e os profissionais do sexo (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005).

Com o surgimento da terapia antirretroviral, conhecida popularmente como coquetel, a Organização Mundial da Saúde inclui a aids na categoria de condições crônicas, por ser uma doença tratável e manejável clinicamente. Assim, deixou de ser concebida, em termo biomédico, como uma doença aguda. Em 1996, o Ministério da Saúde disponibilizou livre e gratuitamente a medicação para as pessoas infectadas com o HIV/aids, passando, essas pessoas, a terem alternativas de sobrevivência à sentença de morte dada pelo diagnóstico, como ocorreu nos anos 80 (Alencar et al., 2008).

## **2 – Segundo período histórico da epidemia: latência**

Este momento é caracterizado pela transição entre a fatalidade da aids e sua constatação de doença crônica. A disseminação da descoberta de um tratamento mais eficiente com a combinação de três medicamentos, na XI Conferência Internacional de Aids em Vancouver, Canadá, trouxe esperanças para as pessoas infectadas pelo HIV, que esperaram uma cura que ainda não chegou. Porém, a medicação evitava a morte rápida, que geralmente ocorria após o diagnóstico, e o termo sobrevivência foi empregado com frequência neste período.

Nesta revisão de literatura, constatamos uma diferença entre o período de início da era da aids crônica proposta por Alencar et al. (2008). As publicações científicas no *Scielo* ainda refletiam a preocupação dominante com o monitoramento da epidemia e sua mortalidade. A maioria dessas pesquisas utiliza dados epidemiológicos do período histórico da aids aguda. Conforme a Tabela 2, a novidade temática está na atenção às formas de aconselhamento nos centros de testagem para o HIV, às variáveis que interferem no relacionamento profissional de saúde e PVHA ou seu familiar e temas que insinuam uma ampliação do atendimento ao portador, como enfrentamento e nutrição. Apenas em 2001 é que surgem as primeiras pesquisas referentes à adesão ao tratamento do coquetel pelas PVHA. Quanto à TRS, o estudo de Góis (2000) investiga as representações sociais sobre a homossexualidade e a sua ligação histórica com a aids quando do seu surgimento. Por isso, optamos descrevê-la na seção anterior, na análise da vinculação entre a doença e o grupo de homossexuais, logo no início da epidemia.

Tabela 2 – Categorização das publicações no período de latência (1997-2001)<sup>1</sup>

N. Artigos	Categorias	Subcategorias	Temas
	Doença	Epidemiologia	Monitoramento e Mortalidade Participação de ONG Pauperização Subnotificação
	Endogrupo	Atendimento a soropositivos	Adesão ao tratamento Comorbidades Crianças e seus pais Enfrentamento Hospitalização Nutrição Relação profissional-paciente UDI
		Mulheres soropositivas	Gestantes
	Exogrupo	Usuários de drogas	Fatores de risco
		Homens	Comparação entre homo e heterossexuais Vulnerabilidade homossexual Vulnerabilidade heterossexual
		Participantes de ONG	Nível de informação
		Adolescentes	Nível de informação Prevenção Sexualidade
		Mulheres	Profissionais do sexo Vulnerabilidade feminina
		Profissionais de saúde	Fatores de risco
		Mídia	Nível de informação
	Métodos	Intervenção	Aconselhamento/tratamento Questionário
	RS		Homossexualidade

69

No entanto, este é um período de fomento das pesquisas com o aporte teórico das RS, como a realizada por Naiff (1999) para o seu mestrado. Ele buscou reconstruir os discursos produzidos pela mídia escrita brasileira sobre a aids, desde a sua origem até 1998. O autor investigou artigos de uma revista semanal e de um jornal diário, ambos com circulação nacional, e analisou suas categorias. Em geral as reportagens versavam sobre a divulgação de achados científicos, as formas de transmissão da doença e campanhas educativas, e a personificação, isto é, o uso de personagens reais que estavam relacionados

<sup>1</sup> Estes artigos foram publicados nos seguintes periódicos – Caderno de Saúde Pública, Estudos Avançados, Estudos de Psicologia, História, Ciência e Saúde - Manguinhos, Psicologia: Reflexão e Crítica, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista de Saúde Pública, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista de Odontologia da USP.

à doença. Segundo Naiff (1999, p, 72), “ao nomear alguns doentes, a mídia estaria objetivando a doença através deles e de seus dramas pessoais”. Algumas personalidades conhecidas figuraram entre as manchetes do mundo todo, tais como: Rock Hudson; Markito (a primeira pessoa a ser diagnosticada com aids no Brasil); Jorginho Guinle; Lauro Corona; e principalmente Cazuzo e Betinho, que se tornaram a cara da aids no País.

Cazuzo era roqueiro, bissexual, de classe média alta e usuário de drogas. Personificava a polaridade dos desviantes, cujo castigo era a aids. Betinho era sociólogo, hemofílico e instaurou uma campanha nacional para ajudar as pessoas que passavam fome. Ele era a personificação da polaridade das vítimas, cuja fatalidade era a aids. Numa pesquisa sobre percepções corporais das PVHA, Alencar et al. (2008) relatam os resultados de entrevistas realizadas em 1999. Nesse momento da epidemia, a aids estava relacionada com perda de peso, fraqueza e cansaço. A “cara do Cazuzo” era a imagem associada à doença e característica dos acometidos por ela, antes do surgimento do coquetel.

A PVHA identificada nas análises da mídia escrita brasileira por Naiff (1999, p. 114) é

um alguém que nos incomoda com a sua presença, com a sua existência. Um alguém, que ao ser denominado de aidético, deixa de ser apenas um portador de uma doença para se transformar na própria encarnação da doença, sendo muitas vezes submetido a uma morte civil, uma morte em vida, antes da sua morte biológica.

Com o advento dos antirretrovirais, a personificação mudou de personalidades famosas para pessoas anônimas ao grande público. Não se noticiava mais sobre sujeitos dos grupos de risco, mas homens e mulheres heterossexuais, “não promíscuos”, que foram infectados pelo HIV.

Neste mesmo momento, a sociedade é surpreendida pelo reaparecimento do sujeito da doença, um sujeito de desejo, o qual, face às descobertas da ciência, refletidas no coquetel, nega a posição que lhe foi imposta pela sociedade. O morto-vivo reivindica para si um lugar no mundo através dos seus projetos de futuro, mesmo que estes se limitem simplesmente ao desejo de viver com a doença (Naiff, 1999, p. 116).

Em relação a esse sujeito, que ressurgiu desejante por retomar um local na sociedade e poder viver com a sua doença, encontramos na dissertação de mestrado de Queiroz (1999) descrições relevantes. A autora teve como objetivo entender a relação entre o sujeito e a sua doença, a partir da abordagem entre subjetividade e o processo saúde-

doença. Como objeto de estudo, delimita a aids e a soropositividade, procurando revelar os significados da convivência com o HIV e os decorrentes desdobramentos na vida dos soropositivos. Participaram três sujeitos adultos e soropositivos assintomáticos, atendidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Da análise de conteúdo, a autora selecionou quatro temas relevantes: o recebimento do diagnóstico; preconceito e soropositividade; a soropositividade e as instituições de saúde; e a soropositividade – uma condição de vida.

O recebimento do diagnóstico marca a vida dos sujeitos infectados, dando-se o início da identidade como soropositivo, denominação corrente na época. Esta fase é vista como uma crise existencial, quando o sujeito é obrigado a assumir uma identidade que considerava ser de outros e não estava sujeito a ela. A crise se amplia também porque a aids é vista como uma sentença de morte física e social, levando ao isolamento e muitas vezes a ideações suicidas. Os sentimentos predominantes são o medo, a impotência e o desespero. O comportamento de isolamento é visto como autodefesa saudável, porém deve ser reestruturado para que o soropositivo ultrapasse os limites orgânicos da soropositividade e cresça pessoalmente. Se isso não ocorrer, ele estagnar-se-á num processo de negação de sua condição, conotando a morte social.

Com o diagnóstico, o preconceito emerge revelando o conflito da existência soropositiva no contexto individual e social. O medo da discriminação social caso a sua sorologia seja revelada sustenta o comportamento de isolamento e de manutenção de segredos da sua rede social. O preconceito é temido e vivido nos ambientes familiar, do trabalho e entre o próprio grupo de soropositivos. Há uma tendência ao silêncio sobre o assunto, revelando julgamentos morais ligados a condições passadas da epidemia que foram difundidas equivocadamente.

O preconceito é vivido até mesmo nas instituições de saúde. Profissionais pouco capacitados para lidar com a população soropositiva revelam seus preconceitos por meio de subterfúgios para deixar de atender a estas pessoas. Outro aspecto é própria crise das instituições de saúde que carecem de treinamento e material de segurança para os profissionais trabalharem sem medo da infecção.

Ser soropositivo é redescobrir sentidos e valores de vida para além da doença. Os sujeitos da pesquisa revelaram sua necessidade de acreditar em Deus, buscando um exercício da fé, às vezes, como remissão de condutas tidas como vergonhosas. Outras práticas apontadas como ressignificadoras do vivido foram a psicoterapia, as atividades lúdicas e o convívio em grupo de ajuda mútua. O novo sentido da vida depois da infecção

passa pela valorização de si, do momento e das pequenas atividades que proporcionam prazer. Se conseguir se livrar da culpa que é uma característica nas relações entre grupos sorodiscordantes ou entre o próprio grupo soropositivo, o sujeito pode se reconstruir, saindo da estagnação e da morte social (Queiroz, 1999).

Este período histórico da epidemia se caracterizou pela transição entre a doença fatal aguda e a mudança da sua condição para a aids crônica, devido ao surgimento do tratamento medicamentoso. Logo quando surgiu, o coquetel foi uma esperança para a sentença de morte às pessoas que viviam com a doença, como já foi dito anteriormente, mas a constatação do seu sucesso só poderia ser confirmada com o passar do tempo e a diminuição da mortalidade da aids. Esta incerteza aparecia no termo “sobrevida”, empregado na época, para a melhora das condições de saúde das pessoas acometidas pela doença que aderiam ao tratamento, pois não se sabia se era duradoura.

Embora os avanços biomédicos assinalassem para uma mudança da doença, o mesmo não aconteceu com as suas RS neste período. As imagens, os sentidos e as práticas que a sociedade tinha para a aids continuavam semelhantes ao momento histórico anterior, demonstrando a resistência à mudança que é própria das representações sociais.

Por isso, denominamos esse período de latência. Época marcada pela indefinição e expectativas quanto ao tratamento e quais suas conseqüências, tanto para as PVHA quanto à sociedade em geral, e também marcada pela manutenção das representações sociais da aids entre a população.

### **3 – Terceiro período histórico da epidemia: aids crônica**

A partir de 2002, depois de seis anos do lançamento do coquetel como forma de tratamento que assegurava a manutenção da vida para as PVHA, houve uma mudança significativa nos estudos científicos que se preocupam com a aids. Como podemos constatar na Tabela 3, as pesquisas pertinentes aos aspectos psicossociais da doença quase que quintuplicaram no banco de dados *Scielo*, apresentando uma variação temática expressiva. A atenção maior dos pesquisadores está nos aspectos psicossociais relacionados ao endogrupo, que passou a viver com uma doença crônica e tem como desafio a luta pelos seus direitos e cidadania. Quanto aos exogrupos, as mulheres foram objetos do maior número de pesquisas, refletindo o caráter atual de feminilização da epidemia, e em seguida o grupo dos adolescentes. Os estudos sobre a doença também demonstram a situação atual da epidemia, com características semelhantes no mundo, pela sua pauperização, interiorização, heterossexualização. Na categoria métodos, houve

aumento do número de artigos que buscam munir a ciência com procedimentos que atendam a demanda do estudo do fenômeno aids e as pesquisas com o aporte da TRS acompanham esse movimento<sup>2</sup>.

Apesar da alternativa para a morte física, a morte social decorrente da infecção pelo HIV/aids ainda está presente nos dias atuais. Com o avanço da medicina e as descobertas de tratamentos eficazes, o que antigamente era visto como sobrevida do soropositivo, hoje se trata de uma vida de convivência com o HIV. Porém, o preconceito, o estigma e a discriminação continuam presentes nas relações intergrupais (Paiva, Aranha & Bastos, 2008; Regato & Assmar, 2004).

O programa brasileiro de combate ao HIV/aids é um modelo elogiado em âmbito mundial. A queda da mortalidade e da morbidade por aids são resultados diretos da testagem anti-HIV e da distribuição dos antirretrovirais, cujos acessos são gratuitos e universais. Porém, algumas questões ligadas à vulnerabilidade social permanecem como desafios, tais como: a carência de metodologias inovadoras no monitoramento de populações tradicionalmente vulneráveis – homossexuais, UDI e profissionais do sexo; a estruturação de campanhas preventivas e monitoramento epidemiológico para jovens não-escolarizados ou com baixa escolarização, que atentem também para as questões de gênero e de raça/etnia; e ampliação das iniciativas de combate ao preconceito e discriminação em ambientes de trabalho e de serviços especializados em aids (Paiva, Pupo & Barboza, 2006).

Ao pesquisarem a qualidade de vida em PVHA, Santos, França Júnior e Lopes (2007) aplicaram o WHOQOL – *brief* em 365 portadores de HIV/aids e compararam seus resultados com os escores obtidos na pesquisa de Fleck et al. (2000, conforme citado por Santos et al., 2007), que utilizaram a mesma escala em pacientes da clínica médica, cirurgia, psiquiatria e ginecologia no hospital universitário em Porto Alegre. Os autores concluíram que os participantes de sua pesquisa, apresentaram melhores escores de qualidade de vida, tanto física quanto psicológica, do que os pacientes de outras clínicas

---

<sup>2</sup> Estes artigos foram publicados nos seguintes periódicos – Caderno de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Clinics, Educar em Revista, Estudos Avançados, Estudos de Psicologia, História, Ciência e Saúde-Manguinhos, Horizontes Antropológicos, Interface, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Jornal de Pediatria, Journal Applied of Oral Science, Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Physis, Psicologia Clínica, Psicologia: Reflexão e Crítica, Psicologia: Teoria e Pesquisa, Psicologia & Sociedade, Pro-Posições, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista de Saúde Pública, Revista Brasileira de Ciências Sociais, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista Brasileira de Reumatologia, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Revista de Economia Política, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Estudos Feministas, Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista de Psiquiátrica Clínica, Revista de Odontologia da USP, São Paulo Medical Journal, Saúde & Sociedade, Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos, Texto & Contexto – Enfermagem.

médicas. Apenas no campo das relações sociais as PVHA obtiveram os piores escores na comparação estabelecida, podendo refletir “os processos de estigma e discriminação associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais e para uma vida sexual tranqüila” (Santos et al., 2007, p. 69). Este resultado corrobora com os enunciados de Paiva, Pupo e Barboza (2006) e de Regato e Assmar (2004) sobre a permanência do preconceito social nas relações intergrupais que envolvam PVHA.

O estigma da aids foi estudado por Almeida e Labronici (2007) como responsável pela evitação ao tratamento pelos portadores de HIV/aids. Esses autores entrevistaram cinco PVHA residentes em Curitiba/PR que não aderiram ao tratamento disponibilizado pela rede de saúde pública. As entrevistas mostraram que apesar de quase três décadas do surgimento da doença e da sua mudança epidemiológica, os portadores internalizaram estigmas construídos historicamente em torno da doença e têm medo do julgamento moral da sociedade, inclusive da sua própria família, pois não revelaram suas condições sorológicas para seus pais. Os participantes da pesquisa temem ser desacreditados pelos outros e vistos como transgressores com comportamentos desviantes. Outro resultado importante deste artigo é a persistência da associação entre aids e morte para os sujeitos entrevistados. Estes resultados corroboram com os encontrados por Melchior, Nemes, Alencar e Buchalla (2007), que pesquisaram a adesão ao tratamento em pacientes no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 1999. Para os participantes da pesquisa, o estigma de ser portador de HIV/aids é uma importante barreira à aderência, pois sentem necessidade de ocultar sua sorologia.

Tabela 3 – Categorização das publicações no período da aids crônica (desde 2002)

N. Artigos	Categorias	Subcategorias	Temas
	Doença	Epidemiologia	Monitoramento e Mortalidade Participação de ONG Interiorização Comunidades indígenas Cor/raça Direitos Humanos Relato de outros países Relações internacionais e medicamentos Pauperização Programa Brasileiro Subnotificação
	Endogrupo	Soropositivos	Adesão ao tratamento Adolescentes Atribuição de causalidade Casas/grupos de apoio Crianças e seus pais Comorbidades Desemprego Enfrentamento Forças armadas Hospitalização Identidade Social Idosos Lipodistrofia Nutrição Parcerias sorodiscordantes Preconceito/estigma Qualidade de vida Relação profissional-paciente Resiliência UDI Uso de preservativos
		Mulheres soropositivas	Gestantes Direitos reprodutivos
296	Exogrupo	Usuários de drogas	Fatores de risco
		Homens	Comparação entre homo e heterossexuais Comparação com mulheres casadas Preconceito a homossexuais Uso de preservativo Movimento homossexual Vulnerabilidade homossexual Vulnerabilidade heterossexual
		População geral	Intenção de discriminação Uso de preservativo
		População rural	Nível de informação
		Profissionais de saúde	Nível de informação Fatores de risco
		Adolescentes	Detentos Nível de informação Luto Prevenção Sexualidade Violência

N. Artigos	Categorias	Subcategorias	Temas
		Mulheres	Aspectos históricos Comparação com homens casados Detentas  Parceiras de UDI Preconceito Prevenção Profissionais do sexo Usuárias de drogas Violência Vulnerabilidade feminina
		Idosos	Nível de informação
		Agentes de segurança	Nível de informação
		Doentes mentais	Nível de informação
		Militares	Fatores de risco
		Crianças	Nível de informação
		Mídia	Informações
	Métodos	Pesquisa	Escalas Questionários Revisão de literatura
		Intervenção	Aconselhamento/tratamento
	RS		Adolescentes Homens Idosos Imprensa Do medo Mulheres Aplicação da Teoria à saúde Profissionais de saúde Profissionais do sexo Soropositivos

O medo do estigma interfere até na visita às unidades de saúde localizadas próximas às residências das PVHA. As unidades básicas de atenção à saúde são a porta de entrada para o tratamento e nelas há risco de encontrarem pessoas conhecidas que ignoram o estado sorológico dos portadores. Conforme Almeida e Labronici (2007, p. 270):

Devido a esse medo, antecipam que vão sofrer de discriminação, estigmatização e marginalização – em função da representação social da doença – e, assim, escolhem o segredo para evitar problemas que não conseguem enfrentar, fato que influenciará negativamente os cuidados de sua saúde.

Essa questão também é discutida por Abdalla e Nichiata (2008) ao pesquisarem sobre as implicações éticas na confidencialidade das informações das pacientes portadoras atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em São Paulo. O diagnóstico positivo para HIV expõe a mulher aos estigmas associados à aids, portanto à ameaça de preconceito e discriminação social. O segredo de sua sorologia é uma defesa quanto ao suposto sofrimento que evita viver e, no caso do PSF, o sigilo está relacionado à presença do agente comunitário de saúde, que é uma pessoa residente na localidade de atuação da equipe do programa e tem acesso à paciente e sua família.

Seguindo essa mesma linha, Gonçalves (2005) relata um comportamento comum entre os assistidos pelo projeto com-vivência do Hospital Universitário de Brasília: antes de entrarem na sala do projeto, os portadores andam pelo corredor para checar se não há ninguém conhecido transitando por outras dependências. Este tipo de relato, apesar de não ser resultado de pesquisa, fornece exemplos observáveis de como esta evitação da revelação da sorologia ocorre. Outro exemplo de sua tese é que uma participante saiu correndo da sala um pouco antes da entrevista e depois ligou para o hospital se desculpendo. Seu comportamento estranho foi motivado por uma vizinha que estava no hospital e para a participante não ser vista na sala do projeto, resolveu fugir, evitando ser flagrada e supostamente ter sua soropositividade descoberta. “Neste sentido é que se evita revelar a condição de contaminado(a), uma vez que exposta sua sorologia, a probabilidade de ser abandonado(a) social e materialmente torna-se efetivamente real” (Gonçalves, 2005, p. 49). Essa autora ainda relata que sujeitos economicamente ativos tendem a esconder ainda mais a sua condição sorológica.

O tratamento para HIV/aids requer do portador visitas regulares aos médicos ou às farmácias das unidades de saúde, acarretando atrasos ou faltas no trabalho para aqueles que se encontram empregados. Apesar do fornecimento de atestado de comparecimento ao serviço de saúde e neste não constar o termo aids, a frequência exigida no tratamento levanta suspeitas nos empregadores, possibilitando a visibilidade da sorologia que é mantida em segredo, na maioria das vezes. Garrido, Paiva, Nascimento, Souza e Santos (2007) pesquisaram sobre o estigma da aids e a sua relação com a empregabilidade implicando na adesão ao tratamento dos portadores. O estudo qualitativo com 17 homens vivendo com HIV/aids na cidade de São Paulo revelou que a necessidade de manter o sigilo da soropositividade deixa pistas para uma possível desconfiança dos patrões, dando margem ao estigma e à discriminação, com a possibilidade do desemprego por motivo

aparentemente não justificado. Enquanto desempregado, a PVHA pode perder sua chance de reinserção laboral pela quebra do sigilo da sua condição, constatada ilegalmente pelos exames admissionais. Resta a aposentadoria como forma de manter seu sustento, que também confirma a exclusão social e afeta a auto-estima do homem que tem no trabalho um dos pilares da sua identidade social. O rótulo da invalidez foi vivido pelos dez participantes aposentados da pesquisa como fonte de humilhação e sofrimento psíquico resultante do preconceito.

Como visto, a manutenção do segredo da condição sorológica é uma forma de se esquivar do preconceito e da discriminação que o estigma da doença acarreta aos seus portadores. Porém, como um fantasma que volta do passado para assombrar a pessoa no presente, a “cara da aids” se tornou novamente um risco para a visibilidade corporal da doença no portador que faz o tratamento medicamentoso, devido a um efeito colateral chamado lipodistrofia. Alencar et al. (2008) investigaram as percepções corporais da PVHA em dois momentos históricos. A primeira etapa da pesquisa foi relatada na seção anterior – período de latência. A segunda parte se deu com entrevistas de oito portadores do vírus em 2005, refletindo o momento atual da epidemia como aids crônica e o surgimento da lipodistrofia. Esta é caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal no abdômen e na nuca e a perda de massa nos membros e no rosto. Diferente da magreza que estampava a sorologia no corpo no momento histórico anterior, a lipodistrofia se revela num corpo disforme, porém o rosto fica emagrecido como na imagem corporal antes do coquetel. Os autores analisam da seguinte forma este retorno da visibilidade da doença no corpo do portador:

Ao nos depararmos com essas novas questões propostas pela aids crônica, fica a forte sensação de ressurgimento, sob nova forma, dos mesmos paradoxos previamente existentes nos tempos da aids aguda: o impacto dos sinais e a desesperança quanto ao futuro de vida dessas pessoas, com todas as novas implicações do velho problema dos efeitos iatrogênicos das intervenções médicas (Alencar et al., 2008, p. 1847).

A relação profissional de saúde e PVHA é outro tema que afeta a adesão ao tratamento e pode ser campo de vivências preconceituosas e estigmatizadoras. Herrera, Campero, Caballero e Kendall (2008) analisaram os fatores da relação com os médicos que afetam a adesão terapêutica e a qualidade de vida das PVHA, no México, em 2003. Os autores entrevistaram 40 portadores e cinco coordenadores de grupos de ajuda mútua. Na percepção desses participantes, a falta de comunicação entre profissionais de saúde e a

discriminação nos serviços públicos são os principais fatores que influenciam a relação terapêutica e aderência ao tratamento. O estigma está enraizado nos julgamentos morais que retratam a origem da epidemia nos anos 80 e os processos de imputação de culpa pela infecção abrem espaço para preconceitos e discriminações, afetando a veracidade das falas dos pacientes aos médicos, por medo e vergonha.

“É notório que os julgamentos das pessoas sobre o que acontece a si mesmas e aos outros, bem como sobre as circunstâncias e condutas que o provocam, assumem um papel de especial relevância em suas relações com a vida e com os demais que as cercam” (Regato & Assmar, 2004, p. 168). Pressupondo que tais julgamentos são práticas comuns na nossa sociedade, as autoras utilizam o aporte da Teoria Psicossocial da Atribuição de Causalidade para investigar como pacientes e médicos respondem a questão: quem é o responsável pela infecção? Constataram que os portadores atribuem mais responsabilidade às causas externas – parceiros, destino ou falta de campanhas preventivas – preservando sua auto-estima no processo de vitimização. Os médicos tendem atribuir maior responsabilidade às causas internas/pessoais – comportamentos pregressos controláveis que propiciaram a soroconversão – devido estritamente a um conhecimento da doença, sem julgamentos em relação à orientação sexual. No caso dos participantes dessa pesquisa, que totalizaram 391 homens, sendo 191 portadores e 200 médicos, se o paciente faz uma atribuição de causalidade externa, tende a perceber o mundo como injusto e seu enfrentamento da doença fica prejudicado; ou se o paciente atribui a si a responsabilidade da infecção, percebe o mundo justo e tende a enfrentar melhor a doença se engajando no tratamento.

Essa pesquisa de Regato e Assmar (2004) revela a questão da atribuição da causalidade e os vieses psicossociais que interferem na responsabilização sobre infecção. Porém, trata-se de uma amostra masculina, diferenciada apenas pela forma de infecção hetero ou homossexual, desconsiderando as formas de soroconversão tidas como vitimizadoras – transfusão de sangue e transmissão vertical – e o viés da feminilização da epidemia. A crescente infecção para HIV em mulheres questiona as relações de poder entre gêneros na nossa sociedade, revelando o lugar submisso que elas ocupam nesta relação, conforme Almeida e Labronici (2007, p. 269) relatam:

Pensar a questão da AIDS e da sexualidade requer, então, uma reflexão do ponto de vista das relações de gênero, como relação de poder. É, portanto, neste contexto que os dados confirmam a tese de que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV é

decorrente não só da subordinação de sua sexualidade ao desejo masculino, como também de sua própria vivência cotidiana modelada na experiência do amor romântico.

/.../ Pesquisas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA trazem exemplos importantes que reforçam os estigmas em relação ao papel de gênero, nos quais os homens são freqüentemente perdoados pelo comportamento que resultou na sua infecção, enquanto as mulheres são responsabilizadas, são abandonadas pelos maridos que as infectaram, rejeitadas pelos conhecidos e pela família. Por temerem esta trágica situação, muitas delas preferem não conhecer sua condição sorológica, ou se a conhecem, preferem mantê-la em segredo.

Como visto na Tabela 3, houve um crescimento significativo nos artigos sobre aids, cujos objetos de pesquisa são as mulheres, independente da situação sorológica, revelando uma faceta atual da epidemia que é a vulnerabilidade feminina para a infecção pelo HIV. Duas pesquisas retratam a convivência das mulheres com a própria soropositividade. Cechim e Selli (2007) entrevistaram 18 portadoras atendidas em São Leopoldo/RS, com idades entre 23 e 55 anos, no período de novembro de 2003 a março de 2004. Carvalho e Galvão (2008) entrevistaram 10 portadoras residentes em Fortaleza/CE, no período de dezembro de 2004 a março de 2005. Essas pesquisas diferem quanto à localização, a primeira numa cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS e a outra numa capital do Nordeste brasileiro. Entre elas, a similaridade está na estigmatização e no preconceito vividos pelas mulheres soropositivas para HIV.

O principal medo das mulheres que vivem com HIV/aids é o de serem julgadas pela família, pelos amigos e no ambiente do trabalho. Os estereótipos dos comportamentos desviantes vinculados à aids ascende a possibilidade de exclusão social e rejeição afetiva, pelos processos de preconceito, discriminação e culpabilização por parte dos outros. Esse medo é reforçado pela possibilidade de infectar os outros, pelo desconhecimento e informações incorretas sobre transmissão, evolução da doença e dos meios de comunicação, que aumentam a preocupação em se afastarem das pessoas próximas, inclusive dos próprios filhos.

Esta realidade carregada de desesperança faz com que a mulher mergulhe na sua solidão e amargura, perdendo o interesse pela vida, entregando se à dor do medo e da discriminação que remetem à perda do apreço, da amizade verdadeira e do

convívio social. (...) impondo a segregação, junto a outros grupos já marginalizados (Cechim & Selli, 2007, p. 147).

Para fugir da segregação, as mulheres ocultam o diagnóstico e refutam a responsabilidade pela infecção, tornando-se uma portadora clandestina. “Na condição de clandestinidade, pelo menos por algum tempo, o paciente não sofre perdas, seja do parceiro afetivo, do emprego, dos amigos, seja da família” (Carvalho & Galvão, 2008, p. 93).

As conquistas femininas no cenário social são ameaçadas pela revelação do diagnóstico e a respectiva mudança da identidade social, aproximando-se dos grupos marginalizados que anteriormente pareciam tão distantes delas. Esta ameaça está no preconceito social frente à PVHA percebido pelo endogrupo e acarreta sentimentos de culpa, vergonha e medo na relação com a família e demais grupos sociais. A relação entre o medo e o preconceito é descrita por Cechim e Selli (2007, p. 147) da seguinte forma:

O preconceito é uma forma pré-consciente de medo, alimenta-se do medo, ou seja, objetiva o temor e afasta do horizonte o perigo de um confronto direto com o diferente. As pessoas são caricaturadas como sujeitos promíscuos em suas relações sexuais ou envolvidos em drogas e que, portanto, buscaram o vírus. No mundo destas pessoas infectadas, o medo do preconceito habita suas relações sociais, pois, em cada encontro, o medo do novo, da mudança e do enfrentamento leva a negação para uma abertura ao outro.

Além do grupo de mulheres, objeto de várias pesquisas, os adolescentes foram alvos de preocupação na prevenção e disseminação de informações desde o primeiro período da epidemia, como se pode constatar nas Tabelas 1 e 2. Entretanto, foi devido ao coquetel que as crianças nascidas com HIV, devido à transmissão vertical, se desenvolveram chegando à adolescência, visto que se passaram 13 anos da disseminação do tratamento medicamentoso. O adolescer e a convivência com a soropositividade para o HIV foram o mote da investigação feita por Lima e Pedro (2008), na cidade de Porto Alegre/RS, entre os meses de maio e julho de 2005. As autoras entrevistaram três cuidadoras e quatro adolescentes portadoras de HIV/aids. A revelação do diagnóstico para as meninas se deu ainda na infância, em apenas um caso ocorreu já na adolescência, o que acarretou uma maior dificuldade de adaptação da portadora à condição soropositiva e seus cuidados pertinentes. Entre elas, um dos questionamentos que dificultam a aceitação e revelam o sofrimento vivido pela infecção é: por que meus pais fizeram isso comigo?

A condição sorológica é guardada entre o núcleo familiar por medo da discriminação decorrente do estigma em que as adolescentes e suas famílias se vêm envoltas. Quando uma das adolescentes foi apontada como possivelmente soropositiva pelos colegas de escola, pois sua mãe havia falecido por complicações da aids e a vizinhança sabia, ela foi mudada para outra instituição em que o anonimato estaria resguardado. Evitar a revelação do diagnóstico protege tanto as adolescentes quanto as suas famílias de uma possível discriminação, pois se há uma criança soropositiva é bem provável, no imaginário social, que outros parentes possam apresentar a mesma condição.

O enfrentamento ao estigma, preconceito e discriminação se tornou uma necessidade às PVHA, para que além de uma boa condição biomédica possível pelo coquetel, possam gozar do seu direito à cidadania, com saúde psíquica e social. Carvalho, Morais, Koller e Piccinini (2007) propuseram fatores de proteção às pessoas portadoras para esse enfrentamento, resgatando o conceito de resiliência, que é empregado como capacidade da pessoa superar adversidades. Entre os fatores que auxiliam na proteção à qualidade de vida da PVHA, os autores destacaram: “o enfrentamento cognitivo e a aceitação da infecção; a participação da família no tratamento e como fonte de apoio afetivo; o papel das organizações governamentais e não-governamentais e a religiosidade” (idem, p. 2023). O portador que aceita a doença e a enfrenta de forma combativa, podendo contar com o apoio afetivo de familiares e amigos, tende a viver melhor apesar da infecção. Outros apoios para a resiliência são os grupos de ajuda mútua e o próprio serviço de saúde, que podem ser fontes de dissolução de preconceito e discriminação em seus âmbitos de atuação.

Em relação ao apoio aos portadores dado pelas organizações não-governamentais para o enfrentamento do preconceito e discriminação, encontramos o relato de um método de intervenção em grupos de ajuda mútua na cidade de São Leopoldo/RS. Meneghel, et al. (2008) realizaram uma oficina de multiplicadores para a intervenção com o método “contador de histórias”. Participaram dez pessoas portadoras do vírus, sendo que dois eram voluntários da ONG que sediava o curso. O grupo era constituído por mulheres em sua maioria, com baixa renda, que buscavam na organização os benefícios assistenciais. “O repertório do preconceito/discriminação esteve presente no grupo em diversos momentos” (Meneghel et al., 2008, p. 223), e a oportunidade de falar sobre esses fatos gera um dar-se conta das violências sofridas com mobilização para reagir a estas situações. Outro aspecto que surgiu no decorrer dos encontros foi o apoio na religiosidade para o enfrentamento da condição sorológica, como afirmam os autores:

A fé e a espiritualidade oferecem um sentido para a vida, garantindo um espaço onde buscar consolo e encontrar energia para enfrentar a incerteza e o medo, a discriminação e o preconceito, a solidão, a dor e a proximidade da morte. Entendemos (...) que as práticas simbólico-religiosas constituem estratégias de sobrevivência de que as classes populares lançam mão em uma sociedade que lhes nega seus direitos legítimos. O caminho da espiritualidade e da religião parece despontar como uma das trajetórias principais para lidar com problemas de saúde, incluindo-se a Aids (Meneghel et al., 2008, p. 226).

Tendo em vista que o estigma, o preconceito e a discriminação são realidades vividas nas relações sociais entre grupos sorodiscordantes, cujas conseqüências afetam diretamente as PVHA nos diversos campos de sua existência, a pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/aids, realizada em 2005, também investigou esse tema. Garcia, Koyama e GEPSAIDS (2008) relatam parte dos resultados dessa grande pesquisa, cujo interesse foi avaliar atitudes que revelam intenção de discriminação contra as PVHA. Seus resultados foram comparados a outra pesquisa similar realizada em 1998. A amostra probabilística da pesquisa foi composta por 3.600 domicílios, em 1998, e por 5.040 domicílios, em 2005, de áreas urbanas de microrregiões selecionadas, com idades entre 16 e 65 anos. Entre as pessoas que tiveram maior chance de intenção de discriminação encontram-se aquelas acima de 45 anos se comparados aos jovens entre 16 a 19 anos; os sujeitos com baixa ou nenhuma escolaridade em relação aos com nível superior ou pós-graduação; as mulheres na comparação entre gênero; os residentes no Norte e Nordeste se comparados aos do Centro-Oeste, Sudeste e Sul; e os separados, divorciados e viúvos em relação às demais formas de estado civil.

Na Tabela 3, dentro da categoria métodos, percebe-se a disseminação dos estudos baseados na TRS que abordaram de forma direta ou indireta a aids. Essas pesquisas envolveram diferentes grupos sociais e diversos objetos representacionais. Descrevemo-las a seguir, procurando manter o nexos com as categorias da revisão de literatura do banco de dados *Scielo*.

Duas pesquisas sobre as RS da aids e da soropositividade foram realizadas com as PVHA. A primeira objetivou conhecer as RS da soropositividade para portadores e sua influência na adesão ao tratamento. Cardoso e Arruda (2004) entrevistaram 32 soropositivos para HIV, no Rio de Janeiro/RJ, sendo que 16 apresentavam aderência ao tratamento e os outros 16 falhavam na adesão terapêutica; em cada grupo havia oito

homens e oito mulheres. As autoras constataram que o grupo dos aderentes tinha maior grau de informação, de apoio familiar e social, dava mais importância à relação com o médico assistente e maior comprometimento com o tratamento. Para estes, a soropositividade foi difícil de aceitar pela imediata associação com a morte, depois se tornou uma condição mais adaptada à sua realidade. O cotidiano reflete um enfrentamento combativo da doença, que procura lidar com as regras das medicações e as perdas afetivas/sexuais. A vida se tornou mais regrada, com pensamentos positivos e valorização do apoio familiar e do médico. Os não-aderentes apresentavam atitudes de evitação, pouca familiaridade com a doença e o tratamento. A questão da soropositividade é tida como extremamente perturbadora, como se ainda estivessem sob efeito imediato do diagnóstico. As estratégias de enfrentamento da doença são focadas na fuga emocional, minimizando as limitações da doença e não desenvolvem práticas para adequar a tomada da medicação na rotina diária.

Algumas diferenças da RS não foram encontradas na divisão dos grupos pela adesão ao tratamento, mas pela questão do gênero. Quanto à percepção do risco em serem infectados pelo HIV, os homens acreditam que se contaminaram por descuido, ou pecados, ou pela crença da própria imunidade. As mulheres não se responsabilizaram, atribuindo o risco a fatalidades. Outra diferença foi quanto ao apoio familiar ao noticiarem sua soroconversão; todos os homens aderentes receberam algum tipo de apoio, mas apenas um terço das mulheres deste grupo foi apoiado e não recriminado. A situação é mais crítica no grupo dos não-aderentes, todos os integrantes deste grupo revelaram sua sorologia, porém receberam pouco apoio familiar; entre os homens, apenas a metade relata ter sido apoiado e, entre as mulheres, apenas um quarto das participantes. Em relação às mudanças na vida decorrentes da soropositividade, os homens noticiaram perdas importantes, por exemplo, amigos, emprego ou planos, mas relataram também mudanças psicossociais positivas, agregando novos valores, ganhos religiosos ou diminuição do consumo de substâncias psicoativas. Entretanto, as mulheres falaram apenas de perdas relacionadas à sexualidade, à saúde, à alegria, e vivências como preconceito, medo e sentimento de estranheza.

Em relação à objetivação e à ancoragem da RS da soropositividade para os portadores e a sua relação com a adesão ao tratamento, Cardoso e Arruda (2004, p. 155) postulam:

Vamos observando como os pacientes aderentes têm uma familiaridade com sua doença e seu tratamento. Existe a *objetivação* da ação do medicamento destruindo o vírus, o que leva a uma clara procura de informações e a uma participação ativa no

tratamento. (...) *Ancoragem*, ocorre como uma forma de se obter um controle sobre o que acontece com o próprio sujeito. O paciente incorpora, então, parte da linguagem do universo reificado da ciência, que ajuda, transmite segurança.

(...) Nos não aderentes há uma aparente pouca familiaridade com a doença. Não observamos uma ancoragem no pensamento científico. Tomar remédio seria perder o controle sobre o próprio corpo em função dos efeitos colaterais.

A outra pesquisa referente ao endogrupo baseada na TRS reflete uma tendência atual da epidemiologia da aids: a infecção em pessoas idosas. Brasileiro e Freitas (2006) investigaram as RS da aids para soropositivos acima de 50 anos com o objetivo de subsidiar novas formas de prevenção e controle da doença. Participaram das entrevistas nove PVHA que se encontravam internadas em um hospital em Goiânia/GO, dentre estas, quatro mulheres e cinco homens, com baixa renda e escolaridade. Encontraram como sistema periférico a falta do diagnóstico precoce, visto que médicos não suspeitam que idosos podem estar infectados pelo HIV, e a comparação com o câncer, que apresenta duas conotações: uma positiva em relação à aids, em que o câncer é uma doença fatal e pior do que a aids; e uma negativa, falando da dificuldade em aceitar a aids, ao afirmarem que o câncer é melhor, pois não está associado à representação de doença homossexual. Apontam como núcleos mais próximos do centro a representação da dupla discriminação, tanto pela doença como pela idade. A discriminação é vista como natural ao se representar o outro como o diferente que subverte o *status quo* das relações sociais, portanto há uma permissão para os maus tratos e a subordinação dos grupos discriminados. O núcleo central da RS é a associação entre aids e morte, figuradas na peste, acarretando exclusão social. Essas representações revelam o isolamento social, pelo medo ou experiência vivida de discriminação, pela velhice, por falta de trabalho e de perspectivas objetivas no cotidiano, pela dificuldade de manter o tratamento e a desconfiança em relação aos profissionais de saúde.

A relação entre profissionais de saúde e PVHA foi tema de três pesquisas envolvendo a TRS. Rodrigues, Sobrinho e Silva (2005) investigaram as RS da aids para 100 cirurgiões dentistas da cidade de Natal/RN e sua relação com biossegurança e atendimento a portadores de HIV. Todos os participantes tinham informações sobre a doença e sua forma de infecção e prevenção. Quanto ao atendimento a soropositivos, 68 profissionais os atenderiam, 29 não os tratariam e três tinham dúvidas. Dentre os que não prestariam o serviço à PVHA, as razões apresentadas foram: falta de informação sobre o

tema, de condições psicológicas, de condições de biossegurança no local de trabalho; entendimento que esses pacientes podem se tratar em consultórios a eles destinados na rede pública; e também por uma questão de preconceito admitido pelo profissional. Dentre os 68 cirurgiões dentistas que prestariam o serviço ao portador do vírus, quando perguntados sobre as práticas de biossegurança, 57 deles usariam procedimentos especiais para esse atendimento, constatando-se uma divergência entre discurso e prática. Tais procedimentos especiais são desnecessários, visto que todos os pacientes tendem a ser vistos como potenciais portadores de patologias, então as técnicas de biossegurança devem ser executadas para todos, não havendo práticas específicas para soropositivos. Na observação direta no local de trabalho destes profissionais, os autores perceberam que o uso de luvas, um dos procedimentos mais citados pelos participantes da pesquisa, não era praticado no cotidiano. No imaginário desses dentistas, eles nunca atenderam um paciente portador do vírus, como se fosse possível identificá-los simplesmente a olho nu. Rodrigues, Sobrinho e Silva (2005, p. 470) comentam sobre a relação entre discurso e práticas nas RS:

*/.../ as representações não se esgotam no manifesto e não se restringem ao falar, mas têm de ser buscadas nas relações deste com o dizer. O dizer, muitas vezes irrompe ou faz sentir sua presença, na sutileza dos silêncios, dos risos, das hesitações ou de outros tantos mecanismos. Foi possível constatar muitas contradições entre o dizer e o fazer, no discurso retórico, construído para convencer e influenciar a ação e a prática. Essas contradições são, no entanto, inerentes às representações sociais.*

A relação profissional de saúde das unidades de atendimento às PVHA e seus pacientes foram investigadas por Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Castanha (2006), na cidade de João Pessoa/PB. O instrumento de pesquisa foi um questionário com dados sócio-demográficos e questões de evocação com três termos indutores: aids, atendimento e tratamento. Os participantes foram 61 profissionais, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Os profissionais entre 24 e 33 anos associaram a aids à morte e a depressão e o atendimento com características de objetividade, rapidez e precariedade. Esses elementos representacionais demonstram limitações provavelmente devidas à pouca experiência no campo, enquanto que os profissionais com mais de 44 anos representam o atendimento pelas idéias de compreensão, apoio e informação. Essa distinção de representações se deve provavelmente ao tempo de experiência laboral. Quanto aos grupos profissionais, os da área de humanas demonstram maior preocupação com a subjetividade do atendimento, apesar da prática refletir pouco tempo para a escuta

do paciente, pois é priorizada a coleta de dados pela anamnese. Já entre os da área médica, há presença de representações associadas à promiscuidade, que podem gerar preconceitos contra os pacientes. Tanto as representações dos psicólogos e assistentes sociais quanto às dos médicos e enfermeiros podem dificultar as relações entre eles e seus pacientes, “o estigma trazido pela AIDS, aliado ao medo e sobrecarga profissional, faz emergir uma realidade precária nos serviços de saúde coletiva que dão assistência à AIDS” (Ribeiro et al., 2006, pp. 80-81).

O último artigo que investigou as RS de profissionais de saúde se refere a um tema muito atual na vivência psicossocial da aids, as parcerias sorodiscordantes. Estas relações se dão quando um dos parceiros é soropositivo para o HIV e o outro é soronegativo. Fernandes e Horta (2005) pesquisaram as percepções de seis alunos do segundo semestre de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo sobre as parcerias sorodivergentes. Utilizaram um procedimento com três etapas: técnica de desenho projetivo com tema, cuja solicitação foi desenhar um casal onde, nessa relação um é soroconvertido e o outro não, após o desenho, os alunos escreveram uma estória no verso do desenho e explicaram verbalmente a atividade; a segunda etapa foi a exibição de um vídeo produzido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, cujo conteúdo era a vivência de várias parcerias sorodiscordantes; no último momento discutiu-se o papel da Enfermagem frente às parcerias discordantes. Todos os participantes relacionaram o casal como modelo heterossexual, isto é, um homem e uma mulher. A imagem do casal ideal permeou o pensamento dos participantes, refletindo a dificuldade social na aceitação das parcerias homossexuais, que são sujeitas a preconceito e discriminação. O tema mais discutido foi relativo à morte ou à manutenção da vida (Fernandes & Horta, 2005, pp. 527-528):

O preconceito existente em torno da aids é, por vezes, um dos principais fatores desencadeantes do medo da morte e, conseqüentemente, do afastamento do parceiro. /.../ As parcerias sorodiscordantes para o HIV/aids é um novo problema de saúde pública. Desse modo, novas inquietações surgem e também novos desafios. /.../ Nem bem se adapta à realidade da existência do HIV/aids, muito menos nas relações familiares, quiçá conseguir compreender a complexidade da diferença sorológica na vida afetivo-sexual de casais.

Os participantes são estudantes de Enfermagem e carregam consigo as representações sociais dos seus grupos originários sobre a aids, cuja análise dos discursos conotou que eles pensam o fenômeno com alguns preconceitos, sentem medo do que é

conhecido, porém não é próximo da sua vivência pessoal, e não sabem agir frente às parcerias sorodiscordantes, devido à limitações pessoais e acadêmicas.

Em relação ao exogrupo, uma pesquisa investigou as RS do medo entre adultos de classe média, de ambos os sexos, para tratar da questão metodológica do consenso que uma representação possui para determinado grupo social e analisar a questão do gênero na construção dessas RS. O estudo de Roazzi, Federicci e Carvalho (2002) teve duas fases, a primeira apresentou uma questão de associação livre com o termo indutor medo, na qual participaram 60 sujeitos; a segunda fase foi a de classificação livre e dirigida para os 20 termos obtidos na primeira etapa, neste momento participaram 72 sujeitos, sendo 34 homens e 38 mulheres. No que tange ao nosso tema, ele foi relacionado com saúde conjuntamente com os termos morte, doença, sangue e dor. Segundo os autores, a aids é um termo central na categoria da saúde que é importante fonte de temor para os sujeitos e possui alta correlação positiva com os outros termos encontrados na categoria, como se a saúde, especificamente a aids, desempenhasse um papel importante na explicação dos outros medos. “Portanto, poder-se-ia até falar na Saúde, especificamente na AIDS, como um elemento consensual do medo na sociedade contemporânea” (Roazzi et al., 2002, p. 190).

Outros dois temas vistos na categorização da revisão de literatura são: a interiorização da epidemia e sua heterossexualização, e foram estudados por Alves (2003) ao acessar as RS de homens pobres residentes na zona da mata de Pernambuco sobre suas práticas sexuais e de prevenção de DST/aids, visando conhecer a cultura sexual deste grupo. Os entrevistados foram 21 homens com baixa escolaridade e renda. Para estes participantes, a primeira experiência sexual tem caráter de aprendizagem, pois não havia afeto envolvido e foi realizada com profissionais do sexo ou mulheres separadas ou viúvas. O uso de preservativo é inconstante, não sendo necessário com a esposa, pois acreditam na fidelidade dela e quando há uma relação extraconjugal, em relação aos casados, relatam o uso da camisinha, se a parceira for estranha ou tiver algum sinal de doença. O mesmo acontece com os solteiros, pois conhecer a parceira concorre com o uso do preservativo, “transa-se com camisinha ou com mulher conhecida” (Alves, 2003, p. 436). As RS desses homens estão centradas no papel tradicional de gênero, sendo o homem maduro aquele que casa e tem filhos, já as imagens femininas estão divididas nas moças para casar e nas outras para ter prazer. As práticas sexuais dentro do casamento são tradicionais, sendo o sexo oral e anal feitos com mulheres da rua. No tocante à aids, o discurso é ambíguo e confuso, revelando a vulnerabilidade desse grupo para a doença, com informações

imprecisas e inconsistentes. O preservativo é tido como negativo e seu uso é irregular. As DST são vistas como algo não grave, pois são associadas à virilidade, e em relação à aids, os participantes não se sentem vulneráveis, pois a vêem como doença do outro, distante do seu grupo.

Ainda referente ao exogrupo, mais especificamente aos temas da vulnerabilidade feminina e das profissionais do sexo, foram realizadas três pesquisas que descreveremos a seguir. Nascimento, Barbosa e Medrado (2005) acessaram as RS da aids para 16 mulheres casadas e de baixa renda, da cidade de Camaragibe/PE, pertencente à região metropolitana da capital do Estado. Por meio das entrevistas realizadas, os autores encontram um papel social de esposa bem definido, não se identificando como vulnerável à aids, pois esta ainda é vista como uma doença do outro, de grupos minoritários. Nenhuma dessas mulheres acredita que se infectará com alguma DST, devido à confiança no parceiro, na sorte e na fé em Deus, gerando um pensamento de imunidade absoluta para qualquer doença ligada ao sexo. Mesmo aquelas que já foram expostas a alguma doença em decorrência do comportamento do marido resignam-se na imutabilidade das características masculinas. As falas sobre aids não foram precisas e o uso de preservativo não ocorre de forma alguma. As RS da aids estão associadas aos grupos de risco, mais precisamente a profissionais do sexo e homossexuais, portanto, uma realidade distante para elas. Estas representações propiciam um aumento da vulnerabilidade dessas mulheres à infecção pelo HIV.

A evitação do uso do preservativo não é apenas uma prática de mulheres casadas. Oltramari e Camargo (2004) investigaram as RS de 40 mulheres profissionais do sexo que trabalham em locais específicos de prostituição, como bares, boates ou apartamentos, na cidade de Florianópolis/SC. Estas participantes foram divididas em dois grupos, 18 que tinham parceiro fixo não-cliente e 22 que não apresentavam esta característica. As entrevistas revelaram que a aids é vista como uma doença relacionada ao Outro. As profissionais mais jovens e sem parceiros fixos percebem os possíveis parceiros com desconfiança e a aids é associada a eles. As mais velhas e com parceiros fixos percebem os clientes como risco à infecção, mas o não uso do preservativo pode ocorrer quando o parceiro fixo faz o exame e o seu resultado é negativo, dando uma segurança imaginária para essas mulheres. A segunda dimensão é a aids como uma ameaça generalizada às pessoas. Pela proximidade da doença em pessoas conhecidas, principalmente outras profissionais do sexo, a aids é vista como próxima a todas as pessoas. Em contraposição, a aids está relacionada à prática do sexo desprotegido, ou por rompimento do preservativo,

ou porque o cliente quebra o pacto e retira a camisinha. A última dimensão encontrada nessa análise é a aids como doença relacionada ao uso de drogas e à pessoas suspeitas; a doença é tida como mais próxima das travestis e profissionais do sexo que trabalham nas ruas e os homens casados que saem com essas pessoas. O uso de drogas foi atribuído a esses grupos. Os resultados encontrados na pesquisa de Guimarães e Merchán-Hamann (2005) corroboram com os descritos acima. O uso do preservativo é negociado com os clientes, mas não é praticado com parceiros afetivos fixos. Os autores acrescentam que as RS da prostituição lentamente estão mudando, o que antes era de alívio dos impulsos sexuais masculinos, preservando as moças de família das investidas sexuais dos homens, passa para a comercialização de fantasias eróticas, que vão além da prática do ato sexual em si. Porém, o estigma que envolve as mulheres profissionais do sexo ainda as mantém submissas às situações de violência social e vulnerabilidade a infecção pelo HIV.

Os adolescentes também foram foco de atenção para as pesquisas sobre RS, tanto sobre informação e prevenção quanto sobre a convivência com a soropositividade. Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005) objetivaram acessar as RS da aids para seis adolescentes soropositivos e nove soronegativos para o HIV, todos pertencentes à famílias de baixa renda que se consultavam num hospital escola na cidade do Rio de Janeiro/RJ para correlacioná-las com as práticas de prevenção. As entrevistas foram realizadas em 2000. A aids foi representada pelos adolescentes como uma doença incurável e, ao surgirem os sintomas da doença, torna-se fatal. O tratamento é entendido como uma forma de evitação do aparecimento da sintomatologia. Quanto ao viver com aids, foi tido como insuportável pelos dois grupos, com ideação suicida, desespero, sentimento de abandono, falta de sentido na vida, impossibilidade de viver, medo de se relacionar com o outro, do preconceito e discriminação e o risco de transmissão para outras pessoas. Os adolescentes soropositivos relataram manter segredo da sua condição sorológica por medo de exclusão social, evitando o abandono. Em relação aos soronegativos, a idéia de grupos de risco e doença do Outro perpassam a prática, de forma que o uso do preservativo só é necessário enquanto não há familiaridade na relação. Depois que se conhece mais o parceiro, o uso da camisinha é dispensável. Assim, as trocas de parceiros e as relações casuais foram apontadas como entraves para o estabelecimento de uma relação de confiança. Quanto à divergência entre informações e práticas, os autores postulam:

Ao analisarem a alta vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/AIDS, aponta-se que o conhecimento que os mesmos têm sobre a AIDS diz pouco respeito àquilo que sentem e vivem no seu cotidiano. Ou seja, há informação, mas pouca abrangência e

efetividade da comunicação com os jovens sobre o assunto, na medida em que essa comunicação não encontra ancoragem nas representações dos adolescentes (Thiengo et al., 2005, p. 74).

O nível de conhecimento foi um dos pontos analisados na pesquisa de Camargo, Barbará e Bertoldo (2007), que investigaram as RS da aids para 262 estudantes do nível médio da rede estadual de educação de Florianópolis/SC. Quanto à estrutura das RS da aids, figuram os prováveis elementos no núcleo central: morte, doença, sexo, preservativo, prevenção, medo e sofrimento. No sistema periférico: preconceito, irresponsabilidade e descuido. Outros elementos que compõem o sistema periférico, mas não são indispensáveis para a RS da aids são: medicamentos, cura, culpa, família, preocupação e tristeza. Estes servem para ligar os conceitos centrais ao cotidiano, numa adaptação ao contexto do grupo. Em relação à organização da estrutura da RS da aids para os adolescentes participantes da pesquisa, os autores afirmam:

Verifica-se uma forte conexão dos elementos: morte, doença e sexo com os outros elementos da representação e entre si, o que evidencia papel organizador destes três elementos para o significado acerca do objeto da representação. O elemento morte organiza as idéias de tristeza, preconceito e medo; o elemento doença remete idéia de prevenção; e o elemento sexo organiza drogas e preservativo. A forte conexão entre os elementos centrais: morte, doença e sexo; indica que a noção da aids como doença sexual mortal ainda persiste, (...) no entanto organiza outras noções, também centrais, tais como a da aids como ameaça (medo e preconceito), como fonte de infelicidade (tristeza) e como doença que pode ser evitada pelo preservativo ou adquirida pelo uso das drogas (Camargo et al., 2007, p. 282).

Em relação ao conhecimento, no geral, os adolescentes foram considerados bem informados sobre o HIV/aids, apresentando bons escores nos testes de conhecimento científico.

Finalizando, acrescentamos uma descrição da dissertação de mestrado de Lima (2006), que se inspirou na pesquisa de Naiff (1999) e analisou os artigos de uma revista semanal com distribuição nacional para identificar as RS da aids e seu processo de divulgação na mídia. Como parte do seu trabalho, a autora correlacionou aids e adolescência, analisando estes conteúdos separadamente.

Lima (2006) constata uma mudança nas RS divulgadas na revista: se antes estava mais ligada à morte e ao medo, hoje esta visão se restringe aos portadores e seus familiares. Atualmente, fala-se mais em prevenção, apesar da representação antiga não ter desaparecido. A aids como doença do outro, do desviante, do estrangeiro permanece no discurso da mídia brasileira. No intuito de incentivar a prevenção, o discurso médico-científico e o religioso se investem de poder para controlar o comportamento sexual dos jovens e do mundo moderno, tido como uma sexualidade impura. Assim, o que antigamente era privado, com a doença se torna um problema discutido publicamente. Em relação aos jovens, o discurso da mídia estudada os relaciona com imaturidade, rebeldia, comportamento transgressor e vulnerabilidade frente à infecção ao vírus. São representados como sujeitos que não têm capacidade de se prevenir.

#### **4 – Uma tentativa de articulação: preconceito, aids e representações sociais**

Esta revisão de literatura nos permite traçar uma perspectiva histórica do fenômeno social aids desde o seu surgimento até os dias atuais, por meio da análise dos artigos científicos do banco de dados *Scielo*. A seguir, fazemos alguns apontamentos para integrar o caminho percorrido.

A aids surge como uma doença própria dos grupos de risco, restabelecendo julgamentos morais sobre comportamentos desviantes, cujo castigo é uma patologia fatal. O preconceito, estigma e discriminação que atingem a doença, derivam da perseguição histórica aos grupos desviantes, que primeiramente foram identificados como de risco para a infecção da doença. Com o surgimento do coquetel, houve uma melhora na condição de vida do portador do vírus, não mais o predispondo para a morte física. Aparece a possibilidade de continuar vivo e retornar a ocupar seu lugar no mundo.

Tida atualmente como doença crônica, ainda não está livre das representações sociais do passado. Se não é associada à morte física, o portador vivencia uma morte social decorrente do estigma da aids e o medo que ela gera nas pessoas do endo e exogrupo. As pesquisas revelam a persistência do medo, do preconceito e da discriminação nos campos das relações interpessoais e intergrupais. A cidadania é vivida clandestinamente, pois o segredo da condição sorológica é a forma encontrada pelas PVHA de evitarem a exclusão social.

A disseminação da epidemia atingiu diversos setores sociais, e a doença foi e ainda é vista como uma característica do Outro, como nos revelam os artigos baseados na TRS. A prática preventiva só ocorre quando o grupo representa o objeto como próprio do seu

meio e, mesmo assim, não se assumiu a aids como característica de sua própria realidade. Ela é sempre uma doença do Outro, quem quer que eles sejam: um grupo de risco distante das nossas relações sociais ou um subgrupo que distinguimos para afastar a responsabilidade e a proximidade com a morte, o medo, e a doença – que são elementos de RS da aids desde o seu surgimento até os dias atuais.

Nestas seções ressaltamos a possibilidade do estudo das RS das PVHA e do preconceito. Este é analisado numa perspectiva ético-histórica que se expressa nas práticas sociais sustentadas por representações sociais, uma vez que estas, enquanto conhecimento de senso comum, orientam as práticas cotidianas.

Desenvolvemos uma metodologia para responder à seguinte pergunta de pesquisa: As RS acerca das PVHA mediam as relações sociais entre grupos sorodiscordantes? Esta questão, na construção empírica de nossos estudos será assim desdobrada:

- 1) Quais são as RS dos universitários do Distrito Federal acerca das PVHA?
- 2) As RS acerca das PVHA estão impregnadas por preconceitos?
- 3) A dimensão atitudinal das RS se diferencia em função das formas de infecção pelo vírus?
- 4) Qual o impacto das RS acerca das PVHA no cotidiano das casas de apoio as essas pessoas?

Esta pesquisa tem como hipótese que o preconceito media a natureza das relações sociais dos sorodiscordantes com as pessoas que vivem com HIV/aids. Com base na literatura, elaboramos a hipótese que há distinção entre as diversas formas de infecção na atitude preconceituosa. Também, estimamos que o cotidiano das casas de apoio resente o preconceito de seus vizinhos. Assim, propõe-se examinar a natureza do preconceito e os elementos das RS que o ancoram, bem como sua manifestação nas relações grupais e identificar a existência de preconceito quanto à forma de infecção<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília; registro de processo 063/2009.

## CAPÍTULO 4

### ESTUDOS EMPÍRICOS

Para responder às indagações de nossa pesquisa, utilizamos os pressupostos da TRS e a nova proposta de Moscovici (2009) sobre preconceito. Consideramos as RS não apenas como um reflexo da realidade ou uma atitude ou predisposição ao comportamento, mas a realidade em si mesma, reapropriada e reestruturada pelo grupo e pelo indivíduo, permitindo acessar as práticas sociais, compreender a realidade, definir a identidade dos grupos e indivíduos, identificar a prescrição dos comportamentos e práticas das pessoas e justificar suas ações e tomadas de posição (Abric, 1998). Compreendemos o preconceito social como conceitos e imagens sustentados historicamente por crenças que se expressam no senso comum sobre a natureza dos grupos sociais.

Investigar o que e por quê os indivíduos pensam sobre um determinado objeto, permite-nos acessar suas RS, as quais se constroem dialeticamente em um duplo processo, que envolve a objetivação e a ancoragem. Nessa construção, erige-se um núcleo figurativo em que cada figura (objetivação) tem um sentido (ancoragem) e vice-versa. Nesse processo dialético, transforma-se o que não é familiar em familiar, sendo que a objetivação opera na transformação de um conceito abstrato, complexo ou novo em imagem concreta e significativa. A ancoragem corresponde à assimilação de novos elementos do objeto representado em um sistema de valores e de categorias pré-existentes.

Esta pesquisa centra-se apenas sobre duas das três dimensões das representações sociais: atitudes e campo representacional. A terceira dimensão - informação - é aqui abordada somente quanto à existência de informação sobre aids e aos principais meios de obtenção dessa informação, uma vez que esta dimensão tem sido amplamente investigada e dispomos de uma base de dados considerável na literatura científica disponível. A este respeito, vários estudos (Herzlich e Pierret, 1992/2005; Lima, 2006; Naiff, 1999) destacaram a disseminação das informações e níveis de conhecimento acerca da aids e o papel da mídia na veiculação dessas informações e de seu papel na formação das RS da aids.

Na mesma direção, outro recorte da pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/aids, nos anos 1998 e 2005, foi realizado por Ferreira e GEPSAIDS (2008), para descrever o nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/aids, comparando os resultados desses anos (os dados da amostra foram relatados na seção anterior - cf. Garcia et al., 2008). A partir do

cruzamento entre nível de informação HIV/Aids e percepção risco, foram criados quatro grupos: grupo 1 – sem informação e sem percepção de risco; grupo 2 – sem informação e com alguma percepção de risco; grupo 3 – com informação e sem percepção de risco; e grupo 4 – com informação e com alguma percepção de risco. Na comparação entre os anos investigados, houve aumento da porcentagem da população que atingiu o nível mínimo de informação sobre HIV/aids, de 51,7% para 57,2% da amostra. Os autores também constataram aumento do nível de informação em relação ao uso de camisinha como forma de prevenção; a percepção do compartilhamento de seringas e agulhas como fator de alto risco de contaminação pelo HIV; e a percepção do coito interrompido e do sexo oral como passíveis de risco para a infecção. Entretanto, houve uma diminuição da população bem informada sobre o risco de transmissão do HIV no contato social com as PVHA, assim como queda da informação para a camisinha feminina. Quanto à raça/etnia, o grupo dos brancos aumentou o grau de conhecimento em relação ao vírus e à doença, distanciando-se mais do grupo dos negros, que se manteve estável em relação à informação. Quanto à situação socioeconômica, houve aumento de pessoas minimamente informadas nas classes A e B, enquanto nas classes C, D e E existiu uma constância.

Em relação à percepção de risco, houve diminuição de pessoas que declararam possuir algum tipo de risco frente à transmissão do vírus, passando de 51,1%, em 1998, para 33,8%, em 2005. Assim, Ferreira e GEPSAIDS (2008) constataram uma diminuição de pessoas integrantes do grupo com posição mais adequada em termos de aspectos cognitivos da vulnerabilidade em relação à epidemia - grupo 4: pessoas com informação e alguma percepção de risco. Enquanto que o grupo sem informação e sem percepção de risco - grupo 1 - aumentou em frequência. Quanto à escolarização, pessoas com nível superior apresentaram maior quantidade de informação e percepção de risco, distribuindo-se da seguinte forma entre os grupos: no grupo 1 – 13%; no grupo 2 – 25%; no grupo 3 – 23%; e no grupo 4 – 39%. A falta de percepção de risco mostrou-se associada à duas variáveis - *relações estáveis* e *pessoas não sexualmente ativas* -, mesmo quando eram bem informadas quanto ao HIV/aids. As pessoas com relações eventuais ou esporádicas ficaram distribuídas de forma regular entre os quatro grupos, apontando para outras variáveis que interferem na percepção de risco.

A variável *conhecer pessoalmente algum portador do HIV* afetou a auto-atribuição de percepção de risco da amostra. Os participantes que declararam conhecer PVHA apresentaram maior percepção sobre o próprio risco do que os que não conheciam

portadores, tanto nos grupos bem informados quanto nos que não tinham conhecimento mínimo adequado. A questão do contato social com PVHA foi uma das causas da classificação dos participantes de 2005 nos grupos sem informação mínima se comparados aos sujeitos de 1998. Os autores atribuem essa alteração à mudança na pergunta do questionário referente a este item (Ferreira e GEPSAIDS, 2008).

Em 2005, não se constatou distinção em função da variável sexo sobre o nível de informação e percepção de risco. Os jovens entre 16 e 24 anos não apresentaram crescimento significativo de conhecimento em relação ao HIV/aids. Houve um crescimento preocupante do número de pessoas que declararam não apresentar risco frente à infecção pelo HIV.

Os autores ressaltam a diferença entre informação e conhecimento da seguinte forma:

A construção do conhecimento sobre Aids não está restrita a questões informativas, mas envolve também a percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e capacidade de assimilação dessas informações. A transformação desse conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais. O poder do conhecimento na mudança de comportamento depende das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo (Ferreira e GEPSAIDS, 2008, p. 66).

Dessa afirmação, podemos apreender que a informação é importante para a orientação do comportamento individual perante um objeto ou situação, contudo não é a única dimensão que o determina. Assim, o nível de informação sobre aids não é suficiente para que o indivíduo pratique um comportamento de proteção perante a infecção, como foi visto em alguns estudos anteriormente citados com base na TRS. Essa teoria pressupõe que a representação é constituída pelas dimensões da informação, atitude e campo representacional, as quais estão intimamente ligadas para viabilizar uma coerência entre o comportamento do sujeito e as “teorias” que seu grupo social adota. Conforme Moscovici (1961/1978, p. 49):

Portanto, se uma representação social é uma ‘preparação para a ação’, ela não o é somente na medida em que guia o comportamento, mas sobretudo na medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar. Ela consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo

ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes.

Em RS sempre envolve o sujeito que representa e o objeto representado. Quanto ao objeto de representação da nossa pesquisa, pensamos inicialmente na aids. Porém, como nos propomos a estudar a relação intergrupala, não caberia usar o nome da doença para designar o grupo por ela afetado. Assim, focamos o nosso objeto no grupo de pessoas e não na patologia. Neste momento, surgiu a dúvida de como nomeá-los no âmbito da pesquisa.

Esse grupo foi denominado de diversas formas como relatou Vale (2002). No início da epidemia até o ano de 1987, os termos vítima, paciente e portador de aids foram os mais empregados. A partir daquele ano, o nome que circulou nos discursos sociais foi aidético, designando qualquer pessoa infectada pelo vírus ou que desenvolvera a doença. Este termo nomeava os sujeitos, dando-lhes uma identidade comum, caracterizada pelo estigma da doença e sua vinculação com a morte. Conforme o autor, essa categorização:

De um lado, essencialmente genérica; por outro, /.../ implicava a objetividade e a violência simbólica dos significados culturais de doença e morte, compreendidos num modo bastante negativo e associado com devastação corporal e uma finitude não desejada. Finalmente, o aidético era aquele que tinha passado sobretudo por uma trajetória moralmente condenada. Cabe lembrar os significados associados aos grupos de risco e a idéia central de promiscuidade (Vale, 2002, p. 185).

A partir de 1991, com a testagem anti-HIV e o surgimento dos primeiros medicamentos, surge o termo soropositivo assintomático designando pessoas que viviam com o vírus e ainda não desenvolviam a doença. Estas eram empregadas na tentativa de neutralizar os significados morais que constituíam a identidade social do aidético. Esse nome foi privilegiado pelos profissionais de saúde, pois constituía uma imagem formada pela prática clínica e pelos portadores que queriam a diminuição do estigma. Soropositivo era empregado junto com categorias sexuais, usadas no diagnóstico epidemiológico – homo, hetero ou bissexual.

Os movimentos sociais no combate ao preconceito, ao estigma e às barreiras do segredo que envolvia a identidade sorológica dos portadores denominou os sujeitos infectados pelo vírus como pessoas que vivem com HIV/aids, numa tentativa de evitar a morte civil atrelada ao diagnóstico. Assim, estar infectado não significava estar prestes à morte. Contudo, Vale (2002) afirma que a imprensa nem sempre acompanhou essas mudanças, adotando categorias antigas e primárias em relação à epidemia. Podem até ter

variado, mas as categorizações iniciais da aids construíram representações culturais da doença e do doente que permanecem atualmente.

/.../ os significados do aidético tiveram e têm um efeito simbólico dominante se comparados aos outros termos. Seus significados e usos se disseminaram pelos mais diversos grupos sociais, inclusive nas esferas intelectuais. Como boa parte do conjunto de representações culturais da AIDS, a identidade estigmatizada do aidético manifestava, sobretudo, uma forma de violência simbólica que a imprensa produziu ao longo de todos esses anos (Vale, 2002, p. 187).

Pelo exposto, o objeto de representação da pesquisa foi chamado “aidético”. Optamos por este termo ao invés de soropositivo ou “pessoa que vive com HIV/aids” (PVHA) por ser um nome presente no senso-comum e ainda usado cotidianamente para designar esse grupo. As RS trabalham com os conhecimentos construídos no bojo das relações cotidianas e elaborando conhecimentos de senso-comum, daí que se presume que o uso do termo aidético facilitará o acesso às RS que procuramos acessar nos estudos empíricos a seguir.

## **ESTUDO I**

### **AS ATITUDES E**

### **O CAMPO REPRESENTACIONAL ACERCA DAS PVHA**

O primeiro estudo foi construído para investigar as dimensões atitudinais e o campo representacional acerca das PVHA presentes nas relações entre grupos sorodiscordantes. Posteriormente, correlacionaremos estes resultados aos do segundo estudo, que trata das práticas relacionais entre grupos sorodiscordantes.

Com o objetivo de sistematizar o estudo, utilizamos uma escala de distância social para mensurar a desejabilidade da interação intergrupar sorodiscordante, tanto quanto distinguir essa desejabilidade com relação às formas de infecção que as pessoas que vivem com HIV/aids se expuseram à doença <sup>4</sup> uma escala de expressões emocionais em relação a esse grupo.

Na revisão da literatura, no banco de dados *Scielo* usando como parâmetro o termo *aids*, as escalas encontradas se referem à auto-eficácia para adesão ao tratamento (Costa et al., 2008; Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro & Silveira, 2002), às atitudes perante a *aids* (Moriya, Gir & Hayashida, 1994; Silva Filho, Godinho, Reis & Pacheco, 2007), à qualidade de vida das PVHA, sendo os mais utilizados o WHOQOL 100 e sua versão reduzida, o HAT-QoL (Fleck, 2000; Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado, 2004; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), ao comportamento de risco frente à *aids* (Pinto, Veloso Filho, Wainberg, Mattos e Meyer-Bahlburg, 2007) e à avaliação do suporte social (Seidl & Tróccoli, 2006).

Na base de dados Jstor, com o termo distância social, encontramos duas pesquisas referentes à *aids*. Chan, Stoové, Sringernyyuang e Reidpath (2008) pesquisaram sobre o estigma da *aids* e a distância social em estudantes de enfermagem tailandeses. Porém, no escopo do artigo, não apresentaram os itens da escala. Lee, Campbell e Mulford (1999) utilizaram uma escala baseada naquela proposta por Bogardus, em que sugeriram o contato com 12 grupos, dentre estes, homossexuais masculinos e femininos. O seu objetivo foi investigar se universitários responsabilizam a vítima da *aids* pelo seu comportamento sexual desviante. Encontraram uma significativa correlação direta entre as variáveis gênero e desejo de distância social e a tendência a responsabilizar a PVHA.

---

<sup>4</sup> No texto desta dissertação não serão apresentados os resultados relativos à Escala Expressões Emocionais em relação às PVHA. Estes resultados serão objeto de uma publicação em periódico científico.

A primeira escala de distância social foi elaborada por Bogardus (1925, conforme citado por Allport, 1954/1962; Álvaro & Garrido, 2007), sendo o primeiro instrumento para medir atitudes. Seu objetivo foi quantificar a distância social que norte-americanos desejavam manter dos imigrantes. Esta escala contém sete situações sociais, estabelecendo uma analogia entre a distância física e a social que os participantes julgam admissível em relação a outros grupos. Conforme Pereira (2002), essa medida está mais relacionada a estereótipos do que a preconceitos. Porém, Marques e Paéz (2006, p. 335), ao considerarem o estereótipo como uma atribuição de traços a membros de um determinado grupo, contrapõem-se à Pereira, afirmando que “vemos que as medidas de distância social correspondem menos à observação de estereótipo do que de preconceitos”. A principal limitação dessa escala original, apontada por Álvaro e Garrido (2007), é que a distância entre os diferentes pontos não são iguais, solução encontrada por Thurstone (1928, conforme citado por Lima, 1993) posteriormente.

Quando Moscovici apresentou o conceito de RS e englobou no seu contexto as atitudes, apenas como uma dimensão avaliativa e foi criticado por desconsiderar outros aspectos das atitudes (Álvaro & Garrido, 2007). Originalmente apresentado por Thomas e Znaiecki (1915, conforme citado por Lima, 1993) o conceito de atitude foi entendido como “um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social” (p. 168). Nesta definição percebemos o caráter individual das atitudes, o qual também se pode depreender na definição de Allport (1935, conforme citado por Lima, 1993), que “atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona” (p. 168). Porém este conceito foi sendo transformado e se tornou mais social em sua formulação conceitual. Na esteira da necessidade em considerar aspectos mais sociais às atitudes, Jaspars e Fraser (1984) apontam que a Psicologia cognitiva desenvolveu duas características: a origem social dos sistemas, no sentido que as representações contam com propriedades estruturais e semânticas da linguagem; e que o conteúdo da informação é representado, senão seria impossível simular entendimento de linguagem natural. Portanto, para eles, a Psicologia Cognitiva não ficou restrita às características apontadas por Moscovici (1961/1978) ao evidenciar o caráter individual do conceito de atitudes.

Sem questionar a pertinência das críticas apontadas à TRS, é preciso reconhecer que esta teoria devolveu o caráter social ao estudo da Psicologia Social. Como assinalam Jaspars e Fraser (1984), a natureza social das atitudes, como vem sendo estudada, é

diferente da natureza social das representações sociais em pelo menos três sentidos. As representações sociais são sociais quando: a) tratam a realidade social em sentido de estrutura social e cultural; b) são sociais na origem; e c) são compartilhadas pelos indivíduos e tornam-se parte da própria realidade social.

No escopo desta pesquisa, o conceito de atitude está vinculado às dimensões das RS, isto é, como formas avaliativas quanto ao caráter favorável dos indivíduos frente a um objeto social de representação. Inserido no contexto da TRS, esse conceito distingue-se das outras pesquisas, quando se investiga o processo de ancoragem das atitudes nas relações sociais que as geram. De acordo com esta premissa, estudar atitudes é estudá-las como representações sociais.

As representações sociais são sempre tomadas de posição simbólicas, organizadas de maneiras diferentes. Por exemplo: opiniões, atitudes ou estereótipos, segundo sua imbricação em relações sociais diferentes. De um modo geral, pode-se dizer que, em cada conjunto de relações sociais, princípios ou esquemas organizam as tomadas de posição simbólicas ligadas a inserções específicas nessas relações. E as representações sociais são os princípios organizadores dessas relações simbólicas entre atores sociais. Trata-se de princípios relacionais que estruturam as relações simbólicas entre indivíduos ou grupos, constituindo ao mesmo tempo um campo de troca simbólica e uma representação desse campo (Doise, 1984/2001, p. 193).

Como ressaltado no capítulo anterior, neste estudo nos centraremos prioritariamente na dimensão atitudinal, como forma de julgamentos, no nível individual, que são “instâncias pelas quais suas atitudes atualizam relações sociais e organizam-se em representações sociais” (Doise, 1984/2001, p. 200); e na dimensão do campo representacional, que se refere “à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação” (Moscovici, 1961/1978, p. 69). Para responder a nossa pergunta de pesquisa – as RS acerca das PVHA mediam as relações sociais entre grupos sorodiscordantes? – desenvolvemos este estudo com o objetivo de responder especificamente às seguintes questões:

- 1) Quais são as RS dos universitários do Distrito Federal acerca das PVHA?
- 2) As RS acerca das PVHA estão impregnadas por preconceitos?
- 3) A dimensão atitudinal das RS se diferencia em função das formas de infecção pelo vírus?

**Objetivos:**

1. Acessar a estrutura e conteúdo das RS sobre as PVHA dos universitários do Distrito Federal;
2. Identificar a presença do preconceito nas RS acerca das PVHA;
3. Identificar as atitudes em relação às PVHA e examinar se elas se diferenciam em função das formas de infecção.

**População estudada:** São estudantes universitários do Distrito Federal de duas instituições de ensino superior, sendo uma particular e outra pública.

A instituição de ensino superior privada possui duas sedes, sendo uma em Brasília e outra em Taguatinga. O instrumento da nossa pesquisa foi respondido por estudantes do período noturno, de ambas as sedes, dos cursos de Gestão Comercial e de Gestão da Tecnologia da Informação. Quanto à faixa etária, esses se dividem em: de 16 a 23 anos (33,59%); de 24 a 30 anos (32,30%); de 31 a 41 anos (25,84%); acima de 42 anos (8,27%). Em relação ao estado civil, 69% são solteiros; 25% são casados; e 6% são separados, divorciados, desquitados, viúvos ou outros. Dentre os estudantes, 19% residem em Brasília, sendo os demais 81% residentes em cidades satélites do Distrito Federal ou da região do entorno (Goiás ou Minas Gerais). Além de estudantes, 77% são trabalhadores. Quanto à renda familiar: 22% até R\$ 1.000,00; 33% até R\$ 2.000,00; 13% até R\$ 3.000,00; 12% até R\$ 4.000,00; 9% até R\$ 5.000,00; e 12% acima de R\$ 5.000,00. Apenas 14% são estudantes provenientes de escolas particulares exclusivamente (Fonte: SENAC, 2008).

Quanto aos estudantes da universidade pública do Distrito Federal, o questionário foi respondido por universitários de diversos cursos de graduação da área da saúde, exatas e humanas, tanto do período noturno quanto diurno. Em relação à faixa etária, esses se dividem em: de 16 a 23 anos (77%); de 24 a 30 anos (15%); acima de 30 anos (6,5%). A respeito do estado civil, 90,6% não são casados (solteiros, separados, divorciados, desquitados ou viúvos); 9% são casados. Dentre os estudantes, 53,4% residem em Brasília, 18,2% são residentes em cidades satélites do Distrito Federal, 7,1% da região do entorno, e 20,4% de outros Estados. Além de estudantes, apenas 29,5% são trabalhadores. Quanto à renda familiar: 22% até R\$ 1.000,00; 15% até R\$ 2.000,00; 22% até R\$ 3.000,00; 29% até R\$ 5.000,00; e 5% acima de R\$ 5.000,00. Apenas 31,8% são estudantes provenientes de escolas públicas exclusivamente, e 50% cursaram somente escolas particulares (Fonte: UnB, 2004).

**Participantes:** Trata-se de uma amostra de conveniência, todos eles moradores do Distrito Federal, em número de 169, sendo 57% do sexo masculino; 38,2% frequentando uma universidade pública do Plano Piloto, 27% uma faculdade particular de Taguatinga/DF e 25,8% uma faculdade particular em Brasília/DF.

**Instrumento:** Foi utilizado um questionário (cf. Anexo I) contendo três partes: perguntas sobre fontes de informação, questões de evocação para acessar as RS acerca da PVHA e escala de atitudes em relação à PVHA. A ordem de apresentação dos eixos que compõem o questionário foi feita tomando-se o cuidado para minimizar a interferência de uma questão sobre as seguintes.

1) Informação: perguntamos se o participante já obteve alguma informação sobre a aids. Em caso afirmativo, que distinguisse os dois meios mais importantes dentre estes: propaganda de TV, propaganda de rádio, programa de TV, panfletos, revistas ou jornais, publicações científicas, conversas com amigos, palestras, conversa com profissionais de saúde, ou outros.

2) Evocação: pedimos que o participante listasse pelo menos quatro palavras, após o termo indutor “aidético”. Depois, que selecionasse as duas palavras mais importantes e dentre essas, escrevesse qual a mais importante e por quê.

3) Escala de Distância Social (EDS): Por distância social entendemos não apenas a distância física, mas a distância desejada de um grupo para outro. Esta escala foi composta de 20 itens que remetem a diferentes atores sociais, com maior ou menor proximidade (parentes, parceiros afetivos e sexuais, amigos, vizinhos, colegas de escola, colegas de trabalho, associado do mesmo clube ou igreja) e a diferentes formas de infecção (por transfusão sanguínea, relações homossexuais e heterossexuais, drogas injetáveis e transmissão vertical). Para sua construção foram extraídos quatro itens da Escala de Distância Social (EDS) de Bogardus (1925, conforme citado por Allport 1954/1962), cinco itens da Escala de Rejeição à Intimidade (ERI) de Lacerda et al. (2002), dois inspirados na literatura pesquisada e abordagem inicial feita às casas de apoio às PVHA. Alguns dos itens foram repetidos para contemplar a forma de infecção e os atores sociais, como veremos a seguir.

A Tabela 4 apresenta os 20 itens que integram essa escala, bem como as respectivas escalas originais que os inspiraram.

Tabela 4– Itens que compõem a Escala de Distância Social adotada neste estudo.

Itens	Descrição	Fonte
1	Ter vizinho(a) aids(a) que se infectou por relação heterossexual	
2	Ter vizinho aids(a) que se infectou por relação homossexual	EDS (Bogardus,1925). Item 3
3	Ter vizinho(a) aids(a) que se infectou por transfusão de sangue	
4	Ter vizinho(a) aids(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis	
5	Ter vizinho(a) aids(a) que nasceu infectado(a)	
6	Ser vizinho de uma casa que abriga aids(a)	Literatura consultada
7	Ser colega de trabalho aids(a)	EDS (Bogardus,1925). Item 4 ERI (Lacerda et al., 2002). Item 3
8	Ter chefe de trabalho aids(a), independente de sua competência	ERI (Lacerda et al., 2002). Item 2
9	Ser membro aids(a) no clube, igreja ou outro local que eu frequento	EDS (Bogardus,1925). Item 2
10	Ter estudante aids(a) na escola que eu ou meus familiares frequentam	Literatura consultada
11	Ter amigo(a) aids(a) que se infectou por relação heterossexual	
12	Ter amigo aids(a) que se infectou por relação homossexual	ERI (Lacerda et al., 2002). Item 1
13	Ter amigo(a) aids(a) que se infectou por transfusão de sangue	
14	Ter amigo(a) aids(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis	
15	Ter amigo(a) aids(a) que nasceu infectado(a)	
16	Ter parente aids(a)	ERI (Lacerda et al., 2002). Item 5
17	Aids(a) que tem um relacionamento afetivo e sexual com outra pessoa aids(a)	
18	Aids(a) que tem um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa saudável	EDS (Bogardus,1925). Item 1
19	Pessoa da minha família que tem um relacionamento afetivo e sexual com um(a) aids(a)	ERI (Lacerda et al., 2002). Item 4
20	Eu ter um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa aids(a)	

Como o escopo teórico da pesquisa é a TRS, que estuda o senso comum, utilizou-se o termo aids(a) para se referir à PVHA. Nesse arcabouço teórico, as atitudes são consideradas como aspectos avaliativos perante o objeto representado, assim esperamos identificar atitudes favoráveis ou desfavoráveis na relação com a pessoa que vive com HIV/aids. Como os termos desfavorável, favorável ou incômodo poderiam suscitar autocríticas quanto ao assumir uma posição preconceituosa, optamos pelo termo desgosto, no sentido de não gostar, para indicar o que o participante sente, numa escala de cinco pontos, na qual 1 significa “nenhum desgosto” e 5 “forte desgosto”. A escolha por uma escala tipo Likert foi extraída da Escala de Rejeição à Intimidade de Lacerda et al. (2002) e uniformiza as distâncias sociais, questão que foi criticada por Álvaro e Garrido (2007) citada anteriormente.

A Escala de Rejeição à Intimidade de Lacerda et al. (2002) foi inspirada na Escala de Preconceito de Pettigrew e Meertens (1995). Esses autores relatam, no estudo sobre preconceito sutil, que o item referente ao relacionamento afetivo e sexual não apresentou variabilidade, tendo sido retirado da escala. Como se trata de um aspecto importante em relação à própria epidemia e a convivência com PVHA, optamos por desmembrar esse item em quatro, modificando as pessoas que se relacionariam íntima ou afetivamente com os “aidéticos”.

Assim, a Escala de Distância Social em relação às PVHA contempla oito graus de proximidade, cinco formas de infecção, com algumas variações quantos aos sujeitos e objetos das relações, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5– Elementos constituintes da Escala de Distância Social

<b>Itens</b>	<b>Sujeito da relação</b>	<b>Proximidade</b>	<b>Objeto da relação</b>	<b>Forma de infecção</b>
1	Eu	Vizinho	Aidético	Relação heterossexual
2	Eu	Vizinho	Aidético	Relação homossexual
3	Eu	Vizinho	Aidético	Transfusão de sangue
4	Eu	Vizinho	Aidético	Drogas injetáveis
5	Eu	Vizinho	Aidético	Nasceu com o vírus
6	Eu	Vizinho	Casa de abrigo	
7	Eu	Colega de trabalho	Aidético	
8	Eu	Chefe de trabalho	Aidético	
9	Eu	Membro de clube	Aidético	
10	Eu	Estudante	Aidético	
11	Eu	Amigo	Aidético	Relação heterossexual
12	Eu	Amigo	Aidético	Relação homossexual
13	Eu	Amigo	Aidético	Transfusão de sangue
14	Eu	Amigo	Aidético	Drogas injetáveis
15	Eu	Amigo	Aidético	Nasceu com o vírus
16	Eu	Parente	Aidético	
17	Aidético	Relação afet./sex.	Aidético	
18	Pessoa saudável	Relação afet./sex.	Aidético	
19	Familiar	Relação afet./sex.	Aidético	
20	Eu	Relação afet./sex.	Aidético	

Análise semântica dos itens por juízes: os 20 itens da EDS foram apresentados aos membros do *LAPsiS*, do Departamento de Psicologia Social e Trabalho da UnB, para que fosse atestada a pertinência dos itens e sua abrangência em relação ao tema. Houve concordância entre os membros e a EDS foi aplicada com vista à sua validação.

**Procedimento de coleta:** O questionário foi administrado coletivamente na universidade, em sala de aula, com autorização dos professores. Para a aplicação do instrumento contamos com o auxílio dos membros do *LAPsiS*<sup>5</sup>. Antes de responder ao questionário, foram distribuídas duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (cf. Anexo II) e recolhido separadamente apenas um, ficando o outro com o participante, de forma que não houve a possibilidade de identificação nas escalas, assegurando o anonimato dos participantes.

Para evitar qualquer resposta enviesada do participante pela desejabilidade social de não se mostrar preconceituoso para a pesquisa, foi retirado o termo preconceito do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido.

**Procedimento de análise dos dados:** Analisamos a EDS em sua estrutura fatorial, pelo método dos eixos principais, e a suas respectivas fidedignidades, medidas pelo coeficiente alfa de Cronbach. Na EDS utilizamos a rotação promax. Para a constatação de mais de um fator, foram utilizados os *eigenvalues* acima de 1, o *scree plot*, e o critério da análise paralela. Para a análise de variância, utilizamos o Teste t *Student* ou ANOVA, conforme o número de grupos analisados.

Quanto à análise dos resultados da EDS e das questões sobre informação, utilizamos o programa SPSS 15, que se trata de um pacote estatístico com análises descritivas e multivariadas.

Na questão de associação livre com o termo indutor “aidético”, utilizamos para análise o programa EVOC. Este *software* acessa o conteúdo e a organização interna das RS utilizando os critérios de frequência e ordem de evocação. Para verificar a centralidade dos elementos encontrados, calculamos a queda da frequência segundo Ribeiro (2000). Este cálculo é a diferença, em percentual, entre a frequência total dos elementos e a frequência das duas palavras mais importantes evocadas pelos participantes.

Quanto ao motivo da escolha do elemento mais importante evocado pelos participantes, utilizamos para a análise o *software* ALCESTE. Este analisa lexical e semanticamente o texto, sintetizando e organizando as suas informações mais importantes. As 169 respostas formaram as Unidades de Contexto Iniciais, com identificação das variáveis sexo e grupo universitário. Estas unidades foram divididas e classificadas em

---

<sup>5</sup> A colaboração de Danielle Coenga, Felipe Rosa, Flávia Silveira e Ívina Paiva foi fundamental para a realização desta pesquisa, a quem externamos nossa profunda gratidão.

seguimentos de textos denominados Unidades de Contexto Elementares (UCE). A análise do ALCESTE identifica as recorrências e as desigualdades, por agrupamentos lingüísticos semelhantes e repetitivos.

Como resultado, temos a Classificação Hierárquica Descendente, que forma eixos e classes de palavras em função da frequência, da associação entre as palavras e destas com suas respectivas classes. A relação entre as classes pode variar de 0 (nenhuma relação) a 1 (forte relação). Para cada classe, o programa fornece uma lista de palavras mais significativas do seu conteúdo, calculadas pelo *qui*-quadrado, assim como as UCE mais características dessa classe, o que possibilita a apreensão do seu sentido interpretativo. Também revela dentre as variáveis pré-estabelecidas, quais são as mais típicas de cada classe.

Outro resultado do ALCESTE é a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que faz uma análise fatorial das variáveis categóricas. A visualização deste resultado se dá num plano cartesiano com a aproximação e distanciamento das palavras, variáveis e classes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentaremos os resultados do Estudo I. Optamos por uma apresentação separada dos resultados, inicialmente, para posterior discussão em conjunto.

### 1. Informações acerca da aids

Todos os 169 participantes da pesquisa relataram ter algum tipo de informação sobre aids. A análise dos meios pelos quais os sujeitos acessaram informações sobre a doença está descrita na Figura 2. Utilizamos uma análise descritiva – porcentagem – para a comparação dos dados. Ressaltamos que 28 participantes não responderam esta questão.

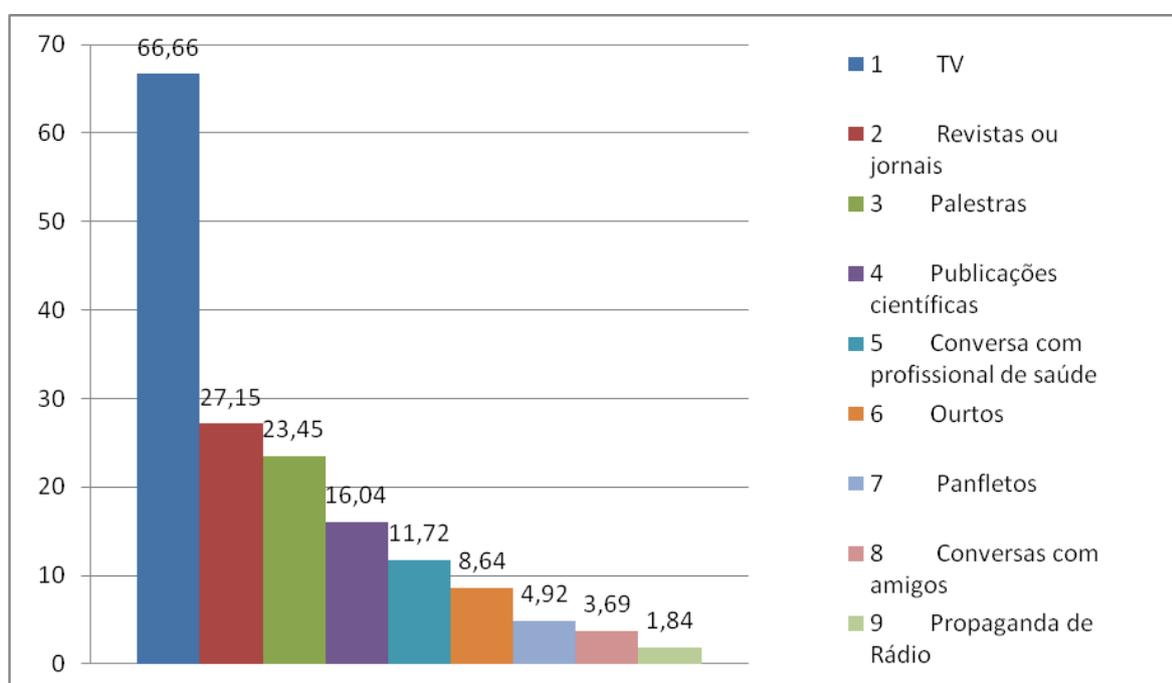


Figura 2 – Porcentagem dos meios de informação mais importantes.

O meio mais importante para obtenção de informação sobre aids indicado nesta pesquisa foram as propagandas e os programas de televisão (66,66%). Em seguida foram indicados revista ou jornais (27,15%) e palestras (23,45%). Os resultados evidenciam a televisão como um meio de comunicação importante para a disseminação de informações em relação ao HIV/aids. Como os participantes dessa pesquisa são todos universitários, o acesso a revistas ou jornais e a palestras também se mostra importante para essa função. Informações obtidas em publicações científicas foram indicadas por 16,04% dos participantes. Os panfletos e as propagandas de rádio não se mostraram veículos percebidos como informadores sobre a doença, pois apenas 4,92% e 1,84%, respectivamente, opinaram com meios importantes para conhecimento do tema. Um

aspecto chama atenção nos resultados deste estudo: os participantes não atribuíram muita importância à conversação entre amigos para obtenção de informação, apenas 3,69% consideraram essa forma de comunicação como importante para se informar sobre a doença.

Os nossos participantes, se comparados às categorias de Ferreira e GEPSAIDS (2008) em relação à escolaridade, são bem informados e, segundo aquela pesquisa, possuem percepção de risco. Em relação à qualidade das informações, a avaliação dos universitários quanto às conversas com amigos corrobora com os resultados encontrados por Camargo, Botelho e Souza (2001, conforme citado por Barbará et al., 2005, p. 336), ao constatarem que os “jovens que declararam ter os amigos como principal fonte de informação, apresentam problemas de conhecimento sobre a transmissão do HIV”. Ressaltamos que conhecimento envolve, além da informação, compreensão e assimilação dessas informações pela percepção dos sujeitos (Ferreira & GEPSAIDS, 2008).

O resultado aqui encontrado de que a televisão aparece entre as principais fontes de informação, corrobora com os achados de Camargo et al., (2001, conforme citado por Barbará et al., 2005). A importância dos meios de comunicação, especialmente da televisão, para a consensualidade de algumas RS é ressaltada por Cabecinhas (2004). Essa autora afirma que as imagens televisivas têm em si a idéia de consenso partilhado por grande número de pessoas, facilitando o conformismo das RS hegemônicas. Este meio de comunicação é rico em metáforas, que podem consubstanciar as RS.

/.../ a televisão permite fazer corresponder a cada palavra um rosto, a cada conceito e idéia uma imagem. A expansão do audiovisual mergulhou-nos num mundo de rostos, imagens e símbolos, nos quais se inscrevem as idéias mais abstratas, conferindo-lhes a materialidade de que necessitam para viver, reproduzir-se e tornar-se realidade (Cabecinhas, 2004, p. 132).

Questões pertinentes à qualidade e à eficácia dessas informações veiculadas na televisão sobre a aids e seus portadores podem ser temas para investigações, pois é um meio de comunicação valorizado como o mais importante divulgador de informações, mesmo entre universitários, como revelou esta pesquisa. A assimilação das informações da mídia por jovens da cidade de Natal/RN foi um dos resultados encontrados na pesquisa de Madeira (1998), que entrevistou 49 jovens de inserções sociais distintas e constatou que o *slogan* “aids mata”, repetido nos meios de comunicação, esteve presente em quase todas as entrevistas, assim como, a repetição de fragmentos de informações descontextualizados e

relativizados pela racionalização. Isto corrobora a importância das informações dentre as dimensões das RS, como forma de dominação, organização e ação frente a um objeto social como a aids ou seus portadores, consoante as palavras de Camargo e Bertoldo (2006, p. 370):

A comunicação também desempenha papel fundamental na prevenção à AIDS. O conhecimento que se tem sobre um objeto depende da experiência direta que se tem com ele, mas, cada vez mais, depende também da experiência indireta, aquela adquirida pela informação ou por outras pessoas.

## **2. Escala de Distância Social**

O primeiro passo da análise de dados foi a validação da escala, pois para alcançar um dos objetivos dessa pesquisa foi necessário elaborar uma escala de distância social que pudesse mensurar o desconforto da interação intergrupala sorodiscordante, tanto quanto distinguir esse desconforto com relação às formas de infecção pelas quais as pessoas que vivem com HIV/aids se expuseram à doença.

### **2.1 – Validação da EDS**

A análise fatorial da EDS (análise dos componentes principais, com rotação promax) evidenciou a presença de quatro fatores, os quais explicam 67% da variabilidade total (cf. Tabela 6).

O Fator 1 da EDS, doravante denominado “Relações formais”, é composto pelos itens 6, 7, 8, 9 e 10, os quais retratam situações sociais no trabalho, na escola, no clube ou na igreja e sendo vizinho de uma casa de apoio a PVHA. Estas situações envolvem uma convivência que não requer necessariamente proximidade afetiva ou uma distância mínima. A pessoa pode se manter distante, mesmo que convivendo socialmente. Há, também, a impossibilidade em impedir este contato, pois o ingresso nessas situações sociais está fora do controle do respondente. Este fator compreende a adaptação de todos os itens da escala de Bogardus (conforme citado por Allport, 1954/1962), excetuando-se ao que se refere à relações afetivas ou sexuais. Este Fator 1 apresentou *eigenvalue* de 7,43, explicando 37% da variância e com um coeficiente de fidedignidade satisfatório igual a 0,91.

O Fator 2 da EDS, aqui denominado “Inocentes”, é composto pelos itens 1, 3, 5, 11, 13, 15 e 16, os quais mencionam amizade, vizinhança e parentesco com PVHA. Neste fator, as formas de infecção são as transfusões de sangue, as relações heterossexuais e os

nascidos com o vírus. Como destacado por Barbará et al. (2005), os hemofílicos são vistos como vítimas de uma condição de saúde que os vulnerabilizaram perante a doença, responsabilizando os outros pela doação de sangue infectado. Da mesma forma, podemos pensar nas crianças que nasceram com o HIV e são vitimizadas pela infecção de seus pais. Nas relações heterossexuais, atentamo-nos seja para as mulheres que são infectadas pelos seus companheiros que tiveram relações extraconjugais, portanto, são vítimas da infidelidade do outro; seja para as vítimas de uma pessoa do grupo de risco, que transpôs a barreira social ao se relacionar sexualmente com um membro do grupo de não-risco. O processo de vitimização da PVHA está intimamente relacionado com o seu modo de infecção, como caracteriza este fator da EDS. Este Fator 2 apresentou *eigenvalue* de 2,72, explicando 14% da variância e com um coeficiente de fidedignidade igual a 0,78.

Questionamos a manutenção na EDS do item 15, que se refere à relação de amizade com um(a) amigo(a) que nasceu com o vírus. Sua retirada aumentaria significativamente o coeficiente de fidedignidade de 0,78 para 0,89. Como a amostra foi constituída por sujeitos maiores de 18 anos, na sua maioria universitários, e os sobreviventes nascidos com o HIV são no máximo adolescentes, considerando-se a adesão ao tratamento em 1996, quando o Ministério da Saúde iniciou o tratamento livre e gratuito de antirretrovirais, dificilmente são grupos que se relacionam. Talvez esta não seja ainda uma realidade para os participantes. Se uma futura pesquisa for realizada com adolescentes e utilizar esta escala, este item estará mais próximo da realidade das suas relações sociais. Assim, optamos pela sua permanência.

Quanto ao grau de parentesco com PVHA, a sua inclusão no Fator 2 confirma uma atitude distante no seio familiar, corroborando com o preconceito no ambiente da família a que se refere Queiroz (1999). Porém, a EDS revela uma tendência da família em vitimizar seu parente nesse processo de infecção. Há a possibilidade que na amostra investigada essa não seja uma realidade dos participantes, constando apenas em seu imaginário. Uma possibilidade de investigação futura seria desmembrar esse item quanto à forma de infecção e verificar se ainda permaneceria neste fator ou seria dividido em outros já existentes.

Tabela 6 – Cargas fatoriais, *Eigenvalues*, Variância explicada e Fidedignidade da Escala de Distância Social em relação às pessoas que vivem com HIV/aids (N=169)

Escala de Distância Social	Fatores			
	1	2	3	4
7- Em ter um(a) colega de trabalho aids(a)	0,94			
10- Em ter um estudante aids(a) na escola que eu ou meus familiares frequentam	0,94			
8- Em ter um(a) chefe de trabalho aids(a), independente de sua competência	0,92			
9- Em ter um membro aids(a) no clube, igreja ou outro local que eu frequento	0,89			
6- Em ser vizinho de uma casa que abriga aids	0,56			
13- Em ter um(a) amigo(a) aids(a) que se infectou por transfusão de sangue		0,96		
5- Em ter um(a) vizinho(a) aids(a) que nasceu infectado(a)		0,93		
3- Em ter um(a) vizinho(a) aids(a) que se infectou por transfusão de sangue		0,89		
15- Em ter um(a) amigo(a) que nasceu infectado(a)		0,68		
16- Em ter um(a) parente aids(a)		0,66		
11- Em ter um(a) amigo(a) aids(a) que se infectou por relação homossexual		0,56		
1- Em ter um(a) vizinho(a) aids(a) que se infectou por relação homossexual		0,52		
4- Em ter um(a) vizinho(a) aids(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis			0,93	
14- Em ter um(a) amigo(a) aids(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis			0,81	
2- Em ter um vizinho aids(a) que se infectou por relação homossexual			0,72	
12- Em ter um amigo aids(a) que se infectou por relação homossexual			0,61	
20- Em eu ter um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa aids				0,94
19- Em saber que uma pessoa da minha família tem um relacionamento afetivo sexual com um(a) aids(a)				0,88
18- Em saber que um(a) aids(a) tem um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa saudável				0,76
17- Em saber que um(a) aids(a) tem um relacionamento afetivo e sexual com outra pessoa aids				0,35
<i>Eigenvalues</i>	7,43	2,72	1,83	1,49
Variância	37%	14%	9%	7%
Alfa/Lambda	0,91	0,78	0,81	0,82

Nota: Kaiser-Meyer-Olkin = 0,81; Teste de Esfericidade de Bartlett = 2.325,98;  $p < 0,001$ .

O Fator 3, aqui denominado “Desviantes”, é composto pelos itens 2, 4, 12 e 14 e compreende situações de amizade e vizinhança, assim como o anterior, porém dele se difere em função das formas de infecção. Aqui foram mencionadas as infecções decorrentes de relações homossexuais e do uso de drogas injetáveis. Essas pessoas são vistas como promíscuas (Barbará et al., 2005) e a doença é tida como um castigo ao comportamento desviante da sociedade em geral. O Fator 3 apresentou *eigenvalue* de 1,83, explicando 9% da variância e com um coeficiente de fidedignidade igual a 0,81.

Destacamos que o item 6, referente à situação de vizinhança de uma casa de apoio a PVHA, ficou no Fator 1 e as demais situações correlatas nos Fatores 2 e 3. A princípio

parece um antagonismo, pois nessas casas os seus residentes são pessoas infectadas de todas as formas conhecidas. Mas como ressaltamos, ser vizinho de uma casa de apoio não implica numa relação próxima com os seus residentes.

O Fator 4, último da EDS, denominado “Relações Íntimas”, é composto pelos itens 17, 18, 19 e 20 e compreende as relações afetivas e sexuais com PVHA. Cientes da importância dessa proximidade para atestar a distância social em relação ao exogrupo, e por ser a aids uma doença transmitida, na atualidade, principalmente pelos fluidos sexuais, optamos pelo desdobramento do item em mais três, modificando o sujeito que se relacionaria com uma PVHA. Assim, evitamos o risco de pouca variabilidade, quando apenas se perguntasse sobre o grau de desconforto do respondente em ter uma relação afetiva e sexual com uma pessoa que vive com o vírus, que ocorreu na pesquisa de Pettegrew e Meertens (1995), que retiraram da escala de preconceito flagrante um item correlato, pois houve pouca variabilidade na sua amostra. Dessa forma, os itens adaptados da escala de Bogardus (conforme citado por Allport, 1954/1962) e de Lacerda et al. (2002) referentes a relações íntimas formaram um fator específico na EDS. O Fator 4 apresentou *eigenvalue* de 1,49, explicando 7% da variância e com um coeficiente de fidedignidade igual a 0,82. Dessa forma, todos os itens da EDS foram mantidos na escala.

Encontramos evidências para validar a EDS em relação a pessoas que vivem com HIV/aids, a qual se mostrou um instrumento capaz de mensurar as variáveis a que foi proposta. Nesta escala, constatamos, além da desejabilidade das situações sociais, a diferenciação da distância social pela forma de infecção ao vírus HIV.

## **2.2 – PVHA e Atitudes de Preconceito**

Após a evidência para validação da escala, passamos ao relato dos resultados encontrados da Escala de Distância Social nos participantes deste estudo, visando a análise da presença ou não do preconceito em relação às PVHA entre os universitários. Para tanto, a comparação entre as médias dos grupos foi realizada por meio de dois procedimentos estatísticos, respeitando o número de grupos comparados. Lembramos que empregamos na EDS uma escala tipo Likert, que variava entre 1 (nenhum desgosto) a 5 (forte desgosto), sendo assim, a menor média possível é igual a 1,00 e a maior é igual a 5,00.

Na Tabela 7, apresentamos os resultados da comparação entre homens e mulheres, e o método estatístico utilizado foi o Teste *t*. Os resultados encontrados evidenciam que a diferença entre homens e mulheres não se mostrou significativa em 16 itens da EDS,

havendo uma equiparação entre as atitudes masculinas e femininas na aproximação com uma PVHA. Estes achados contrariam a expectativa de Garcia et al. (2008), quando afirmam que as mulheres apresentam maiores chances de intenção de discriminação do que os homens.

Nos itens 6, 8, 9 e 10, correspondentes às relações formais, homens e mulheres apresentaram médias em torno de 1,5, caracterizando quase nenhuma atitude desfavorável a este tipo de proximidade em relação à PVHA. As situações formais de convívio social entre grupos sorodiscordantes tendem a não fomentar uma atitude preconceituosa nestes participantes.

Homens e mulheres participantes dessa pesquisa tiveram média aproximada de 2,3 nos itens 3, 5, 11, 15 e 16 do fator inocentes, não se constatando diferença maior entre os itens. No fator desviantes, a média ficou em torno de 3,0 nos itens 2, 4 e 14, sendo perceptível maiores médias para os drogados do que para os homossexuais. Essas médias revelam um grau leve (inocentes) e médio (desviantes) de atitude desfavorável frente à PVHA, quando ela é vizinha ou amiga de uma pessoa soronegativa. Apesar de esses fatores estarem intimamente relacionados com a forma de infecção, a proximidade com uma pessoa portadora do vírus que possibilite conhecer a sua história tende a gerar um maior grau de desconforto nessas relações sociais, fomentando uma distância entre os sujeitos por parte do grupo soronegativo. Dentre as formas de infecção, a por drogas injetáveis é a mais mobilizadora de atitudes desfavoráveis entre os participantes.

Quando se trata das relações íntimas, homens e mulheres não são desfavoráveis às relações intragrupais dos soropositivos. Porém, revelam um crescente desgosto quando a barreira intergrupala é quebrada e a PVHA se relaciona com uma pessoa saudável ( $M=2,60$ ), ou com um familiar ( $M=2,97$ ), ou com o próprio sujeito ( $M=3,52$ ).

Os únicos itens com diferenças significativas, isto é, com  $p < 0,05$ , entre os homens e as mulheres foram: 1) referente a vizinho que contraiu o HIV por meio de relação heterossexual, em que os homens apresentaram uma média de 1,90, menor do que as mulheres de 2,10; 7) referente ao colega de trabalho aidético, cuja média masculina foi 1,49, também significativamente menor ao ser comparada com a feminina de 1,68; 13) referente a amigo que nasceu com o vírus, também com média de 2,26 dos homens significativamente menor do que a das mulheres com 2,49; e o 12) referente a amigo que contraiu o vírus com relação homossexual, este foi o único item cuja diferença apresentou uma média feminina de 2,10, significativamente menor do que a masculina de 2,56.

Tabela 7 – Teste *t* para a EDS na comparação entre homens e mulheres.

Itens	Sexo	N	Média	D.P.	F	<i>p</i>
<b>Relações Formais</b>						
7) Colega de trabalho	1	96	1,49	,883	5,343	,022*
	2	62	1,68	1,198		
10) Estudante	1	95	1,36	,811	2,674	,104
	2	62	1,47	1,036		
8) Chefe de trabalho	1	96	1,48	,951	,884	,349
	2	63	1,56	1,089		
9) Membro de clube, igreja	1	96	1,41	,901	1,298	,256
	2	63	1,48	1,090		
6) Vizinho Casa abrigo	1	97	1,59	1,008	2,000	,159
	2	63	1,46	,930		
<b>Inocentes</b>						
13) Amigo Sangue	1	96	2,26	1,662	4,522	,035*
	2	63	2,49	1,839		
5) Vizinho Nascido	1	96	2,26	1,681	,231	,631
	2	63	2,27	1,752		
3) Vizinho Sangue	1	97	2,34	1,725	2,495	,116
	2	63	2,54	1,848		
15) Amigo Nascido	1	96	2,59	5,641	1,210	,273
	2	61	2,18	1,638		
16) Parente	1	97	2,15	1,481	,815	,368
	2	62	2,32	1,576		
11) Amigo heterossexual	1	97	1,96	1,306	2,916	,090
	2	63	2,11	1,493		
1) Vizinho heterossexual	1	97	1,90	1,262	5,960	,016*
	2	63	2,10	1,521		
<b>Desviantes</b>						
4) Vizinho Drogas	1	97	3,20	1,579	,336	,563
	2	63	2,97	1,616		
14) Amigo Drogas	1	96	3,08	1,587	,318	,574
	2	63	3,10	1,614		
2) Vizinho homossexual	1	97	2,42	1,478	1,946	,165
	2	63	2,00	1,391		
12) Amigo homossexual	1	97	2,56	1,658	7,712	,006*
	2	62	2,10	1,411		
<b>Relações Íntimas</b>						
20) Rel. eu-aidético	1	97	3,54	1,595	1,295	,257
	2	61	3,51	1,501		
19) Rel. familiar-aidético	1	97	2,97	1,578	,307	,580
	2	63	2,97	1,534		
18) Rel. saudável-aidético	1	97	2,63	1,629	2,345	,128
	2	63	2,56	1,500		
17) Rel. aidético-aidético	1	96	1,63	1,259	2,452	,119
	2	63	1,46	1,060		

Nota: Na variável sexo, 1=masculino, 2=feminino.

\*  $p < 0,05$ , ou seja, as médias entre os grupos são estatisticamente diferentes.

A relação entre mulheres e homossexuais foi mencionada por Ribeiro (2005) ao discutir os movimentos sociais homossexuais em busca da cidadania contra o preconceito e a discriminação. Segundo o autor, os movimentos sociais feministas contra a opressão

sexual e de gênero, iniciados na década de 1960, se opunham à dominação masculina, buscando uma redefinição de identidade por meio da igualdade entre homens e mulheres. No bojo das questões levantadas por estes movimentos estava a liberdade da expressão sexual, aproximando dessa forma dois grupos minoritários: mulheres e homossexuais. “o questionamento da heterossexualidade compulsória, promovido pelos movimentos feministas, com grande participação das feministas lésbicas, possibilita a associação com os gays em busca da afirmação das orientações sexuais” (Ribeiro, 2005, p. 79).

Assim sendo, supomos que o menor desgosto feminino em relação à proximidade com um amigo homossexual portador do HIV está consubstanciado na historicidade das lutas comuns desses grupos minoritários, que buscaram e ainda continuam na defesa de seus direitos civis, com a partilha da expectativa de uma vivência plena da sua cidadania.

Outra comparação que empreendemos na análise dos dados da EDS foi entre os grupos de estudantes da universidade pública, da faculdade privada de Brasília e a da faculdade privada de Taguatinga. Para tal, utilizamos o procedimento de análise de variância ANOVA. Como este resultado apresentou significativas diferenças entre os grupos, apresentaremos os resultados em três tabelas distintas. A Tabela 8 se refere à comparação intergrupala nas “relações formais”, a Tabela 9 concerne aos fatores “inocentes” e “desviantes”, e a Tabela 10 sobre as “relações íntimas”.

Com exceção do item 6, todos os demais do Fator “relações formais” apresentaram diferenças significativas entre os três grupos de universitários do Distrito Federal. Dentre os itens com diferença de médias significativas, temos os estudantes da faculdade particular de Brasília com média em torno de 1,3, sendo o grupo com menor desconforto nas relações formais com PVHA. Os estudantes da universidade pública de Brasília obtiveram média em torno de 1,38, e os da faculdade particular de Taguatinga com 1,77. Consonante com o resultado da análise de variância entre homens e mulheres, os universitários da instituição pública e privada de Brasília se caracterizaram por quase nenhuma atitude desfavorável a este tipo de proximidade em relação à PVHA. Os de Taguatinga apresentaram uma tendência leve de desgosto. Assim, as situações formais de convívio social entre grupos sorodiscordantes tendem a não fomentar uma atitude preconceituosa nestes participantes.

Tabela 8 – Comparação entre universitários para o Fator Relações Formais da EDS (ANOVA)

Itens	Grupos	N	Média	D.P.	F	p
7) Colega de trabalho	1	67	1,48	,823	3,361	,037*
	2	46	1,37	,826		
	3	47	1,87	1,329		
10) Estudante	1	68	1,31	,758	3,507	,032*
	2	46	1,24	,603		
	3	45	1,69	1,240		
8) Chefe de trabalho	1	68	1,46	,888	2,944	,056*
	2	46	1,30	,756		
	3	47	1,79	1,284		
9) Membro de clube, igreja	1	67	1,30	,718	3,362	,037*
	2	46	1,30	,891		
	3	48	1,73	1,267		
6) Vizinho Casa abrigo	1	68	1,44	,817	2,535	,082
	2	46	1,39	,977		
	3	48	1,79	1,129		

*Nota:* Para a variável Grupo, 1=estudantes da universidade pública; 2= estudantes da faculdade particular de Brasília; 3 = estudantes da faculdade particular de Taguatinga.

\*  $p < 0,05$ , ou seja, as médias entre os grupos são estatisticamente diferentes.

O item 10 da EDS – “ter um estudante aidético(a) na escola que eu ou meus familiares freqüentam” – foi inspirado no artigo de Lima e Pedro (2008), assim como nas entrevistas dos dirigentes das casas de apoio que foram analisadas no Estudo 2. Nos relatos e no artigo há manifestações discriminatórias no ambiente escolar que crianças e adolescentes portadores do HIV freqüentam. Contudo, os nossos participantes não mostraram uma atitude preconceituosa neste grau de proximidade.

O item 6 da EDS – “ser vizinho de uma casa que abriga aidéticos” – confirma os resultados de Garcia et al. (2008), quando perguntaram se o respondente aceitaria que uma casa de apoio para doentes de aids funcionasse ao lado da sua casa. Nessa pesquisa, em 1998, 72% haviam sido favoráveis enquanto 28% não. Em 2005, a porcentagem de respondentes favoráveis a ter uma casa de abrigo para PVHA na vizinhança aumentou para 75% e uma conseqüente diminuição dos que não aceitariam para 24%. Esses resultados, tanto da nossa pesquisa quanto de Garcia et al. (2008), divergem das experiências vividas por todas as casas de apoio do Distrito Federal. Como veremos no próximo estudo, todas as quatro instituições sofreram processos de abaixo-assinado da vizinhança para a não liberação do alvará de funcionamento da casa.

Outra pergunta da pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da população Brasileira Sobre HIV/aids parcialmente descrita por Garcia et al. (2008) foi se os participantes aceitariam deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que

tem o vírus da aids. Para esta questão, 63% da população responderam não enquanto 37% sim. Não houve variação entre os anos de 1998 e 2005. Este paradoxo nos fez pensar também no item 10 descrito acima. Talvez os universitários tenham respondido pensando no seu ambiente escolar e não no de seus filhos pretensos ou reais, pois na escola as crianças e os adolescentes estariam em contato direto com uma PVHA. Portanto, para pesquisas futuras, poderíamos subdividir este item para o ambiente escolar do respondente e para o dos seus filhos.

Não obstante, a comparação sobre a intenção de discriminação da população brasileira, entre os anos de 1998 e 2005, constata uma diminuição dessa intenção (Garcia et al., 2008). Os autores perceberam que houve uma redução estatisticamente significativa entre os participantes desses dois momentos para a obrigatoriedade do teste anti-HIV nas situações de admissão laboral, antes do casamento, no ingresso nas forças armadas ou na entrada de estrangeiros no país. Lembramos que, segundo esses autores, as pessoas com nível superior e pós-graduação apresentaram as menores chances de intenção de discriminação se comparadas a outras com distintos níveis de escolaridade. Portanto, os participantes da nossa pesquisa confirmam esta expectativa.

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise de variância entre os universitários do Distrito Federal para os Fatores “inocentes” e “desviantes”. Agrupamos estes fatores numa mesma tabela, pois eles mostram, além das distâncias sociais, uma atitude desfavorável em relação às formas de infecção. Com exceção do item 16 – em ter um parente aidético, todos os outros 10 itens que compõem esses fatores apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Distintamente do que ocorreu em relação ao fator das relações formais, na qual o grupo que apresentou a menor média para uma atitude desfavorável foi o de universitários da faculdade particular de Brasília (grupo 2), nos itens com diferenças significativas da Tabela 9 o grupo de estudantes da universidade pública de Brasília obteve os menores escores, sendo em torno de 1,94 para o Fator “inocentes” e 2,33 para o Fator “desviantes”, revelando um desconforto leve nessas relações, assim como as médias do grupo 2, que ficaram em torno de 2,4 no Fator “inocentes” e 2,6 no Fator “desviantes”. Continuando a tendência do primeiro fator, os estudantes da faculdade particular de Taguatinga mostraram uma atitude desfavorável leve em relação aos inocentes, com média em torno de 2,67, e um desgosto mediano em relação os desviantes, com média em torno de 3,31.

Consonante com a análise de variância entre os sexos, a ANOVA revelou um aumento de desconforto para todos os grupos de universitários nos graus de proximidade

relacionados à vizinhança, amizade e parentesco com PVHA, se comparado às “relações formais”. Contudo, essas proximidades variam pouco entre si, havendo uma leve tendência a se ter menos desgosto na relação com vizinhos do que com amigos. Assim, podemos considerar uma relação diretamente proporcional entre o grau de proximidade com uma PVHA e uma atitude preconceituosa, como sugere Garcia et al. (2008, p. 82): “a rejeição cresce na medida em que aumenta a possibilidade de proximidade, intimidade e interação com os portadores do HIV”.

Tabela 9 – Comparação entre universitários para os fatores Inocentes e Desviantes da EDS (ANOVA).

Itens	Grupos	N	Média	D.P.	F	<i>p</i>
<b>Inocentes</b>						
13) Amigo Sangue	1	68	1,75	1,342	7,628	,001*
	2	45	2,62	1,862		
	3	48	2,90	1,859		
5) Vizinho Nascido	1	68	1,69	1,330	6,828	,001*
	2	46	2,61	1,844		
	3	47	2,70	1,829		
3) Vizinho Sangue	1	68	1,72	1,402	9,659	,000*
	2	46	2,85	1,850		
	3	48	2,94	1,861		
15) Amigo Nascido	1	67	1,61	1,302	5,647	,004*
	2	44	2,36	1,780		
	3	48	2,54	1,750		
16) Parente	1	68	1,99	1,321	2,604	,077
	2	46	2,11	1,538		
	3	47	2,62	1,688		
11) Amigo homossexual	1	68	1,74	1,229	2,937	,056*
	2	46	2,04	1,382		
	3	48	2,35	1,509		
1) Vizinho homossexual	1	68	1,51	1,015	10,420	,000*
	2	46	1,93	1,306		
	3	48	2,63	1,593		
<b>Desviantes</b>						
4) Vizinho Drogas	1	68	2,68	1,471	5,334	,006*
	2	46	3,17	1,664		
	3	48	3,63	1,552		
14) Amigo Drogas	1	68	2,59	1,406	7,873	,001*
	2	45	3,11	1,695		
	3	48	3,73	1,526		
2) Vizinho homossexual	1	68	1,90	1,236	8,019	,000*
	2	46	2,09	1,297		
	3	48	2,92	1,661		
12) Amigo homossexual	1	68	2,18	1,445	5,298	,006*
	2	46	2,04	1,349		
	3	47	2,98	1,800		

*Nota:* Para a variável Grupo, 1- = estudantes da universidade pública, 2 = estudantes da faculdade particular de Brasília, 3 = estudantes da faculdade particular de Taguatinga.

\*  $p < 0,05$ , ou seja, as médias entre os grupos são estatisticamente diferentes.

A aids foi ancorada sob o signo dos desvios comportamentais de grupos com estilos de vida divergentes da sociedade em geral. As noções de grupo e comportamento de risco foram assimiladas pela sociedade nos tempos da aids aguda e formaram uma barreira da população, que acreditou que esta doença era do outro (Barbará et al., 2005; Bastos et al., 1993; Joffe, 1994; Sontag, 1989). Mesmo a evidência de dados estatísticos epidemiológicos que informam a proximidade da aids para todas as pessoas e grupos, a representação como doença do Outro aparece nos dias atuais, como relatado em alguns artigos revisados (Alves, 2003; Nascimento et al., 2005; Oltramari & Camargo, 2004). A

assertiva de Herzlich e Pierret (1992/2005) que o fenômeno social aids foi fixado nas suas idéias iniciais até 1986, independente dos desdobramentos posteriores, parece ter se confirmado.

Inicialmente, a aids foi associada à liberdade sexual e ao estilo de vida dos homossexuais, como noticiado por Góis (2000). Depois, os usuários de drogas injetáveis, as profissionais do sexo e os hemofílicos passaram a compor também o grupo de risco. Segundo Sontag (1989), a inclusão dos haitianos na doença dos 5 H remete a uma metáfora tão antiga quanto a civilização – a associação da peste aos estrangeiros, aos outros. Por exemplo, a sífilis “para os ingleses, era o mal-francês; para os parisienses, o morbus germanicus; para os florentinos, o mal-de-nápoles; para os japoneses, a doença chinesa” (p. 57). Mas por que o Haiti? Os cientistas estadunidenses especularam, tanto na literatura especializada como na mídia em geral, que as práticas aberrantes dos ritos do vodu, ingestão de sangue em sacrifício de animais e rituais nos quais a relação homossexual era realizada, deram origem à doença. Essa associação entre práticas religiosas, haitianos e aids se estendeu para o continente africano, gerando a crença da origem da doença na bestialidade praticada por pessoas do terceiro mundo (Joffe, 1994).

A metáfora da doença como uma intrusa num organismo sadio, assim como *a luta contra a aids*, que traz em si a idéia de guerra, uma batalha moderna contra outro mal que nos assola, “leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A idéia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa” (Sontag, 1989, p. 16). É nessa dialética metafórica que as PVHA foram categorizadas, pois em toda doença há os culpados pela sua propagação e as vítimas inocentes que são infectadas por conviver próximas aos culpados.

Quando os pregadores metodistas ingleses associavam a epidemia de cólera de 1832 ao alcoolismo (o movimento contra o álcool estava apenas começando), ninguém pensava que eles estivessem afirmando que *todas* as pessoas que pegavam cólera eram beberrões: sempre há lugar para “vítimas inocentes” (crianças, moças) (Sontag, 1989, p. 64).

A noção de grupo de risco foi modificada quando os primeiros diagnósticos de heterossexuais portadores da doença surgiram. Assim, o comportamento de risco, muito associado à promiscuidade, renovou a defesa pelos padrões morais mais rígidos. Nasce, então, a representação social do vazamento (Joffe, 1994). Os grupos que anteriormente não

tinham o menor risco de se infectarem com o HIV passam a ser ameaçados por pessoas que quebravam as barreiras intergrupais, por exemplo, raciais e sexuais. “A bissexualidade representa a contravenção da fronteira entre a heterossexualidade e homossexualidade” (p. 304). Então, associar-se a outros grupos é representado como uma ameaça a si mesmo e ao seu grupo de pertença. Os outros são perigosos, pois têm comportamentos estranhos e pecaminosos, distintos do grupo normal que é sempre aquele a que eu pertença.

O estigma da aids como uma doença dos desviados é vivido pelos portadores do HIV como uma barreira social e fomentador de preconceito e discriminação, cuja solução é a clandestinidade da sorologia<sup>6</sup>. Assim, interessados em saber se esse núcleo figurativo da vitimização e da responsabilização (Barbará et al., 2005) ainda existe nos dias atuais, investigamos as atitudes desfavoráveis em relação à forma de infecção, cuja análise fatorial da EDS resultou nesses dois fatores: os inocentes e os desviantes. Os universitários do Distrito Federal tiveram uma atitude menos desfavorável para os infectados por transfusão de sangue, nascidos com o vírus ou por relação heterossexual. Essas PVHA são representadas como as vítimas da aids, cuja pertença grupal não os colocavam em risco, mas foram contaminados por uma fatalidade ou por uma quebra da barreira intergrupar que os separavam dos chamados primariamente de grupo de risco.

Os hemofílicos foi o primeiro grupo a ser considerado vítima da aids, pois o tratamento para a hemofilia acontece com transfusões de sangue freqüentes. Tanto os hemofílicos como os transfundidos, independentemente do seu comportamento, podem se soroconverter devido ao recebimento de hemoderivados infectados com HIV. Embora o monitoramento dos bancos de sangue com teste anti-HIV seja uma prática difundida e estimulada pelas autoridades sanitárias, essa possibilidade de infecção ainda está presente, com 0,3% dos casos notificados no Brasil em 2007 (Ministério da Saúde, 2008). Na nossa revisão de literatura não encontramos nenhuma pesquisa que tratasse desse grupo especificamente.

Os nascidos com o vírus estão diretamente relacionados com os avanços tecnológicos, que possibilitaram a vivência com o HIV e a não manifestação da síndrome. Hoje, esse grupo pode estar na fase da adolescência e convivendo com a iniciação sexual, própria dessa faixa etária. O adolecer convivendo com o vírus é uma dificuldade relatada em algumas pesquisas (Lima & Pedro, 2008; Thiengo et al., 2005). Porém, os adolescentes

---

<sup>6</sup> Conforme citado por Abdalla e Nichiata, 2008; Almeida e Labronici, 2007; Brasileiro e Freitas, 2006; Cardoso e Arruda, 2004; Carvalho e Galvão, 2008; Cechim e Selli, 2007; Gonçalves, 2005; Melchior et al., 2007; Paiva et al. 2006; Regato e Assmar, 2004; Santos et al. 2007.

não convivem com a culpa de seus atos, mas com as consequências dos fatos vividos pelos seus pais, o que não impede de sentirem medo da discriminação. Como os transfundidos, os nascidos com o vírus não apresentam pertença grupal ou comportamentos que evidenciem desvios da conduta moral vigente. Assim, são “vítimas inocentes” de algo vivido pelos outros.

A infecção pela via sexual também foi dividida entre inocentes e desviantes, conforme a prática do grupo referente. Aqui, não é o comportamento promíscuo ou recatado que foi avaliado diretamente, mas a pertença grupal entre heterossexuais e homossexuais. As pessoas que se infectaram por relação heterossexual tiveram menor tendência de serem alvos de atitude preconceituosa do que por relação homossexual. As PVHA heterossexuais foram agrupadas pelos participantes junto com os outros grupos vítimas da epidemia, revelando as antigas barreiras já descritas dos grupos de risco.

A vitimização da mulher portadora do HIV pode ser entendida pela sua submissão ao poder masculino e a vivência do amor romântico na relação íntima (Almeida & Labronici, 2007). Contudo, essa vitimização não a libera da discriminação e julgamento moral dos outros, recebendo menos apoio pela condição sorológica do que se comparada com os homens portadores heterossexuais (Cardoso & Arruda, 2004). Estes homens são mais facilmente perdoados do que as mulheres, recebendo mais apoio sócio-familiar. A promiscuidade do comportamento heterossexual masculino tem uma permissão cultural até mesmo para suas esposas, que entendem como coisas naturais dos homens (Nascimento et al., 2005). Essa condição de diferenças de apoio e discriminação entre homens e mulheres heterossexuais soropositivos confirma as relações de poder que existem em nossa sociedade no tocante ao gênero.

Apesar de homens, os comportamentos dos homossexuais portadores do vírus são vistos como desviantes de uma norma social e não recebem tão facilmente o perdão como os heterossexuais. Ao contrário, os nossos participantes confirmaram a representação da responsabilização da aids a esse grupo, que juntamente com os usuários de drogas formam o fator desviante da EDS. Apesar de estarem no mesmo fator, percebemos uma distinção entre eles, a proximidade com homossexuais soropositivos foi menos desfavorável para os universitários do que com os usuários de drogas portadores do HIV. Nossos resultados confirmam a intenção de discriminação encontrada por Garcia et al. (2008), ao constatarem a diminuição do incentivo da testagem obrigatória para os usuários de drogas, na

comparação entre os anos de 1998 e 2005, porém esta continua muito alta, com mais de 90% da amostra deseja a obrigatoriedade do teste anti-HIV para esse grupo específico.

O que se avalia no fator desviante é a pertença grupal, que é associada a comportamentos e conduta moral desviante. Esses dois grupos sempre estiveram associados à aids, desde sua fase inicial até o presente momento, como confirma nossa pesquisa. O diagnóstico positivo para o HIV, remontando à época da aids aguda, evidencia que se faz parte de uma comunidade de párias, conforme assinalou Sontag (1989). Essa crença pode ser explicada pela resistência à mudança da representação social da doença, pois os dados epidemiológicos revelam que a aids não está mais associada a esses grupos: as relações heterossexuais foram as categorias de exposição em 45% dos homens, em 2007, contrastando com 19% das relações homossexuais e 8% do uso de drogas injetáveis. Essa redução das categorias de exposição entre relações homossexuais e UDI pode ser explicada pelos programas de prevenção que circularam na mídia e a proposta de redução de danos, com distribuição de seringas e agulhas descartáveis.

O grupo dos homossexuais não é uniforme, como nos lembra Ribeiro (2005), há “diferentes formas de manifestação da homossexualidade e incluem em si subgrupos com diferentes características e necessidades, como os travestis, transexuais e bissexuais” (p. 82). Estes sofrem estigma e preconceito de formas diferenciadas também, o que poderia acarretar em outro resultado na EDS, se ao invés de uma única categoria – homossexual – dividíssemos os itens pelos subgrupos. Essa é uma sugestão para pesquisas futuras que enfoquem essa subdivisão, porém optamos por uma única categoria para não aumentar muito o instrumento de pesquisa e torná-lo cansativo para os participantes.

Na Tabela 10, temos a análise de variância para o fator relações íntimas da EDS. O item 17 – “saber que uma pessoa aidética tem um relacionamento afetivo e sexual com outra pessoa aidética” -, isto é, que se relacionam intimamente no endogrupo não mobilizou atitudes desfavoráveis nos grupos 1 e 2 (M=1,34 e M=1,36, respectivamente). Os universitários da faculdade particular de Taguatinga apresentaram um desconforto leve para essa relação (M=2,04). O item 18 – “saber que um(a) aidético(a) tem um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa saudável” -, isto é, houve rompimento da barreira intergrupala sorodiscordante, aumentou o grau de desconforto em aproximadamente um ponto para todos os três grupos. Assim, os que não eram desfavoráveis às relações intragrupais do item 17 passaram a apresentar uma atitude preconceituosa leve (grupo 1 – M=2,29; grupo 2 – M=2,46), e o grupo 3 passou para um desconforto moderado (M=3,1). Houve uma paridade entre os universitários nos itens 19 e 20, não apresentando variações

significativas nas médias, mas na comparação com os itens anteriores desse fator, no item 19 – “saber que uma pessoa aidética tem um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa da minha família” -, mostrando uma maior proximidade de convivência, além da quebra da barreira intergrupar, evidenciou-se um aumento do grau de desconforto para todos os universitários, principalmente para os grupos 1 e 2, que não se distinguem mais entre si e nem do grupo 3, que sempre apresentou as maiores médias nos outros três fatores. Por fim, no item 20 – “eu ter um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa aidética” -, que é a maior proximidade entre todos os itens da EDS, todos os grupos apresentaram um desconforto moderado. Apesar de não haver diferenças significativas neste item, o grupo 1, que nos Fatores 2 e 3 apresentou as menores médias, obteve a maior média dentre os universitários.

Tabela 10 – Comparação entre universitários para o fator Relações Íntimas da EDS (ANOVA).

itens	Grupos	N	Média	D.P.	F	p.
20) Rel. eu - aidético	1	67	3,73	1,344	1,218	,299
	2	45	3,27	1,711		
	3	48	3,52	1,650		
19) Rel. familiar-aidético	1	68	2,99	1,419	,799	,452
	2	46	2,76	1,662		
	3	48	3,17	1,642		
18) Rel. saudável -aidético	1	68	2,29	1,350	4,068	,019*
	2	46	2,46	1,709		
	3	48	3,10	1,640		
17) Rel. aidético-aidético	1	68	1,34	,822	6,288	,002*
	2	45	1,36	1,026		
	3	48	2,04	1,557		

*Nota:* Para a variável Grupo, 1- = estudantes da universidade pública, 2 = estudantes da faculdade particular de Brasília, 3 = estudantes da faculdade particular de Taguatinga.

\*  $p < 0,05$ , ou seja, as médias entre os grupos são estatisticamente diferentes.

A questão da sexualidade em PVHA foi retratada na pesquisa de Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2006). As autoras investigaram qualitativamente os aspectos psicossociais da vivência da soropositividade e suas conseqüências na vida diária de 13 portadores do vírus HIV, de ambos os sexos, com idade média de 37 anos, na cidade de João Pessoa/PB. Da análise temática do conteúdo das entrevistas, a sexualidade e o isolamento foram subcategorias referente à classe temática conseqüências biopsicossociais da aids. Referente à sexualidade, três tipos de comportamentos foram relatados: “os que mantiveram uma vida sexual ativa, os que se consideram promíscuos e os que optaram por abster-se sexualmente” (Castanha et al., 2006, p. 53). O isolamento é decorrente do medo da discriminação na relação com os outros e está muito relacionado à abstinência sexual,

como uma forma de evitar o contato mais íntimo com o outro. Porém, a manutenção da vida sexual das PVHA é uma realidade que advém da condição crônica da aids, resultante dos avanços tecnológicos, e da condição sorológica mantida em segredo para evitar a discriminação e o preconceito.

A relação sexual e afetiva entre sorodiscordantes foi objeto de estudo de Fernandes e Horta (2005). Os resultados encontrados revelam a dificuldade de aceitação que este tipo de relação gera para as pessoas, principalmente quando há uma representação de morte e a possibilidade de infecção pelo ato sexual.

Na análise deste fator e comparado aos outros três da EDS, podemos constatar que tanto na comparação entre sexos quanto na comparação entre grupos de universitários houve um movimento comum: quanto maior a proximidade relacional com uma PVHA, maior a tendência para uma atitude desfavorável dos soronegativos em relação aos portadores. Este resultado corrobora com a tendência de intenção de discriminação encontrada por Garcia et al. (2008).

### **3. Conteúdo e Estrutura das RS da PVHA**

A questão de evocação foi analisada pelo programa EVOC. Este *software* fornece os resultados em quatro quadrantes, organizados com um eixo horizontal referente à ordem média de evocação e outro vertical relativo à frequência dos termos evocados. No quadrante superior esquerdo são listados os prováveis elementos constituintes do núcleo central da representação, são palavras mais frequentes e primeiramente evocadas. No quadrante superior direito estão os elementos com maior frequência, porém evocados mais tardiamente. No quadrante inferior esquerdo estão os termos com moderada frequência e evocados mais prontamente. Estes dois quadrantes listam os prováveis elementos constituintes do sistema periférico da representação. No quadrante inferior direito estão listados os elementos com frequência moderada e evocados mais tardiamente. São termos correspondentes à periferia distante ou residual, mais vinculados aos aspectos ou modulações individuais dos sujeitos.

Tabela 11 – Frequência e ordem de evocação dos conteúdos evocados com termo indutor “aidético” (N=196)

		Ordem Média de Evocação					
		< 2,7			> 2,7		
F r e q ü ê n c i a	> = 14	contágio	15	2,533	coquetel	24	3,250
		doente	28	1,429	cuidado	16	3,125
		doença	61	2,016	drogas	22	3,000
		morte	34	2,294	medo	14	2,714
		preconceito	43	2,419	sexo	26	2,808
		sofrimento	24	2,292			
	7-13	DST	7	2,429	camisinha	12	2,833
		discriminação	11	2,455	cura	7	3,286
		fragilidade	13	2,231	desinformação	13	3,385
		imunodeficiência	8	1,375	dificuldade	11	2,727
		incurável	9	2,333	homossexual	11	2,727
		prevenção	11	2,455	magro	13	2,769
		tratamento	8	2,625	sangue	11	3,182
		tristeza	9	2,333			
vírus	12	2,500					

O segundo passo para confirmação da provável estrutura e conteúdo da RS da PVHA é o teste de centralidade dos termos evocados. Para tanto, pedimos aos participantes que assinalassem as duas palavras mais importantes dentre àquelas por eles evocadas e anotamos a sua frequência simples, calculamos o seu percentual em relação à frequência total dos termos listados pelo *software* e, por fim, achamos o percentual da queda de frequência. Esta indica a porcentagem da diferença entre a frequência total das evocações e a frequência da importância para os participantes. Ribeiro (2000) adotou este método, considerando a centralidade do termo com uma queda menor que 50%. Na nossa pesquisa, seguiremos o recomendado por Moliner (1996), que sugere respeitar uma queda até 40%, aumentando a probabilidade de discriminação do teste de centralidade. Se a queda for maior do que essa faixa de corte, o termo passará a integrar a estrutura da representação subsequente. Na Tabela 12, temos os cálculos do teste de centralidade.

Tabela 12 – Teste de Centralidade, em função das evocações totais e das palavras principais, com os percentuais da diferença entre elas.

Hierarquia dos elementos	Elementos	Evocações livres	Palavras Principais	% Queda
Núcleo Central	Preconceito*	43	32	25
	Morte*	34	22	35
	Contágio*	15	9	40
	Sofrimento	24	10	58
	Doente	28	10	64
	Doença	61	21	65
Sistema Periférico	Prevenção*	11	8	27
	Incurável*	9	6	33
	Tratamento*	8	5	38
	DST	7	4	42
	Coquetel	24	13	46
	Cuidado	16	8	50
	Imunodeficiência	8	4	50
	Discriminação	11	5	54
	Sexo	26	11	57
	Vírus	12	5	58
	Drogas	22	9	59
	Medo	14	4	71
	Fragilidade	13	3	77
	Tristeza	9	1	89

*Nota:* \*apresenta queda menor que 40%, portanto mantém a centralidade do elemento.

Após o teste de centralidade, encontramos os prováveis elementos do núcleo central da RS acerca da PVHA, composto por três palavras: contágio, morte e preconceito. Os prováveis elementos do sistema periférico são: doente, doença, sofrimento, incurável, prevenção e tratamento. Os demais termos passaram para a periferia distante, mais associada às diferenças individuais. Na Figura 3 temos uma representação gráfica da estrutura e dos conteúdos da RS acerca da PVHA.

O núcleo central é determinado socialmente, considerando-se a historicidade social e ideológica do fenômeno em relação a um determinado grupo, que pode ser definido como tal quando partilham coletiva e homogeneamente representações comuns. Este núcleo é responsável pela estabilidade e coerência da representação, isto é, mantém a sua configuração no transcorrer do tempo, independente das variações contextuais imediatas vividas pelo grupo (Abric, 1998). Assim, esta estrutura está ligada à memória coletiva e à história do grupo; é consensual, estável, coerente, resistente à mudança, pouco sensível ao contexto imediato; e tem função de gerar o significado da representação e de determinar sua organização.

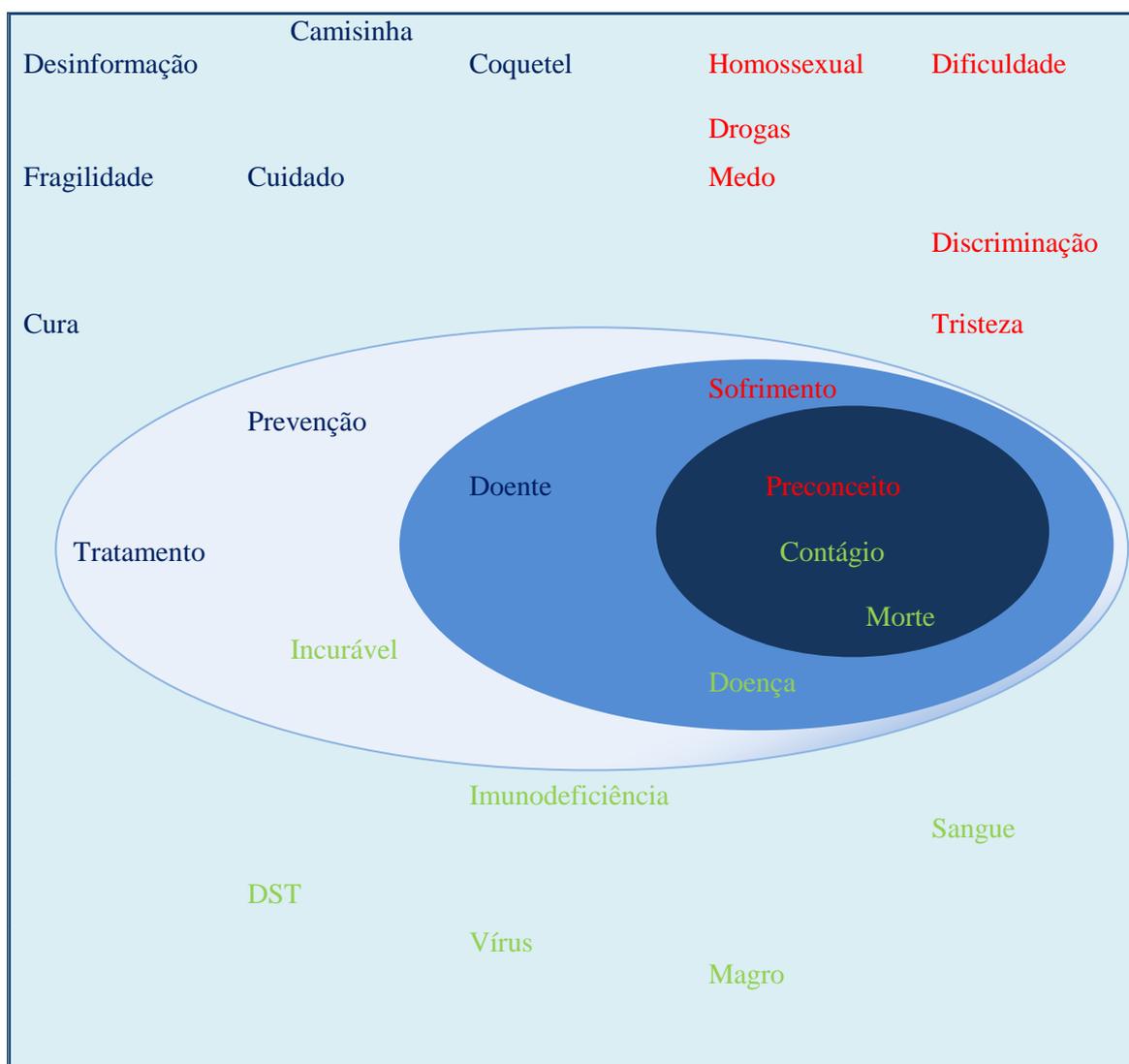


Figura 3 – Estrutura e Conteúdo da RS do “aidético”.

O sistema periférico permite o ajustamento da representação nos contextos mais individualizados, integrando-a as experiências cotidianas dos indivíduos ou subgrupos. Para tanto, a flexibilidade é uma característica inerente a esta estrutura, que inclui informações e práticas heterogêneas, de acordo com o vivido, visando ancorar o núcleo central na realidade social do grupo. Portanto, o sistema periférico tolera a heterogeneidade do grupo, permitindo a integração de experiências e histórias mais individualizadas, sendo flexível e sensível ao contexto imediato da realidade vivida. Suas funções são adaptar a representação à realidade concreta e permitir a diferença de conteúdos.

A dinâmica entre essas duas estruturas da RS possibilita a coexistência de polaridades complementares, por exemplo, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Segundo Abric (1998, p. 34), “a homogeneidade de uma população não é definida pelo consenso

entre seus membros”, ou seja, um grupo não necessariamente compartilha as mesmas informações, conteúdos e comportamentos em relação a um objeto representado. Este caráter homogêneo do grupo se dá “pelo fato de que sua representação se organiza em torno do mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador do significado que eles dão à situação ou ao objeto com o qual são confrontados” (p. 34).

Para ancorar essa possibilidade de heterogeneidade da RS acerca da PVHA, pedimos aos participantes que escolhessem dentre os elementos destacados pela importância, o mais importante entre eles e justificasse a sua escolha. Essas respostas foram analisadas com o auxílio do programa ALCESTE, resultando em três eixos, cada um deles contendo uma única classe, conforme pode ser observado na Figura 4. Essa análise nos permite acessar a ancoragem da RS acerca da PVHA na experiência imediata dos grupos participantes.

A análise do ALCESTE fornece uma Classificação Hierárquica Descendente da RS acerca da PVHA, que explica a ancoragem distinta entre os três grupos de universitários, sendo o grupo 1 – os estudantes da universidade pública de Brasília; o grupo 2 – os estudantes da faculdade particular de Brasília; e o grupo 3 – os estudantes da faculdade particular de Taguatinga. Percebemos que são os mesmos grupos que apresentaram diferenças significativas nas escalas anteriormente analisadas.

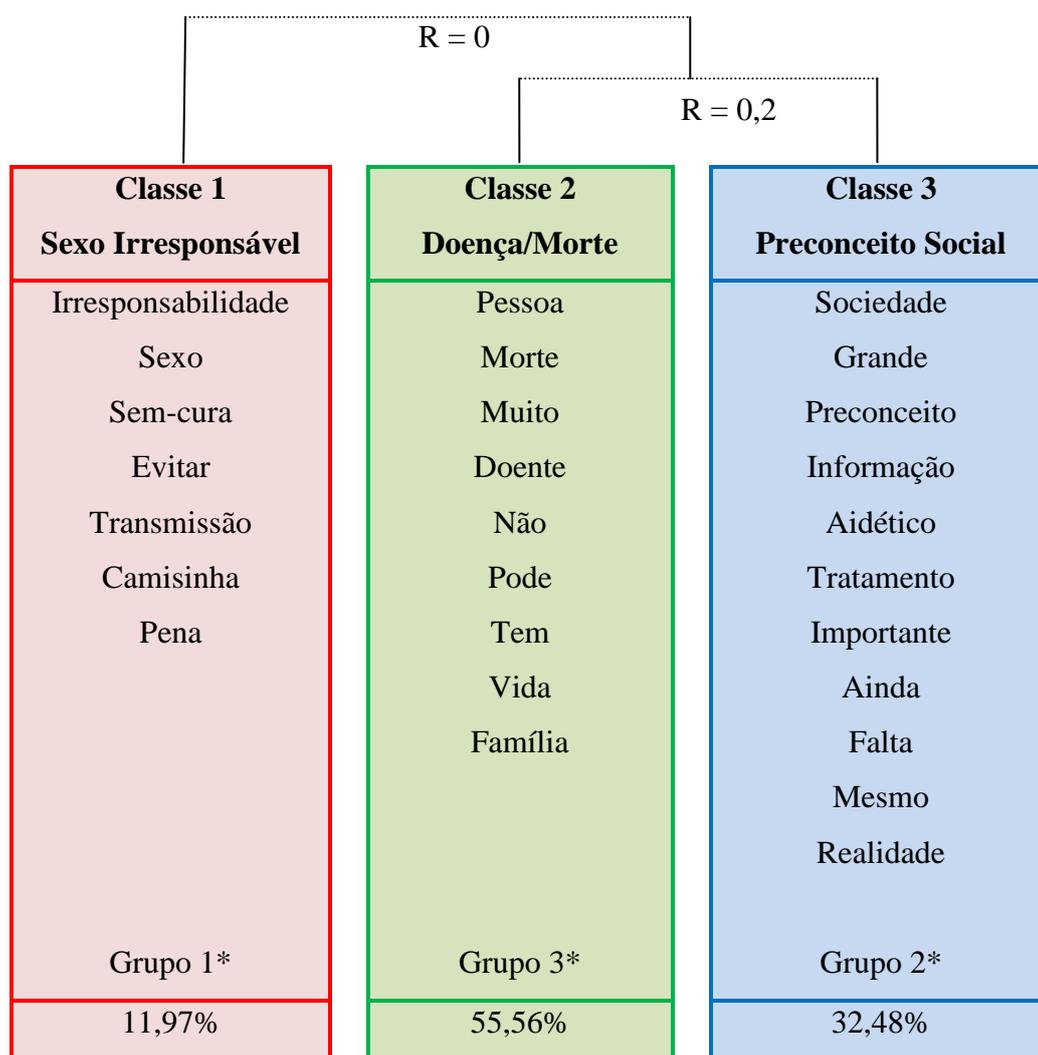


Figura 4 – Classificação Hierárquica Descendente do ALCESTE

### Eixo “Sexo irresponsável”

O primeiro eixo é característico do grupo 1, contemplando 11,97% do *corpus* das respostas. Os estudantes da universidade pública de Brasília ancoram a RS acerca da PVHA na prática sexual irresponsável, atribuindo responsabilidade pela infecção às PVHA por praticarem sexo sem camisinha, apesar das informações divulgadas. As palavras listadas na Figura 4 apresentaram maior qui-quadrado, isto é, foram as mais utilizadas por esses universitários na ancoragem da representação. Esses termos associados a uma leitura flutuante das UCE nos permitem construir um discurso coletivo, isto é, aquele mais amplamente partilhado pelo grupo, sem se referir especificamente a qualquer sujeito em particular:

Num mundo globalizado, em que se sabe que o sexo é a principal forma de transmissão da aids e por ser fácil evitar essa doença por meio do uso da camisinha, é inaceitável essa irresponsabilidade, demonstrando falta de respeito à própria saúde e à saúde pública. O aidético é digno de pena, pois tem uma doença sem-cura.

Esta ancoragem nos remete ao estudo de Regato e Assmar (2004), que investigaram a atribuição de responsabilidade aos atores sociais pela infecção ao HIV. Este subgrupo, dentre os nossos participantes, atribuíram maior responsabilidade às causas internas ou pessoais, ou seja, a comportamentos que propiciam a soroconversão, assim como o fizeram os sujeitos profissionais de saúde daquela pesquisa. Regato e Assmar (2004) afirmam que nessa responsabilização as pessoas podem “estar exercendo certo controle sobre o evento vitimador, tentando afastar de si mesmos a idéia de um possível contágio” (p. 173). Porém, diferente daqueles médicos respondentes, o grupo 1 faz distinção entre comportamentos hetero e homossexuais.

Essa ancoragem se baseia na crença de que a informação é o componente mais importante para a adoção de determinado comportamento. Se há informações que norteiam como se deve proceder, o indivíduo deve obrigatoriamente que fazê-lo. Assim, quem não muda a forma de agir é tido como irresponsável e a doença é atribuída como uma consequência justa pela falta de cuidado. Dessa forma, o grupo 1 pode se diferenciar dos soropositivos, adotando uma prática responsável, preventiva e afastando a possibilidade da infecção.

Podemos entender que essa ancoragem permite ao grupo 1 se relacionar formalmente com as PVHA, sem que isso desperte atitudes desconfortáveis, conforme vimos nos resultados da EDS. Essas relações são mediadas pelo sentimento de pena, segundo os resultados da análise do ALCESTE. Porém, apesar de saberem que é fácil prevenir a contaminação com a prática do sexo protegido, esse grupo tende a evitar as relações íntimas com os portadores do vírus. Essa aparente contradição parece estar mediada pelo preconceito. O discurso e a prática dos estudantes da universidade pública de Brasília, descrito nesta análise, podem ser relacionados aos termos incurável, prevenção e sofrimento do sistema periférico da RS acerca da PVHA, visto na Figura 3.

### **Eixo “Doença/Morte”**

A classe 2 Doença/Morte é característica dos estudantes da faculdade particular de Taguatinga e explica 55,56% do *corpus* analisado. Esses universitários ancoram a RS

acerca da PVHA na proximidade com a morte que vive a pessoa doente, na possibilidade do sofrimento que essa vivência causa à própria pessoa e aos seus familiares. A seguir, construímos um discurso com base nas palavras mais utilizadas nas respostas e na leitura flutuante das UCE.

O aidético é uma pessoa doente que não tem uma vida normal. Ele tem uma doença que pode levá-lo à morte, por isso deve se cuidar para não piorar. O sofrimento é uma característica muito marcante na vida dessa pessoa e também na da sua família.

Esta ancoragem nos remete a um provável elemento do núcleo central da RS acerca da PVHA que é a morte. Este conteúdo foi relatado em todas as pesquisas sobre RS da aids e é associado na vivência com a doença. O doente é uma pessoa com possibilidades ruins na vida, dentre essas a morte e o sofrimento. Doente, doença e sofrimento são prováveis elementos constituintes do sistema periférico da representação, que *caíram* do núcleo central devido ao teste de centralidade.

Esses estudantes ancoram a RS acerca da PVHA em conteúdos comuns a todos os artigos que investigaram os aspectos psicossociais da aids, revisados no capítulo 3 dessa dissertação. Apesar dos progressos tecnológicos e do tratamento disponível para os doentes, a associação doença e morte aparece evidente para esse grupo, e a convivência com a aids é fonte de muito sofrimento tanto para a pessoa como para seus familiares. Nesse sentido, Camargo et al. (2007) e Thiengo et al. (2005) pesquisaram as RS da aids para adolescentes e, ambos os estudos, constataram uma associação da aids com doença, morte e medo. Este sentimento é vivido na proximidade com a doença e leva à prevenção, porém será o medo um fator que interfere no preconceito em relação às PVHA?

O estudo de Roazzi et al. (2002) investigou a RS do medo entre adultos de ambos os sexos, e encontrou a saúde como categoria mais central do medo para a população pesquisada. Dentro dessa categoria, a aids é o seu elemento mais central, que está diretamente relacionada à morte, doença e dor. “A aids é uma doença que ‘causa pavor’ em algumas pessoas e que ‘leva à morte’, ‘é causadora de muito sofrimento, dor’ – seja ela física, devido aos comprometimentos orgânicos decorrentes, seja ela psíquica, causada pela idéia de isolamento e solidão” (Roazzi et al., 2002, p. 190). Assim, a aids sendo o elemento mais central da categoria que modula todas as outras em relação ao medo, temos que as preocupações de contágio e prevenção da aids desempenham um papel central para

explicar outros tipos de medos. “Portanto, poder-se-ia até falar na Saúde, especificamente na AIDS, como um elemento consensual do medo na sociedade contemporânea” (p. 190).

Pelo exposto, inferimos que os resultados na EDS do grupo 3, que mostraram sempre maior desconforto na relação social com PVHA do que os outros universitários, pode estar ancorado no medo da vivência associada à doença. Assim, uma atitude desfavorável à proximidade com um portador do vírus poderia ser justificada pelo medo de infecção que essa convivência propiciaria. Esta hipótese também se sustenta nos resultados de Ferreira e GEPSAIDS (2008), que perceberam diminuição de informação em relação à percepção de risco no item referente ao contato social com soropositivos. Nessa pesquisa, os participantes da amostra de 2005 se apresentaram mais mal informados em relação aos de 1998, devido à percepção de risco de infecção, que envolviam compartilhar banheiros públicos, comer no mesmo prato ou beber no mesmo copo, e abraçar uma PVHA. A representação do medo do contágio associada a uma informação precária pode sustentar a evitação do contato social entre grupos sorodiscordantes, como no caso do grupo 3 da nossa pesquisa.

### **Eixo “Preconceito Social”**

A terceira classe Preconceito Social é característica dos estudantes da faculdade particular de Brasília e explica 32,48% do *corpus* das respostas dos participantes. Esse grupo ancora a RS da PVHA na realidade do preconceito, percebendo-o como algo concreto nas relações entre grupos. A vivência preconceituosa é atribuída à falta de informação. Esses estudantes foram os que mais nomearam as PVHA sem utilizar o termo “aidético”. Construimos seu discurso com base nas palavras mais usadas e na leitura das UCE dessa classe, conforme descrito a seguir.

Mesmo com ampla divulgação, na realidade ainda há falta de informação sobre a doença, resultando em grande preconceito na sociedade em geral. O tratamento é muito importante para os portadores viverem da melhor forma possível. O termo aidético é pejorativo e demonstra preconceito.

A ancoragem do grupo 2 traz o provável elemento do núcleo central – preconceito – como termo chave para sua justificativa. Esse é o tema da nossa pesquisa e permeia a literatura revisada como uma prática social vivenciadas pelas PVHA. Num discurso que revela maior familiaridade com a temática da aids, ressaltam o preconceito embutido no termo indutor “aidético”, que foi utilizado na questão de evocação consoante com a denominação do senso-comum para o grupo de PVHA.

Os universitários do grupo 2 divergem do grupo 1 quanto à qualidade das informações na sociedade. Para aqueles, há ampla informação e não seguir sua orientação caracteriza um ato irresponsável. Para os estudantes da faculdade particular de Brasília, existe falta de informação, sendo o preconceito uma derivação da ignorância das pessoas em relação ao contexto da aids. Parece que a constatação do preconceito pelo grupo 2 o faz ter atitudes menos desfavoráveis para as distâncias sociais que envolvam situações formais, porém não diminui o desconforto nas relações com maior proximidade. Isto demonstra que sujeitos bem-informados não necessariamente tenham maior aceitação em relações próximas com as PVHA. O elemento da representação destacado pelo grupo no processo de ancoragem é o tratamento, possivelmente integrante do sistema periférico, além do preconceito, provavelmente pertencente ao núcleo central.

Como visto, os grupos dos universitários ancoraram a RS da PVHA de forma heterogênea, isto é, com variações da ênfase dos conteúdos e estruturas da representação, justificando suas atitudes diferentes na relação social intergrupar sorodiscordante. Os estudantes do grupo 1 ancoraram suas representações nas idéias centrais de transmissão e contágio, as quais se articulam com as idéias de incurável, prevenção e sofrimento do sistema periférico. O grupo 2 enfatizou o preconceito referente ao núcleo central, ancorando-o no elemento tratamento do sistema periférico. O grupo 3 ressaltou a representação da morte do núcleo central por meio dos elementos doente, doença e sofrimento referente ao sistema periférico. Este resultado confirma a perspectiva estrutural das RS proposta por Abric (1998), que revela a dinâmica entre o sistema periférico e o núcleo central de uma dada representação, ressaltando as características de homogeneidade de uma RS relacionada aos elementos do núcleo central, e de heterogeneidade ao sistema periférico.

Vistos os processos de ancoragem dos subgrupos participantes da pesquisa e suas respectivas relações com os possíveis elementos do sistema periférico e do núcleo central, passamos para a análise dos elementos dessas estruturas na RS da PVHA, considerando os aspectos históricos enfocados pelas pesquisas revisadas no capítulo 3 dessa dissertação. Na Figura 3, os elementos prováveis do núcleo central são contágio, morte e preconceito; e do sistema periférico são doente, doença, sofrimento, incurável, prevenção e tratamento.

Apesar dos esforços da sociedade civil organizada para estimular a percepção que a pessoa portadora do vírus é maior do que a doença em si (Vale, 2002), a RS da PVHA nos evidencia a forte vinculação entre a doença e a pessoa, tornando-a a própria encarnação da

moléstia. O termo mais associado foi doença ( $f = 61$ ) nas evocações totais, apresentando acentuada queda, pois os participantes não o referiram como elemento principal, passando para o sistema periférico. Porém, mais do que doente ( $f = 28$ ), a pessoa é representada como a doença em si.

Dessa forma, os vários elementos dos estudos sobre a RS da aids (doença) aparecem na representação do “aidético” (doente). Camargo et al. (2007, pp. 282-283) afirmam que “a representação social da aids é, ainda hoje, composta pelos elementos: doença, morte, medo, sofrimento e preconceito. Estes elementos são compartilhados pela população em geral”. Esse aspecto consensual da RS da aids se deve ao papel da mídia na historicidade do fenômeno como postularam Herzlich e Pierret (1992/2005), Lima (2006), e Naiff (1999), que fomentou a representação da doença associada à morte e ao sofrimento decorrente dessa proximidade.

A descoberta do coquetel como forma de tratamento é um marco na história da aids no mundo (Alencar et al., 2008), transformando a doença aguda e fatal em crônica e tratável, porém ainda incurável. Apesar da mudança na condição de pessoa moribunda (Naiff, 1999), nossos resultados ainda evidenciam a associação entre o portador e a própria doença e a morte.

O elemento prevenção também surge na RS da aids (Camargo et al., 2007) e conforme esse autor, é um termo recente na representação da doença associado às práticas promovidas pelas campanhas nacionais e internacionais de prevenção, para o controle da epidemia na população em geral. Este termo revela a forte identificação entre o doente e a doença para os nossos participantes, pois as campanhas de prevenção focam em comportamentos e hábitos como o uso de camisinha para evitar a infecção. Contudo, o termo foi associado ao portador do vírus e como podemos pensar em prevenção quando nos referimos à PVHA? A associação entre o doente e a doença se mostrou evidente nos resultados, possibilitando entendermos esse elemento pela representação da doença, na qual a relação íntima com a PVHA deve ser mediada pela prevenção, com o intuito de evitar o contágio. Ressaltamos que essa proximidade afetiva e sexual é fomentadora de atitudes desfavoráveis nos nossos sujeitos.

A representação do contágio foi objeto de estudo em Jodelet (1998). Essa autora considera pernicioso o silêncio sobre essa representação nas pesquisas sociais e especialmente referente à epidemia da aids, por se temer o reforçamento dessa condição. Ao invés, é importante colocá-la em evidência na tentativa de refrear os impactos prejudiciais na prevenção à doença e na relação social com as PVHA. O caráter contagioso

é uma espécie de mancha ou poluição construída socialmente “destinada a expressar, controlar e manter uma ordem social” (p. 24), que aparece como teorias pragmáticas na regulação das condutas e expectativas entre grupos sociais. Com o objetivo de examinar se atitudes em relação à aids e às disposições para adotar condutas preventivas poderiam ser esclarecidas pelas representações do contágio, a pesquisadora entrevistou 30 sujeitos no total, divididos em dois estudos. Uma condição norteou a escolha dos sujeitos, a variação do grau de relação com uma pessoa portadora do vírus, num continuum entre ausência de qualquer contato até ao contato íntimo e sexual, com intermediações de relações superficiais, de trabalho ou sociais.

A aids foi uma doença contagiosa de destaque para os participantes da pesquisa (Jodelet, 1998), que revelaram o conflito entre a visão médica e a moral/social. Contudo, esta dicotomia não requer a existência de apenas uma das dimensões, ao contrário, os sujeitos mostraram a coexistência desses sistemas normativos de forma que quando um estivesse operante o outro se encontrava latente. Ao reconhecer a aids como doença sexualmente transmissível e também pelo sangue, ela é ancorada no caráter contagioso de doenças que podem apresentar outras vias de infecção como saliva, ar, toque ou mosquitos, gerando dificuldade de limitar o conhecimento médico ao popular e corroborando para a manutenção de falsas crenças em relação ao perigo do contágio. Essas crenças errôneas não variaram entre os sujeitos de acordo com a proximidade com uma PVHA, mas em extensão e intensidade do uso, de acordo com o sentido de aproximação ou distanciamento ao portador do vírus.

De um lado, encontram-se os que, aplicando uma categorização moral e discriminatória, são levados a justificar a exclusão e o risco de transgredir uma proibição de contato, pela ameaça de contaminação diversa da sexual. De outro, encontram-se os que adotam a posição radicalmente oposta em relação aos aidéticos, e ao outro em geral, e que são levados a recorrer às ‘falsas crenças’ para fundamentar sua recusa à discriminação (Jodelet, 1998, p. 42).

Assim, a representação do contágio vinculada a uma concepção moralista justifica a discriminação do doente, visto como impuro ou poluidor. Quando associada a uma ética pessoal, que inclui a moral social, vai além dela, regendo “a relação interpessoal privada proibindo, por exemplo, a rejeição de amigos ou conhecidos afetados pela doença, como de qualquer pessoa diferente ou, ao contrário, levando a distinguir e preservar o *puro* (seus próximos, por exemplo)” (Jodelet, 1998, p. 44).

Essa vivência do próximo como puro pode ser constatada na inclusão dos parentes portadores do vírus no fator “inocentes” da EDS, como visto anteriormente. Entretanto, esse apoio familiar nem sempre é vivenciado pelas PVHA, como relatado por Almeida e Labronici (2007) e Cardoso e Arruda (2004), que perceberam na diferença de gênero uma variável importante no recebimento do apoio sócio-familiar. Os homens soropositivos receberam maior aceitação dos familiares do que as mulheres nas mesmas condições sorológicas. Segundo esses autores, essa diferença se dá pela historicidade do poder na relação entre gêneros na nossa sociedade. Assim, mesmo na relação social próxima, familiar, a igualdade de *status* entre os indivíduos é difícil de ser estabelecida, reduzindo a eficiência do contato para a diminuição do preconceito.

Em uma investigação com PVHA, Gonçalves (2005), pelo enfoque teórico da Bioética, entrevistou 15 sujeitos, maiores de idade, de ambos os sexos, assistidos pelo projeto com-vivência do HUB – Hospital Universitário de Brasília. Teve como objetivo identificar se esses portadores, a partir do recebimento do diagnóstico se sentiram como sujeitos poluídos e/ou poluidores, susceptíveis a uma reprovação moral sob o próprio olhar ou do outro. Através da análise de conteúdo, chegou a nove categorias. Destas categorias, destaca-se a internalização do papel poluído/poluidor, isto é, no processo saúde-doença, considerando todas as suas dimensões biopsicossociais, incluindo as históricas, o ser adoecido é avaliado dentro do juízo de valor proposto por Douglas (1976) como poluído/impuro, enquanto o ser saudável é não-poluído/puro. A PVHA não luta apenas contra os danos fisiológicos da infecção, mas também contra a perda de uma inclusão social anterior, uma pertença ao grupo social em que se achava inserido até o descobrimento da sorologia positiva para HIV. Até mesmo contar para pessoas próximas é evitado inicialmente. O medo da exclusão familiar, da evitação do contato físico que sabidamente não acarreta risco de contágio, e do julgamento moral de familiares são condições que reforçam o isolamento social vivido pelo portador de HIV.

A exclusão social é relatada na pesquisa de Gonçalves (2005) como um processo vivido pelo próprio sujeito e pela sociedade, família e profissionais de saúde. A identidade de agente poluidor e pessoa poluída está assimilada individualmente e no imaginário social. Por medo ou desinformação, os outros evitam os soropositivos. “Os códigos morais da sociedade incluída criam uma ferramenta eficaz para a não aceitação do indivíduo poluído no tecido social sadio” (p. 88). Este estudo aborda o preconceito como abandono, desprezo, receio, evitamento, esquivamento e avaliação moral, significando a exclusão social do soropositivo. O medo da rejeição reforça o isolamento social, com evitação de

relatar a realidade soropositiva para outros nos diversos níveis de intimidade. A pertença social é vivida em grupos de auto-ajuda na comunhão do espaço com outros soropositivos.

Outro termo do núcleo central da RS da PVHA é a morte. Este é um elemento que desde o surgimento da aids é associado à doença. Na época da aids aguda, Herzlich e Pierret (1992/2005) afirmam que o discurso constituído socialmente no início da epidemia estava relacionado ao sexo, sangue e morte, fornecendo os principais elementos para a construção da sua representação social. Na fase de latência da epidemia, Tura (1998) encontrou o termo morte como um dos constituintes do núcleo central da RS da aids para 797 estudantes da cidade do Rio de Janeiro. O núcleo figurativo dessa representação foi “doença que mata e não tem cura” (p. 148). Na época da aids crônica, encontramos o estudo de Camargo et al. (2007), que confirma a permanência do elemento morte no núcleo central da RS da aids compartilhada pela população em geral.

A morte, tão nitidamente apresentada como elemento do núcleo central das representações sociais da Aids e organizadora de várias cognições, é adjetivada pelos estudantes de forma a tornar-se distante, imaginária, sem concretude. É a morte *terrível, premeditada, lenta*, que dá pouca passagem para ações concretas; mobiliza antes o medo e a tentativa de afastamento no discurso moralista, que discrimina o ‘outro’ que não se previne, que ‘não liga prá nada’. Um discurso geral, indireto, não-personalizado, que produz formas de distanciamento e não leva à transformação na conduta (Tura, 1998, p. 152).

Embora estejamos tratando da RS da PVHA, as representações da aids foram associadas a este grupo de pessoas, percebidas como a encarnação da doença. A morte aparece como elemento do núcleo central, evidenciando a resistência à mudança dessa estrutura da representação, que apesar do tratamento ter mudado a condição da doença de aguda para crônica, permanece fortemente vinculada ao HIV/aids e ao seu portador.

Por fim, temos o elemento preconceito como constituinte do núcleo central da RS da PVHA. No início da epidemia, o preconceito foi associado à aids pela vinculação da doença aos grupos anteriormente estigmatizados (Góis, 2000; Sontag, 1989). Na evolução histórica da enfermidade, este elemento passou a impregnar o cotidiano dos portadores do HIV, afetando a sua adesão ao tratamento (Abdalla & Nichiata, 2008; Almeida & Labronici, 2007; Cardoso & Arruda, 2004; Herrera et al., 2008; Melchior et al., 2007) e a relação entre profissional de saúde e paciente (Fernandes & Horta, 2005; Ribeiro et al., 2006; Rodrigues et al., 2005), a empregabilidade (Garrido et al., 2007), a convivência

social com pessoas sorodiscordantes (Paiva et al., 2008; Regato & Assmar, 2004), extrapolando o erro primário do grupo de risco para tratar da vulnerabilidade em mulheres (Carvalho & Galvão, 2008; Cechim & Selli, 2007), em adolescentes (Lima & Pedro, 2008; Thiengo et al., 2005) e em idosos (Brasileiro & Freitas, 2006), suscitando mobilização de políticas pública para o combate à discriminação (Paiva et al., 2006).

Percebemos que o preconceito é um fenômeno que perpassa a relação social entre grupos sorodiscordantes desde a identificação da aids até os dias atuais. Mann (1987, citado por Almeida & Labronici, 2007; Parker & Aggleton, 2001) postula três fases da epidemia da aids em âmbito mundial, considerando-as três epidemias distintas. A primeira é a da infecção por HIV, que ocorre sem ser notada e se desenvolve ao longo do tempo. A segunda epidemia é a da aids propriamente dita, que evidencia a síndrome decorrente da infecção viral. A terceira é a das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas em resposta à aids. Esta epidemia é caracterizada pelo estigma, discriminação e negação coletiva resultante da convivência social com o HIV/aids.

O sucesso obtido no combate e tratamento da síndrome não é equivalente ao combate da terceira epidemia descrita anteriormente. Parece que os conflitos sociais que envolvem os portadores do vírus são mais complexos que a própria doença e a sua virulência. Parker e Aggleton (2001) se apóiam no conceito de estigma de Goffman (1981) para abordar os aspectos sociais da terceira epidemia e possíveis formas de combate.

Estigma é um atributo depreciativo, que torna a pessoa diferente das outras, incluindo-a numa categoria menos desejável socialmente. Quando uma pessoa é estigmatizada enfatiza-se o atributo estereotipado em detrimento de outras características desse sujeito, constituindo uma discrepância de valorização entre a identidade social virtual, que é imputada pelos outros nas relações intergrupais, e a identidade social real, constituída pelos atributos que a pessoa prova possuir. Se o estigma é evidente, ou seja, rapidamente percebido pelos outros, o sujeito se torna desacreditado, imediatamente excluído da relação social igualitária. Se o estigma não for evidente, podendo ser mascarado ou não informado aos outros, o sujeito se torna desacreditável, aceito na relação social até o momento em que o estigma for revelado. Para Goffman (1981, p. 7), existem três tipos diferentes de estigmas:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas ou rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental,

prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativa de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família.

Se pensarmos nas características físicas das PVHA, aqueles que apresentam a *cara da aids* com explícita manifestação da síndrome seriam os estigmatizados desacreditados. Já aqueles portadores do vírus sem sintomatologia seriam os estigmatizados desacreditáveis. Por isso, o forte impacto do efeito colateral da terapia antirretroviral conhecido como lipodistrofia na dinâmica relacional dos soropositivos, conforme registrado por Alencar et al. (2008). O surgimento do sintoma revela a convivência da pessoa com o HIV, expondo abertamente o estigma e potencializando a exclusão social decorrente da estigmatização.

Parker e Aggleton (2001) utilizam o estigma pela ênfase na construção social do conceito, ligando a discriminação à produção de poder e dominação nas relações intergrupais, gerando a desigualdade social. Mencionam haver trabalhos nas ciências sociais que lidam com essa temática, porém poucos foram associados à pesquisa sobre HIV/aids. Eles justificam da seguinte forma o seu entendimento:

Isso, suspeitamos, é o resultado do estigma e da discriminação concebidos como processos individuais – ou como algo que certos indivíduos fazem a outros. Embora tais visões possam parecer lógicas em culturas altamente individualizadas (tais como os EUA e certas partes da Europa) onde se ensina às pessoas que elas são agentes livres, elas não fazem muito sentido em outros ambientes. Em grande parte do mundo desenvolvido, por exemplo, as ligações e alegações ligadas à família, vizinhança e comunidade explicitam que o estigma e a discriminação, onde e quando aparecem, são fenômenos sociais e culturais ligados às ações de grupos inteiros de pessoas, e não conseqüências de comportamento individual (p. 12).

A exclusão social caracterizada pela terceira epidemia é um processo psicossociológico, em que a cultura, o poder e a ideologia interferem nas relações intergrupais e interpessoais dos sorodiscordantes, não podendo ficar restrito a análises intra ou inter-individuais. Por isso, esses autores se basearam no conceito de estigma e não de preconceito, que para eles é definido como “uma atitude desfavorável em relação a um grupo ou aos seus membros individuais” (Marshall, 1998, p. 522, conforme citado por Parker & Aggleton, 2001).

Esta definição de preconceito é postulada por Allport (1954/1962), que enfatizou os aspectos cognitivos e psicológicos desse fenômeno social. Como visto no capítulo 1 desta dissertação, a obra de Allport (1954/1962) é muito importante para a Psicologia Social pela sua sistematização e, sobretudo, para o desenvolvimento de teorias sobre o preconceito que abordaram outros níveis de análise dos conflitos sociais (Doise, 1984), além do intra e inter-individual dessa abordagem cognitivista. Assim, questionamos se a complexidade da terceira epidemia não pode ser estudada com escopos teóricos diferentes da abordagem de Parker e Aggleton (2001).

A Teoria da Identidade Social de Tajfel (1982) guarda algumas similaridades com o processo de estigmatização de Goffman (1981). Em ambos, os indivíduos são categorizados por atributos generalistas – estereótipo e estigma. A comparação social se dá pelo favorecimento do endogrupo que se distingue do exogrupo pela ausência de determinados atributos depreciativos. A identidade social se dá no complexo jogo entre o que é atribuído pelos outros e características reais vividas pelo indivíduo. Ambos os autores, relacionam as experiências interpessoais e intragrupo sob influência das experiências intergrupais, enfatizando aspectos psicológicos envolvidos nessas situações. Se percebemos semelhanças também encontramos diferenças entre esses pressupostos teóricos, por se tratar de duas teorias complexas. Porém, o que nos interessa é demonstrar que as teorias que envolvem o preconceito não ficaram restritas à definição adotada por Parker e Aggleton (2001).

O estigma e os processos sociais postulados por Goffman (1981) numa análise social da discriminação intergrupais, foram reduzidos nas pesquisas relacionadas à aids a algo estático, embora construídos culturalmente, levando à uma concepção mais psicológica do que sociológica do fenômeno (Parker & Aggleton, 2001). Por isso, esses autores abordaram o processo de estigmatização para além do conceito de estigma, buscando nos trabalhos de Foucault (1977 e 1988, conforme citado por Parker & Aggleton, 2001) o sentido de controle social pela sujeição ligado aos regimes estabelecidos de conhecimento e poder; e de Bourdieu (1983 e 1984, conforme citado por Parker & Aggleton, 2001) o entendimento de violência simbólica, atestando a discriminação em relação às desigualdades sociais e ideológicas. Toda essa construção teórica enfatiza a dinâmica cultural, poder e diferença no processo de estigmatização e discriminação às PVHA.

De forma semelhante à crítica formulada por Parker e Aggleton (2001) ao processo de estigmatização de Goffman (1981), a teoria de Tajfel (1982) foi criticada pelo

reducionismo psicológico da Teoria da Identidade Social, subtraindo importantes aspectos da relação social como a ideologia. A abordagem societal do grupo de Genebra inseriu na sua análise dos conflitos sociais esse aspecto, valorizando a dominação ideológica na relação intergrupar e definiu preconceito como uma forma organizada em torno das situações de poder entre grupos, que produzem RS justificadoras de atitudes negativas e comportamentos discriminatórios.

A dinâmica social que envolve o fenômeno aids não é marcada apenas pela identificação de um estigma que deprecia os portadores do vírus, mas é um palco de influências ideológicas com o intuito de submissão e controle social dessas pessoas, conforme afirma Parker e Aggleton (2001, p. 17):

Um foco sobre as relações entre cultura, poder e diferença na determinação da estigmatização motiva um entendimento da estigmatização e discriminação ligadas ao HIV e à AIDS como parte do que talvez possa ser descrito da melhor forma como **economia política da exclusão social** presente no mundo contemporâneo.

O desenvolvimento da epidemia ocorre num período histórico caracterizado por mudanças sociais rápidas, descrito como globalização. A característica principal desse momento é “uma reestruturação radical da economia mundial, ligada ao crescimento do que vem sendo descrito como capitalismo informacional” (Parker & Aggleton, 2001, p. 17). Essas transformações econômicas globalizadas reforçaram os processos de exclusão social presentes, por exemplo, nas relações de gênero, entre as classes sociais, grupos étnicos/raciais e religiosos. Além disso, há que se considerar a implicação desses processos na formação da identidade social dos grupos.

Isto, por sua vez, tornou possível começar a teorizar a mudança das construções de identidade em relação à experiência de opressão e estigmatização, bem como quanto à resistência a ela. Tal visão foi mais claramente articulada por Manuel Castells, que distingue entre *identidades legitimadoras*, que são ‘apresentadas pelas instituições dominantes da sociedade para estender e racionalizar a sua dominação *vis-à-vis* os atores sociais,’ *identidades de resistência*, que são ‘geradas pelos atores que estão em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação,’ e *identidades de projeto*, que são formadas ‘quando os atores sociais, com base nos materiais culturais a que têm acesso, constroem uma nova identidade que redefine a sua posição na sociedade e, por assim fazê-lo, buscam a transformação da estrutura social como um todo’ (Parker & Aggleton, 2001, p. 18).

Dessa forma, aspectos psicossociológicos que envolvem grupos afetados historicamente pela epidemia constituem dinâmicas ideológicas que sustentam a exclusão social das PVHA. A primeira associação da aids com a homossexualidade gera o compartilhamento dos signos de desvio, falta de higiene e pecado, suscitando a valorização do discurso tradicional cristão, no combate ideológico ao liberalismo homossexual, tido como pecado e cuja punição é uma peste fatal (Góis, 2000). Nessa associação surgem as primeiras metáforas – peste, câncer – que se cristalizaram no percurso histórico da epidemia (Sontag, 1989) e consubstanciaram a representação de contágio (Jodelet, 1998), que aparece como um elemento importante na RS da PVHA, conforme apontam nossos resultados.

A ambigüidade do uso das noções de contágio e de infecção é especialmente importante aqui, precisamente porque tal imprecisão lingüística possibilita, para muitos, a confusão entre aquilo que é de fato uma forma não particularmente “eficiente” (em termos epidemiológicos) de transmissão viral com as noções de contágio ou contaminação através do contato casual. Junte-se a isso o entendimento popular de que a AIDS é incurável e inevitavelmente fatal, e todos os estigmas associados a outras doenças sérias ou mortais têm sido reforçados com a ligação do medo da doença e da morte às noções estigmatizadas de sexualidade, gênero, raça e pobreza (...) formando uma teia entrelaçada de significados que constituem novas formas de estigmatização (Parker & Aggleton, 2001, p. 24).

Posteriormente, a noção de grupos e comportamentos de risco envolveu elementos estigmatizados – prostituição, promiscuidade, desvio sexual e drogas – e fortaleceram as propostas ideológicas de dominação do impuro e poluidor frente a uma população normal/pura, ameaçada pelos desvios de uma minoria desviante. Essa postura também foi ancorada na xenofobia, principalmente aos estrangeiros negros de países africanos, que atrelou a aids como doença do outro, cujas práticas sociais e religiosas são consideradas aberrantes (Joffe, 1994; Sontag, 1989).

As RS da aids também justificaram a dominação do grupo de portadores, fomentando a manutenção de uma distância social, que impede a quebra da barreira intergrupar. Numa análise correlata, Bruyn (1999, conforme citado por Parker & Aggleton, 2001, p. 23)

identificou cinco fatores que contribuem para o estigma da AIDS: (1) o fato de que a AIDS é uma doença ameaçadora à vida; (2) o fato de que as pessoas têm medo de contrair o HIV; (3) a associação do HIV e da AIDS a comportamentos já

estigmatizados em muitas sociedades (tais como sexo entre homens e o uso de drogas injetáveis); (4) o fato de que as pessoas com HIV e AIDS são freqüentemente consideradas responsáveis por terem contraído a doença; e (5) crenças religiosas ou morais que levam algumas pessoas a concluir que ter HIV ou AIDS seja o resultado de uma falta moral (tal como a promiscuidade ou o “desvio” sexual) que merece punição.

Assim, justificamos esta pesquisa na articulação da TRS para o estudo de problemas ligados à saúde, mais especificamente a aids, como uma alternativa teórica e metodológica válida para o estudo dos conflitos sociais, além da teoria de Goffman (1981). O preconceito na perspectiva da TRS é organizado e compartilhado socialmente, justificando atitudes e comportamentos que refletem a historicidade do fenômeno e as ideologias suscitadas no contexto social. Assim, justificamos que a nossa abordagem lida com o preconceito e não com o estigma, pois a aids e as pessoas que convivem com o HIV estão situadas em uma complexa teia de relação de poder e dominação, com conseqüente processo de exclusão social.

A nova proposta de Moscovici (2009, p. 21) para o entendimento dos fenômenos sociais estudados na nossa pesquisa se baseia na seguinte assertiva:

*/.../ o que importa é compreender que nossos preconceitos e nossos estereótipos não têm muito haver com as percepções e os conhecimentos de si ou dos outros, que não se trata absolutamente de informações de conhecimento que nós temos, mas de fatores de crença, até mesmo de memória coletiva. Isto é, trata-se de representações sociais que condicionam também a preeminência dos fatores psíquicos em certas relações em fenômenos sociais.*

Esse autor critica a Psicologia Social por ter negligenciado o jogo intrínseco e essencial da relação maioria e minoria social: a condição de perseguidor e os esforços de fugir da situação de perseguido, respectivamente. Dessa forma, os objetos de estudo da psicossociologia tais como exclusão, discriminação e identidade “são apenas manifestações desta perseguição que é, para assim dizer, a origem e a prova de cada minoria” (Moscovici, 2009, p. 25).

A relação entre a maioria e uma minoria é sustentada pela tradição, que está subjacente às RS concernentes aos aspectos desse grupo minoritário. Essa assimetria que outrora era visível na concretude dos muros que separavam o gueto judaico no holocausto, ou do Muro de Berlim que simbolizava a divisão mundial entre capitalistas e socialistas, ou

das cercas que delimitavam os antigos leprosários (Galinkin, 2003), também era sustentada e fortificada pelos aspectos psicológicos dos preconceitos flagrantes. Aquelas barreiras de contato foram destruídas graças às legislações que postulam a igualdade de direitos entre grupos sociais diferentes. Infelizmente, a destruição do concreto não significou a inexistência da perseguição, que se tornou sutil e invisível, mas persistente assim como o são as representações sociais das minorias. Esta sutileza do preconceito não se refere à identidade ou diferenciação, mas a uma questão significativa de desumanização nas relações sociais entre maioria e minoria (Moscovici, 2009).

A perpetração da perseguição entre grupos se dá pela transmissão de conteúdos representacionais ao longo da história, ligando uma RS a outra por matrizes denominadas de *thematas*, como já foi dito anteriormente. Estas são antinomias ou eixos dialéticos que perpassam o discurso científico e o senso-comum sobre objetos sociais que criam, mantêm e renovam representações. Para Moscovici (2009) três *thematas* são significativos nessa configuração da relação maioria e minoria: a do puro-impuro, a assimetria entre minoria e maioria, e a proibição de contato.

Antes de debatermos cada *themata* especificamente, é importante elucidarmos o que entendemos por grupo majoritário e minoritário. A maioria e a minoria são determinações psicossociais que diferem quanto ao grau de autonomia, segundo a teoria lewiniana. A maioria é um grupo autônomo, que dispõe de estruturas e direitos auto-determinados no plano da sua existência coletiva, independente da quantidade de membros que a integram. “Assim, minorias demográficas podem constituir maiorias psicológicas” (Mailhiot, 1981, p. 30). A minoria depende da boa vontade e da tolerância da maioria para existir, percebendo-se como menor, sentindo-se e se conhecendo como tutelados, sem sentidos favoráveis para o seu futuro.

O processo de identidade grupal, para Lewin (1948/1978), não é orientado pelas questões de semelhanças e diferenças como postulou Tajfel (1982), mas pela interdependência dos seus membros na relação com o exogrupo. Assim, não adianta um indivíduo do grupo minoritário tentar se normalizar, ou seja, adotar condutas do grupo majoritário, pois quando as manifestações preconceituosas afloraram na relação intergrupal, de nada adiantará seu “bom comportamento” na tentativa de inclusão e aceitação do exogrupo. O estigma lhe será associado, independente do seu procedimento.

Esta prática ocorre em muitos movimentos migratórios devido às necessidades econômicas. Quando uma população precisa de mão-de-obra para trabalhar naquilo que os cidadãos locais não podem ou não querem executar, incentiva-se a imigração e se assegura

um acolhimento como se natural fosse daquela região. Porém, quando os movimentos sazonais da economia mudam para a escassez, a atribuição da culpa é imposta aos imigrantes pela falta de empregos e crise que se instalou na região.

Em versos mais populares, lembramos a canção Geni e o Zepelim, de Chico Buarque, em que a maldita meretriz era discriminada pela sociedade devido ao seu comportamento vulgar. Com o flagelo de uma guerra, que ameaçava destruir o local, e o inusitado encantamento do comandante com a meretriz, Geni foi chamada a salvar a cidade, que a louvava como bendita. Saciados os desejos do soldado, a cidade volta à normalidade, então o estigma de maldita meretriz retoma o seu lugar, evidenciando que a historicidade da discriminação é uma prática normal no meio social, sem prejuízo ético para a maioria preconceituosa.

Não obstante Lewin entender o preconceito como uma frustração social que geram três mecanismos de defesa – “a generalização gratuita, sem provas em apoio; o deslocamento ou a descarga agressiva sobre bodes expiatórios; e a racionalização ou a auto-justificação” (Mailhiot, 1981, p. 86), e essa compreensão guardar alguma semelhança com as teorias do legado freudiano, aquele autor não compreendia o fenômeno do ódio a si mesmo pelo viés psicológico apenas. Esse mecanismo de auto-depreciação comum aos membros dos grupos minoritários, pode ser um fenômeno individual quando se recrimina uma pequena fração do endogrupo, por exemplo, a família ou a si mesmo. Porém, tem um caráter essencialmente social, pois é vivido como recriminação a subgrupos e está relacionado a uma atitude social ao invés de estruturas mentais ou emotivas da personalidade do indivíduo.

A auto-depreciação nas PVHA foi relatada por Queiroz (1999) ao mencionar o sentimento de culpa dos portadores do HIV nas relações intergrupais sorodiscordantes. Essa culpa aparece em decorrência da assimilação dos estigmas a que este grupo está sujeito quando a sua sorologia é revelada nas situações sociais. Conforme Parker e Aggleton (2001, p. 20), levando em consideração a historicidade da epidemia no mundo, pode-se identificar quatro eixos

que parecem estar quase que universalmente presentes em todos os países e culturas na evolução de suas respostas ao HIV e à AIDS: 1) estigma em relação à sexualidade; 2) estigma em relação ao gênero; 3) estigma em relação à raça ou etnia; e 4) estigma em relação à pobreza ou à marginalização econômica.

O primeiro estigma se refere às primeiras representações da aids objetivadas aos homossexuais, que teve nos signos de desvio, falta de higiene e pecado (Góis, 2000) os pressupostos geradores e mantenedores da RS da aids e da PVHA até os dias atuais como identificado no campo representacional desta pesquisa. Por ação dos desviantes, dos bissexuais (Joffe, 1994) e das profissionais do sexo (Parker & Aggleton, 2001), a síndrome passou para a maioria inocente, que se encontrava moralmente distantes da aids. Este último grupo simboliza o segundo estigma ligado ao gênero, pelo comportamento promíscuo feminino. Mesmo em se tratado de mulheres que não são profissionais do sexo, o estigma é mais empregado nas relações de dominação de gênero, acarretando uma atribuição de culpa e restrição de apoio às mulheres soropositivas para o HIV (Almeida & Labronici, 2007; Cardoso & Arruda, 2004).

O terceiro estigma também remonta os primórdios da época da aids aguda, quando a síndrome foi associada aos haitianos e estendida aos africanos tanto pelo discurso reificado quanto no senso-comum, como já foi dito anteriormente. Aos ritos religiosos e sexualidade dos negros atribuiu-se a responsabilidade pela transposição do vírus HIV dos macacos para os humanos. Os padrões xenofóbicos ancoram a RS da aids como doença do outro (Joffe, 1994). Esta ligação com o continente africano acentuou o quarto estigma relacionado à pobreza e à marginalidade econômica (Parker & Aggleton, 2001). A doença que surgiu como própria da classe média, logo tomou contornos de pauperização, consubstanciada na falta de higiene, de informação e de cuidado com a saúde.

Esta pronta associação entre a PVHA e os estigmas exemplifica o entendimento de Moscovici (2009) quanto à *themata* assimetria entre maioria e minoria. A arbitrariedade na atribuição do estigma a uma minoria pela maioria é a constatação da perseguição que este grupo submete os tidos como socialmente inferiores, marcando-os simbolicamente para a confirmação da relação social assimétrica. Enquanto grupo marcado, a minoria tem seu espaço delimitado na vivência social, não lhe sendo permitida a quebra da barreira de contato entre grupos.

Esta constatação nos remete à *themata* da proibição do contato para a formação do preconceito (Moscovici, 2009). Esta é caracterizada pela “separação e os comportamentos de rejeição infligidos pela maioria à minoria que habita em uma mesma comunidade impedem a aproximação na vida cotidiana e objetiva” (Moscovici, 2009, p. 28). Esse autor resgata a teoria de Lewin (1948/1978) para explicar a barreira de contato entre a maioria e a minoria como uma questão ético-histórica, influenciada pelo viés cultural de uma sociedade.

Na movimentação intragrupal e na relação intergrupala é que estão as contribuições de Lewin (1948/1978) para o entendimento de Moscovici (2009) sobre a proibição do contato, nessa nova abordagem do preconceito na TRS. Utilizando conceitos do estudo topográfico da Teoria de Campo, Lewin (1948/1978) faz uma leitura da movimentação intragrupal dos indivíduos. O espaço vital de uma pessoa é composto por regiões que variam de graus de liberdade de ação – em algumas há extrema liberdade, outras não há nenhuma, e situações intermediárias em que a ação não é proibida, mas a pessoa se sente limitada ou impedida no interior dessa região. O conceito de fronteira é primordial nessa abordagem, que pode delimitar com nitidez em quais regiões a pessoa está livre ou não para agir e se manifestar com naturalidade, de acordo com as regras estabelecidas socialmente para cada região. Assim, há regiões que a pessoa pode se comportar com liberdade individual e outras que a pressão social é extrema, restringindo a espontaneidade e submetendo a pessoa aos ditames sociais. Esta análise de Lewin (1948/1978) levou em consideração grandes grupos, por exemplo, os alemães e os estadunidenses.

Outro conceito importante da teoria lewiniana é o de distância social, que corrobora com o instrumento da nossa pesquisa. Mailhiot (1981) faz uma diferenciação entre distância psicológica e social. A primeira é um fenômeno intragrupal, em que, por características psicológicas, ocorre uma distância decorrente da percepção de incompatibilidade. A distância social é um fenômeno intergrupala, cuja distância é mantida pela simples condição de pertencimento ao exogrupo. Adotamos nesta pesquisa a definição operacional sociológica de Lewin (1948/1978, p. 38) em que “as diferenças de distância social podem ser definidas como os diferentes graus de intimidade da situação que a pessoa esteja disposta a partilhar com a outra”. Na Figura 5, vemos uma divisão topográfica das camadas centrais e periféricas, nas quais quanto mais central a região maior a intimidade e a sensibilidade da pessoa.

As diferenças histórico-culturais tendem a firmar padrões de intimidades dos grupos. Se a cultura é mais restrita ao contato com os outros, a barreira da intimidade acontece na região 4 e as fronteiras das regiões são bem delimitadas, com um processo gradual de transição entre um grau de intimidade para o outro. Se a tendência cultural for uma abertura para a relação, a barreira de intimidade se localizará em regiões mais centrais como a 2 ou a 3. Isso não quer dizer que a relação é mais íntima, apenas existem mais regiões periféricas. Uma relação será íntima quando houver quebra da barreira entre as pessoas, independente da região onde ela se encontre.

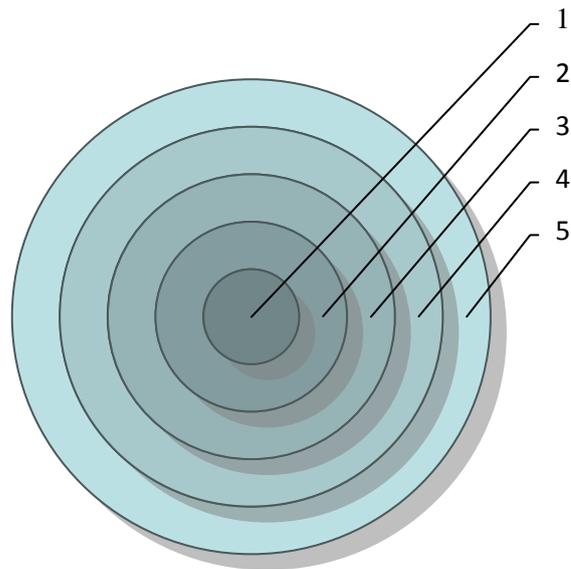


Figura 5 – Regiões periféricas e centrais da pessoa.  
Fonte: Lewin (1948/1978).

O nível de análise inter-individual lewiniano foi extrapolado para as relações intergrupais. Essa distância social é o resultado do processo de despersonalização do outro, com uma conseqüente relação vertical entre os grupos (Mailhiot, 1981). No caso da percepção da maioria frente à minoria, há uma percepção de cima para baixo, com a desvalorização do outro por meio do menosprezo, arrogância ou condescendência. Assim como em Tajfel (1982), o outro é visto como representante de um grupo, considerando seu posicionamento social e sem muitas características individuais.

Como visto nos resultados da EDS, os homens e mulheres universitários do Distrito Federal tendem a apresentar barreira à intimidade com as PVHA nas camadas mais periféricas. As relações formais não fomentam atitudes desfavoráveis. A partir das relações de vizinhança e amizade até as relações íntimas percebemos um aumento gradativo do desconforto nessas aproximações. Comparados a outras culturas ocidentais, como a européia ou norte-americana, vivemos numa sociedade com abertura ao contato, então o fato dessas barreiras se apresentarem nas camadas iniciais pode ser explicada pela existência do preconceito na relação intergrupar entre sorodiscordantes.

As RS da PVHA para universitários do Distrito Federal revelam a forte associação entre o portador e a aids, como se ele fosse a encarnação da própria doença. Essas representações justificam atitudes desfavoráveis à aproximação com o portador, que

envolvam maior proximidade que as situações formais de convívio social. Constatamos nessas representações, o preconceito como um elemento presente no núcleo central e conjuntamente com a idéia de contágio e morte geram significados e determinam sua organização.

As representações de contágio não são apenas respostas cognitivas para a necessidade psíquica da gestão da limpeza e da poluição, da atração e repulsão, do puro e do impuro (Douglas, 1993, conforme citado por Jodelet, 1998). Para esta autora, “essas construções aparecem como teorias elaboradas numa perspectiva prática de regulação da conduta, das ações e das expectativas constitutivas da sociedade” (Jodelet, 1998, p. 24). Por meio desse entendimento, encontramos no núcleo central da RS da PVHA a manifestação da terceira *themata* postulada por Moscovici (2009) – a do puro e do impuro. Esta é responsável pela identificação da minoria impura como uma anomalia hospedada no seio da maioria pura.

O estudo antropológico de Douglas (1976) identificou o surgimento da idéia de contágio nas culturas tidas como primitivas, remontando antinomias que passaram ao longo da história do processo civilizatório de uma cultura para outra. Não se trata de noção rígida que se repetiu passivamente na evolução humana, ao contrário, contágio e pureza são idéias que se atualizaram nos contextos e não implicam em rigidez psicológica ou social.

A noção de impureza está associada à desordem, nas palavras de Douglas (1976, p. 12) “a impureza é uma ofensa contra a ordem. Eliminando-a, não fazemos um gesto negativo; pelo contrário, esforçamo-nos positivamente por organizar o nosso meio”. Assim, ações como separar visando uma purificação ou punir as transgressões que levem à impureza são sistematizações para manter uma ordem. No pensamento primitivo, essa prevenção contra a poluição seria uma forma de evitar catástrofes advindas de poderes místicos. Nesse jogo de relações sustentadas por condutas morais impostas para evitação de uma contaminação, há a confirmação do poder de alguns e a coibição ou julgamento dos comportamentos de outros.

Assim, na assimetria intergrupar, a maioria pura, valorizada moralmente, tem o poder de julgar o comportamento transgressor da minoria, exaltando o seu mal e punindo-lhe com a intransponibilidade da barreira do contato entre esses grupos. Para Moscovici (2009) as *thematas* formam eixos imbricados que produzem representações

preconceituosas da maioria para uma minoria, num processo de manutenção da distância social entre estes grupos e legitimando a perseguição opressiva.

Neste estudo, encontramos evidências que a relação intergrupar sorodiscordante é mediada por RS preconceituosas. As RS das PVHA para os estudantes universitários de Brasília geram, mantêm e renovam atitudes preconceituosas de distância social. Estão associadas diretamente às representações da aids, que por sua vez foram ancoradas na homossexualidade, promiscuidade, comportamentos desviantes. Como objeto de estudo, as relações sociais entre grupos sorodiscordantes mostraram-se profícuas para o esclarecimento dessa nova abordagem do preconceito pela TRS. Para identificar como se dá essa mediação e os aspectos representacionais envolvidos na relação entre grupos, elaboramos o estudo II, descrito a seguir.

## ESTUDO II

### PRÁTICAS EM SITUAÇÕES DE RELAÇÃO INTERGRUPAL

No estudo I, investigamos a estrutura e conteúdo das RS das PVHA entre universitários do Distrito Federal, assim como as dimensões da informação, atitude e campo representacional dessa representação. Neste segundo estudo, procuramos compreender as interações entre grupos, mediadas pelas RS das PVHA, a fim de identificar a existência ou não de preconceitos nestas relações e a sua manifestação comportamental. Com este estudo pretendemos, portanto, responder as perguntas de pesquisa:

1. As RS acerca das PVHA mediam as relações sociais entre grupos sorodiscordantes?
2. Qual o impacto das RS acerca das PVHA no cotidiano das casas de apoio as essas pessoas?

Dessa forma, neste estudo empírico buscamos acessar as práticas relacionais da vivência intergrupar sorodiscordante. Para acessar essas práticas, procuramos uma amostra de conveniência, que sabidamente havia o mínimo de relação entre pessoas com sorologias diferentes. Convidamos para participarem da pesquisa os dirigentes das casas de apoio às PVHA do Distrito Federal e os seus vizinhos.

#### **Objetivos:**

- 1) Identificar a existência de preconceito em situação de convivência social;
- 2) Acessar o reflexo do preconceito nas práticas entre os grupos sorodiscordantes;
- 3) Verificar o impacto dessas práticas nas experiências das casas de apoio do Distrito Federal.

**Participantes:** foram constituídos dois grupos. Um grupo foi composto por nove vizinhos de casas de apoio às PVHA do Distrito Federal, sendo três homens e seis mulheres. Quanto à faixa etária, quatro tinham idades entre 18 e 40 anos, e quatro entre 41 e 60 anos. Apenas um participante tinha mais de 61 anos. Em relação à escolaridade, quatro tinham o ensino fundamental, quatro o ensino médio e um o ensino superior incompleto. Quanto à religião, seis eram católicos, dois evangélicos e um sem religião definida. No segundo grupo participaram todos os quatro dirigentes das casas de apoio às PVHA do Distrito Federal, sendo um homem e três mulheres. Em relação à faixa etária, as idades variaram entre 40 e 61 anos (especificamente, 41, 44, 58 e 61 anos). No aspecto religioso, um é católico, outro

espírita e dois evangélicos. Quanto à escolaridade, dois possuíam o ensino médio completo e dois o ensino superior completo.

**Instrumentos e materiais:** com os vizinhos foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (cf. roteiro no Anexo III), focando os seguintes aspectos: a imagem da pessoa que vive com HIV/aids, seu estigma e a distância social – comportamentos de convívio entre grupos, com as proibições e permissões de contato. Os eixos principais da entrevista foram: informações sobre aids e sobre as pessoas que vivem com a infecção, relações sociais entre grupos sorodiscordantes e diferenciação entre as pessoas. Retiramos o termo preconceito, evitando a desajustabilidade social do respondente para se mostrar não preconceituoso.

Com os dirigentes das casas de apoio do DF também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (cf. roteiro no Anexo IV) com focos nos seguintes aspectos: funcionamento da casa de apoio, relação com a comunidade e percepções de preconceito e discriminação na casa e na comunidade. Os eixos principais da entrevista são: o histórico da casa, as pessoas que trabalham e residem na instituição, relação com a comunidade e percepções de diferenciação. Da forma semelhante ao procedimento adotado nas entrevistas com os vizinhos, retiramos o termo preconceito, evitando o enviesamento das respostas.

Todas as entrevistas terminam com perguntas sócio-demográficas, para melhor caracterização dos participantes. Utilizamos gravador digital de voz para o registro das entrevistas.

**Procedimento de coleta:** Em julho de 2009, fomos às residências dos vizinhos das casas de apoio e os convidamos a participar da pesquisa. Apenas um casal permitiu a entrada na casa, com os quais fizemos as entrevistas mais longas, por volta de meia hora cada. Os outros sete participantes nos receberam no portão da casa e as entrevistas duraram 10 minutos em média.

Em relação aos dirigentes das casas de apoio, entramos em contato telefônico com eles em outubro de 2008 e marcamos as entrevistas para o mês de novembro do mesmo ano nas respectivas casas de apoio<sup>7</sup>. Todas as entrevistas foram registradas com gravadores

---

<sup>7</sup> No momento da entrevista, estávamos acompanhados por alunos da disciplina Tópicos Especiais em Psicologia Social – Conflitos Sociais, ministrada para o curso de graduação de Psicologia da Universidade de Brasília, que também participaram como entrevistadores, sendo que cada aluno participou de uma entrevista.

digitais de voz e transcritas, com a anuência do participante. As entrevistas duraram, em média, 50 minutos. Antes das entrevistas, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cf. Anexo V), ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador. Neste termo, a palavra preconceito foi suprimida, para evitar o efeito de enviesamento das respostas.

**Procedimento de análise dos dados:** O conteúdo das entrevistas foi analisado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), proposto por Max Reinert, em 1979 na França. Trata-se de uma técnica de análise lexical e semântica de palavras que realiza uma análise estatística de dados textuais visando sintetizar e organizar as informações mais importantes de um texto.

Cada entrevista constitui uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), identificada a partir das variáveis suplementares (idade, sexo, escolaridade, religião e status – vizinho ou dirigente de casa de apoio). O conjunto de todas as entrevistas realizadas compõe o *corpus* discursivo. Na primeira etapa de análise do *corpus* textual, as UCI são divididas e classificadas em Unidades de Contexto Elementar (UCE), isto é, segmentos de texto de aproximadamente três linhas dimensionadas pelo programa. O programa efetua agrupamentos lingüísticos semelhantes e repetitivos, a partir da identificação de UCE distintas, formando eixos e classes de palavras em função das frequências e de teste de *qui-quadrado*, com associações de palavras entre si e das palavras com suas respectivas classes. Esta análise, denominada Classificação Hierárquica Descendente (CDH), apresenta os eixos e classes lexicais e suas oposições sob a forma de uma árvore ou dendograma. O dendograma possibilita visualizar a relação (de 0 a 1) e a participação de cada classe (em percentil) no *corpus* analisado.

O programa fornece uma lista das palavras que compõem cada classe a partir do cálculo do *qui quadrado* ( $\chi^2$ ), uma medida de associação entre variáveis qualitativas, que se baseia na comparação entre os valores observados para cada variável e, indica assim, quais as palavras mais significativas para a composição da classe, ou seja, aquelas que mais atribuem sentido à classe. O mesmo é feito para as

UCE. Esse cálculo é importante para a interpretação dos sentidos das classes, por que associa a elas palavras e estruturas de textos enunciadas nas UCEs que permitem ao pesquisador apreender, a partir dos elementos semânticos, as idéias que lhe definem. Para cada classe de palavras, o ALCESTE possibilita ainda que o pesquisador identifique dentre as variáveis estabelecidas, aquelas que são típicas, ou seja, aquelas mais associadas à classe (Leão-Almeida, 2009, p. 77).

As etapas realizadas pelo ALCESTE que foram utilizadas neste estudo estão descritas na Tabela 13.

Tabela 13. Etapas de análise realizadas pelo *software* ALCESTE

<b>ETAPAS DE ANÁLISE DO ALCESTE</b>	
1. Leitura do Texto e cálculo dos dicionários	a) Reformatação e divisão do texto em segmentos similares – UCE; b) Pesquisa do vocabulário e agrupamento das ocorrências das palavras por meio das suas raízes (formas reduzidas); c) Criação do dicionário das formas reduzidas.
2. Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE	a) Seleção das UCE em função dos seus vocabulários e cálculo da matriz das formas reduzidas cruzadas com a UCE; b) Cálculo das matrizes de dados para a classificação Hierárquica Descendente; c) Classificação Hierárquica Descendente definitiva.
3. Descrição das classes de UCE escolhidas	a) Definição das classes escolhidas; b) Descrição das classes. c) Análise Fatorial de Correspondência (AFC), gerando uma representação gráfica das relações entre as classes e as variáveis dispostas em um plano fatorial.
4. Cálculos complementares	a) Fornecimento das UCE mais características de classe; b) Pesquisa de segmentos repetidos por classe; c) Construção de uma matriz de formas associadas a uma mesma classe, cruzando com as UCE da referida classe; d) Eleição das palavras mais características de cada classe para a demonstração de um “index de contexto de ocorrência”; e) Exportação das UCE para outros programas de informática.

Fonte: Ribeiro (2005).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciarmos a descrição dos resultados propriamente ditos, acreditamos serem necessários alguns esclarecimentos. O primeiro é com relação ao conceito de práticas sociais na TRS. Ainda sem uma definição concisa, o termo foi considerado pelas suas características peculiares em Trindade (1998, p. 4): “1) a identificação de um conjunto de ações (uma ação não faz uma prática), e 2) a necessidade de que estas ações se apresentem como organização encadeada e padronizada”.

Outro ponto importante é que as práticas sociais não são restritas a um ambiente específico na abordagem da TRS, isto é, elas ocorrem no cotidiano dos grupos. Um exemplo dado por Almeida, Santos e Trindade (2000) é na investigação das RS da religiosidade. Os ambientes propícios para a sua investigação podem ser as igrejas, os grupos de oração, porém estas práticas também acontecem em outros locais e situações que os indivíduos participem. Dessa constatação, percebemos a complexidade metodológica envolvida na pesquisa que aborde esse aspecto, pois a relação entre representações e práticas pode variar (as representações podem determinar as práticas, assim como as práticas podem determinar as representações, ou haver uma relação dialética com determinação mútua), necessitando de metodologias distintas para investigar cada uma delas.

Um método recomendado é a observação participante, que possibilitou Jodelet (2004) acessar as representações do contágio da loucura pelas práticas domiciliares de separação de objetos, roupas etc. Contudo, não foi possível o emprego dessa metodologia na nossa pesquisa, devido a limitação de tempo, levando-nos a usar entrevistas para acessar as práticas assumidas e verbalizadas pelos participantes.

O ambiente escolhido foi aquele que sabidamente poderia haver contato entre grupos sorodiscordantes para acessarmos as práticas nesta relação social. Por conveniência, fomos a campo em três cidades satélites do Distrito Federal e convidamos os vizinhos das casas de apoio para participarem deste estudo. Essas entrevistas foram rápidas, pois sete aconteceram no portão da casa dos participantes, em condições que estimulavam respostas mais curtas e resumidas. Apenas dois sujeitos nos convidaram para entrar em suas casas, como já foi dito anteriormente. As entrevistas com os dirigentes das casas de apoio nos permitiram acessar essas práticas de forma mais clara, pois três delas ocorreram nas

respectivas instituições e outra na residência de um dos dirigentes. Todos eles nos receberam bem e se mostraram solícitos para o estudo.

As 13 entrevistas formaram o *corpus* textual, ou seja, foram analisadas conjuntamente. Como resultado, obtivemos três eixos com quatro classes distintas, conforme a Figura 6. Seguindo a formulação de Doise, Clémence e Lorenzi-Cioldi (1993) sobre as RS, os resultados serão dispostos da seguinte forma:

a) o campo representacional, que revela a percepção compartilhada do objeto social, que pode ser derivada de uma definição institucionalizada dele, analisado pela Classificação Hierárquica Descendente, com a identificação e reconstrução do discurso coletivo dos vizinhos e dirigentes das casas de apoio às PVHA;

b) os princípios organizadores das diferenças individuais, mostrando as dimensões subjacentes das posições sociais dos indivíduos na estrutura do campo representacional, identificados pelas Análises Fatoriais de Correspondência (AFC) e a superposição dos gráficos resultantes dessas análises, mostrando as diferenciações presentes nos discursos em função das suas relações de proximidade e de oposição; e

c) a ancoragem destes princípios organizadores. Por meio das análises anteriores, evidenciamos a ancoragem das posições individuais na realidade simbólica e coletiva.

## **1 – O Campo Representacional – A Ordem**

A análise da Classificação Hierárquica Descendente do programa ALCESTE sobre as falas dos vizinhos e dirigentes das casas de apoio às PVHA do Distrito Federal indicou que o campo representacional se organiza em torno de três eixos, aqui denominados Ordenamento Institucional, Social e Moral. O primeiro agrega 20,5% do total do *corpus* e se refere às regras e normas institucionais que são aplicadas para o funcionamento das Casas de Apoio. O segundo eixo agrega 51,5% do total do *corpus* e se refere às normas sociais que definem as relações intra e intergrupais, sobre as quais se pautam as relações entre os usuários da Casa de Apoio. O terceiro eixo explica 28% do total do *corpus* e se refere aos valores morais adotados pelos dirigentes das Casas de Apoio em suas relações interpessoais com os moradores ou PVHA.

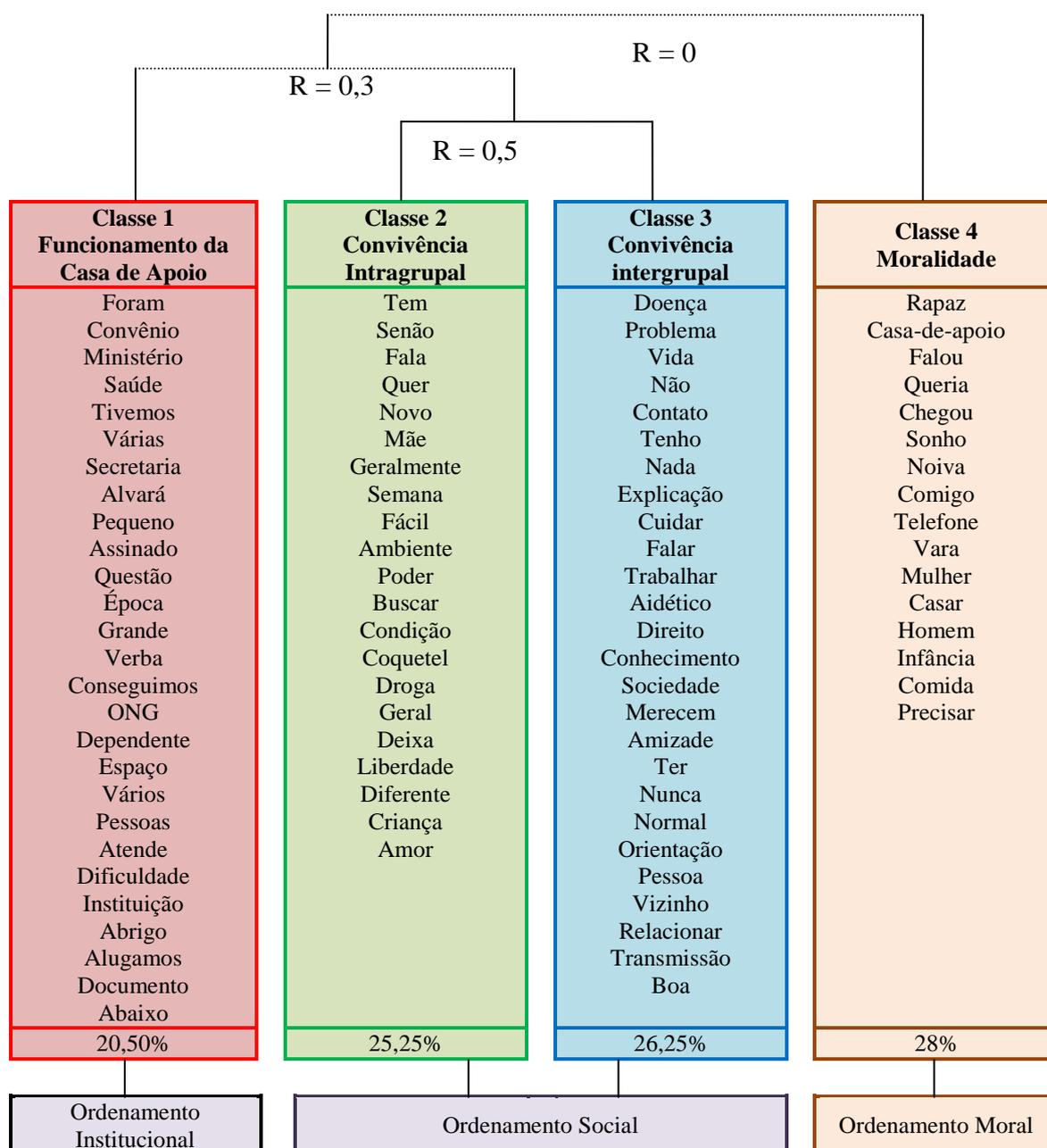


Figura 6 – Classificação Hierárquica Descendente sobre as entrevistas dos dirigentes e vizinhos das Casas de Apoio às PVHA (N=13).

### Eixo “O Ordenamento Institucional”

Este eixo é composto pela Classe 1 – “Funcionamento da Casa de Apoio” -, que expressa a idéia de criar uma casa de apoio, a qual nasceu do trabalho ou convivência anterior dos dirigentes com PVHA. A partir da decisão tomada, a dificuldade foi conseguir recursos financeiros para alugar o local e prover a manutenção básica para os cuidados com os portadores do vírus. Os dirigentes se queixam da burocracia nacional e distrital para conseguir financiamentos que subsidiem a instituição.

*Nos primeiros dois anos da existência desta portaria (do Ministério da Saúde), nós tentamos convênio com a Secretaria de Saúde, mas foi muito difícil, porque eles não repassavam a verba. Teve épocas que nós ficamos oito ou nove meses sem repasses, e mantivemos a ONG com os salários dos funcionários atrasados. A gente vivia com doações da comunidade mesmo e alguns empresários tinham um preconceito absurdo (Dirigente da casa de apoio 4).*

*Mas aqui a gente vive. Nós não temos ajuda nenhuma do governo. A documentação é muito morosa. A gente tem dificuldade em tirar documentos, por causa da burocracia do Estado, temos pouca ajuda (Dirigente da casa de apoio 3).*

A primeira instituição brasileira para abrigar PVHA sem recursos financeiros foi a Casa de Apoio Brenda Lee em São Paulo, em 1985. Na esteira das ações da sociedade civil organizada, que se iniciou no País naquele mesmo ano, para o enfrentamento da aids na época da fase aguda da doença, o travesti Brenda Lee “transformou o pensionato Palácio das Princesas, misto de pensão/casa de programa de travestis, em local onde inicialmente eram atendidos somente travestis soropositivos, mas que, com o passar do tempo também recebia homens que não eram travestis” (Galvão, 2000, p. 68). Naquele momento histórico da epidemia, outras instituições surgiram com a mesma função, por vezes associadas a religiões como o Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum (candomblé) ou a ALIVI – Aliança pela Vida (católica). A mais popularizada pela mídia foi a Sociedade Viva Cazusa, dirigida pela mãe do cantor que foi a “cara da aids” no Brasil.

Essas instituições acolhiam portadores do vírus HIV e doentes de aids em situação de exclusão social na atenção aos cuidados paliativos à saúde de seus residentes. Com o advento do coquetel (Alencar et al., 2008; Naiff, 1999), houve a possibilidade de estabilização dos prejuízos físicos da síndrome. Contudo, a vivência da exclusão permaneceu, consolidando essa forma de atendimento às PVHA para fornecer alimentação e moradia, além dos cuidados à saúde dos seus moradores, com acompanhamento em consultas e administração dos remédios. As casas de apoio “configuram-se como equipamentos para acolhimento e acesso à assistência multidisciplinar à saúde de portadores sem recursos financeiros e/ou condições familiares para a convivência diária com as demandas que a síndrome acarreta no seu cotidiano” (Soares, Forster & Santos, 2008, p. 170).

O aumento dos índices epidemiológicos e a correspondente demanda dos serviços de saúde corroboraram para o Estado reconhecer a necessidade da parceria com entidades da sociedade civil organizada a fim de garantir o direito à saúde e à reintegração na

comunidade. O Ministério da Saúde passou a favorecer a implantação de casas de apoio por meio de financiamentos regulamentados na Portaria GM 1824/2004. Além do incentivo, exerce também o monitoramento sobre o funcionamento técnico das instituições para assegurar as exigências mínimas de biossegurança e o cumprimento dos objetivos de assistência à saúde, fortalecimento dos laços sociais e familiares, e a reintegração à sociedade.

Neste sentido, as Casas de Apoio desenvolvem um trabalho de complementação direta com a unidade de Serviço de Assistência Especializada-SAE local, garantindo a continuidade deste investimento do Governo e os meios necessários para o alcance dos seus melhores resultados. Entre eles, naturalmente, além da melhoria biopsicossocial do paciente, o resgate da sua plena cidadania (Ministério da Saúde, 1997).

A demanda pelo serviço da casa de apoio é grande, apesar das dificuldades encontradas na sua administração. Geralmente, os residentes são encaminhados pelos setores de assistência social do governo. Os administradores gerenciam problemas de espaço e recorrem à criatividade para sustentar financeiramente seus serviços, que podem funcionar com mão-de-obra assalariada ou voluntária, de acordo com suas escolhas e possibilidades. Esta classe – Implantação da Casa de Apoio – se refere à rotina administrativa e aos problemas enfrentados nas instituições do Distrito Federal.

*No primeiro mês, eu creio que tinha mais de vinte pessoas dentro da instituição. Era um local muito pequeno, apenas três quartos, uma sala, uma cozinha. Não tinha muito espaço, era muito pequeno. Atualmente, a média é de quinze pessoas por mês (Dirigente da casa de apoio 2).*

*Nós contamos com o trabalho voluntário de alguns pedreiros, quer dizer, alguns não, um pedreiro só e algumas pessoas que estavam auxiliando. Foi muito difícil nesta época. Em abril, ainda estávamos em reforma e tivemos que mudar pra cá. Nós perdemos o contato com algumas pessoas. Foi uma época muito difícil pra nós (Dirigente da casa de apoio 2).*

*Eu mantenho a casa com a ajuda de amigos e com um telemarketing muito pequeno, que não chega a ser um telemarketing, são duas pessoas que trabalham ligando pra pessoas que me conhecem, e essas pessoas vão indicando outras (Dirigente da casa de apoio 3).*

*Nós conseguimos a verba inicial junto a Coordenação Nacional do DST/aids, nada pela Secretaria de Saúde, tentamos por uns três anos um convênio, mas não conseguimos. Dependemos de convênios, dos projetos. Temos duas funcionárias fixas, de carteira assinada, (...) que estão conosco há muitos anos (Dirigente da casa de apoio 4).*

Fora os entraves de ordem financeira decorrentes das atuais políticas governamentais, as casas de apoio sofreram problemas de ordem social. Todas as quatro instituições que funcionam no Distrito Federal sofreram abaixo-assinados da vizinhança para saírem do local e algumas delas tiveram que se retirar algumas vezes. O problema se torna legal, pois a permanência da casa só é possível se os vizinhos assinarem a autorização para a obtenção do alvará de funcionamento. Foi nesta fase inicial das instituições que os dirigentes se remetem ao preconceito que envolve o fenômeno social aids.

*Foi muito problemático conseguir o alvará de funcionamento, pelo preconceito da vizinhança, mas acabamos conseguindo com a administração. Foi muito complicado, mas conseguimos. Quando as crianças começaram a estudar, os coleguinhas souberam da questão do HIV, ficou muito complicado e por isso nós saímos do Guará, porque as crianças foram extremamente discriminadas dentro da escola (Dirigente da casa de apoio 4).*

*Várias pessoas não assinaram esse documento. E nós estamos até tentando ver junto à administração para ser feito, pra tentar tirar esse alvará. E nós estamos sem alvará já tem mais de um ano, porque a comunidade não nos aceita aqui. Eles alegam que este não é o lugar, não é o ambiente certo para esse tipo de instituição (Dirigente da casa de apoio 2).*

*Eu sofri muito com a questão burocrática pra conseguir o alvará. A vizinhança foi um problema pra dar a anuência (Dirigente da casa de apoio 3).*

Podemos pensar em situações grupais tanto quanto individuais de preconceito. O Dirigente da casa de apoio 2 relatou que ao alugar seu primeiro imóvel, num local afastado de Brasília, teve que sair dele quando o proprietário soube quem a instituição abrigaria. Então, ao procurar novos imóveis sempre avisava com antecedência que alugaria para implantar uma casa de apoio a PVHA. Eles conseguiram uma casa na mesma rua da anterior em que foram expulsos. Este é um dado significativo das práticas experienciadas nas relações intergrupais sorodiscordantes, enfrentadas por essas instituições.

Vale aqui lembrar a ocupação do território do DF. Nas últimas décadas, o Distrito Federal teve um crescimento populacional intenso, sendo destino de movimentos migratórios de todas as outras regiões. Esse crescimento populacional aumentou a densidade demográfica das cidades já existentes e acarretou a criação de outras. Seguindo os modelos de dominação do espaço pelas características sócio-econômicas, as regiões próximas a Brasília concentram pessoas com maior renda e a medida que se distancia da capital há uma tendência diretamente proporcional de queda de classe social. Assim, temos um cenário de pluralidade sócio-econômica e cultural nesta região. Queremos com isso ressaltar que todas as casas de apoio estiveram ou estão em locais com diferenças significativas entre si e todas foram rejeitadas quando da sua instalação no local, revelando a generalização desse fenômeno.

Lembrando a Teoria de Campo lewiniana, o espaço vital do sujeito é composto por ele próprio e o seu meio psicológico. Este meio é composto por dados de realidade concreta e significação subjetiva. A relação entre território e significados individuais e sociais é melhor descrito por Galinkin (2003, p. 154) da seguinte forma:

Um território implica em formas de organização e o desenvolvimento de sentimentos de pertença que se consolidam através das práticas sociais e espaciais /.../. Uma forma particular de organização possível, a comunidade, possibilita, segundo Weber (1994) relações diversas e articulações políticas, além do sentimento de pertença e comunhão. Tal sentimento se constrói no processo de identificação com os outros membros do grupo e possibilita a delimitação de fronteiras simbólicas que definem quem está dentro do grupo e quem está fora.

Quando os moradores tomaram ciência que se tratava de uma instituição de abrigo para PVHA, houve uma tentativa de defesa do seu território contra a invasão do estigma decorrente da RS da aids no seio da comunidade. A estigmatização frente ao novo foi descrita por Elias e Scotson (2000) como um processo de dominação do grupo estabelecido e organizado frente aos novos *outsiders*, isto é, “os não membros da boa sociedade, os que estão fora dela” (p. 7).

No jogo dialético de inclusão-exclusão, esses autores afirmam que as pessoas novas, identificadas como pertencentes a outro grupo, são categorizadas com estereótipos negativos, numa articulação social entre os membros da maioria detentora de poder, que foi estabelecida por sua organização e antigüidade no território. Usando os termos desses autores, os *outsiders* tendem a ser percebidos pelos estabelecidos como impuros, sujeitos.

Assim, podemos entender essa rejeição pela instalação das casas de apoio nas comunidades da seguinte forma:

Entre os já estabelecidos, cerrar fileiras certamente tem a função social de preservar a superioridade de poder do grupo. Ao mesmo tempo, a evitação de qualquer contato social mais estreito com os membros do grupo *outsider* tem todas as características emocionais do que, num outro contexto, aprendeu-se a chamar de ‘medo da poluição’ (Elias & Scotson, 2000, p. 26).

Esses termos são familiares aos empregados por Moscovici (2009) ao dissertar sobre preconceito na abordagem da TRS. As representações de preconceito são *thematizadas* por três eixos imbricados que sustentam a significação do objeto social representado para determinado grupo. No campo das práticas relacionadas à aids e aos portadores, a impureza da doença e do doente são marcas/estigmas que devem ser mantidas sob controle social para que o grupo majoritário não seja poluído. Assim, a proibição do contato, por meio de abaixo-assinados contra a implantação da casa de apoio, na comunidade é uma regra para manter a saúde das pessoas puras, afastar o perigo de ser contaminado pelo vírus ou pelo estigma – conforme a idéia de extensão da estigmatização para as pessoas que circundam o estigmatizado (Goffman, 1981), revelando a verticalização da relação assimétrica entre grupos sorodiscordantes.

Enfim, a classe Funcionamento da Casa de Apoio relata o cotidiano dos seus administradores, que apontam dificuldades na manutenção da instituição. Os principais obstáculos encontrados nesta classe são relativos ao financeiro, à organização formal das atividades da ONG e ao preconceito pela proximidade territorial fomentadora de estigma. Galinkin (2003), ao analisar a relação entre território, representação social, práticas e o estigma que envolvia comunidades de hansenianos, estabeleceu um entendimento que acreditamos poder ser utilizado em relação às casas de apoio para as PVHA.

As idéias que os moradores e a população externa desenvolveram sobre aquele espaço estavam ligadas à doença de alguns deles e ao forte estigma a ela associado, que ‘contaminou’ tanto o território quanto os parentes dos doentes. Os valores relacionados ao local eram, também, associados ao estigma na medida em que tanto a área física quanto seus habitantes eram depreciados. Houve o que se poderia chamar de territorialização do estigma e a área passou a ser o lugar relacional de trocas de negociações políticas, onde a estigmatização das pessoas e de seu território era garantia de uma permanência tranqüila para os moradores da colônia.

No estigma da doença e no medo que provocava estava o poder de barganha e de estabilidade daquela população (Galinkin, 2003, p. 172).

### **Eixo “O Ordenamento Social”**

Este eixo é composto por duas classes distintas, que se relacionam ( $R = 0,5$ ): a classe 2 – “Regras de Convivência Intragrupal” - e a classe 3 – “Regras de Convivência Intergrupal”. A seguir faremos uma descrição detalhada das duas classes que compõem este eixo.

A classe 2 – “Regras de Convivência Intragrupal” – trata das relações sociais dentro da instituição. Os residentes das casas de apoio são portadores do HIV desprovidos de estrutura física e social para lidar com as vicissitudes da convivência com o vírus e a doença. Soares et al. (2008) aponta três características comuns a essas pessoas: a) problemas pertinentes às famílias; b) a baixa condição socioeconômica; c) dificuldades em relação ao mercado de trabalho.

As PVHA que habitam as casas de apoio são aquelas cujas famílias não têm condições de mantê-las em seus lares. Isso ocorre mais frequentemente pela fragilidade dos vínculos familiares, insuficientes para estabelecer uma convivência com o portador e a sua doença (Soares et al., 2008). Esta dificuldade pode ser entendida como consequência do preconceito e da discriminação vividos pelo endogrupo ao revelar sua sorologia, cujo medo é responsável pela convivência clandestina de uma identidade soropositiva no ambiente familiar (Carvalho & Galvão, 2008; Cechim & Selli, 2007). No convívio com outros portadores em programas de atendimento à saúde, como por exemplo, o Projeto Convivência do Hospital Universitário de Brasília, as PVHA compartilham histórias de rejeição familiar que sustentam o medo da revelação do diagnóstico, como nos afirma Queiroz (1999, p. 101):

A razão da manutenção deste segredo encontra-se associada diretamente ao sentimento do preconceito – ‘tem preconceito dentro da própria família. Tudo que você imaginar, tudo que você pensar tem, existe’. Referindo-se a uma amiga com o mesmo problema, esclarece – ‘/.../, a mãe simplesmente botou ela pra fora de casa. E ela não morava com a mãe, ela foi participar pra mãe. A mãe não quer que ela bote os pés dentro de casa, porque ela vai infectar os outros irmãos. Os filhos desapareceram, quer dizer que não têm mais mãe’.

Este conhecimento de situações de rejeição familiar também acontece pelas notícias da mídia, que mudou a personalização de celebridades para pessoas comuns com HIV/aids nas suas reportagens. São anônimos que, a partir de 1991, figuraram em notícias que relatam as dificuldades em lidar com o vírus e os aspectos psicossociais que envolvem esta convivência, como nos remete Naiff (1999, p. 86) a uma reportagem: “Oi, eu tenho Aids e infelizmente sei que estou morrendo. Sofro muito, não somente a minha dor física, mas também a psicológica pelo afastamento e pelo preconceito das pessoas ao meu redor”.

A falta de condições para manutenção de uma pessoa portadora do vírus no ambiente familiar também ocorre pela “falta de recursos e/ou meios concretos de sobrevivência” (Soares et al., 2008, p. 173), evidenciando o perfil atual da epidemia de pauperização, conforme evidencia o Ministério da Saúde (2008). A baixa condição sócio-econômica é agravada pela dificuldade da PVHA se manter no mercado de trabalho ou nele se reinserir.

No Brasil, há garantias legais que protegem os trabalhadores portadores do HIV, porém “questões relacionadas ao trabalho são a segunda causa mais freqüente de violação dos direitos de pessoas vivendo com HIV/Aids” (Paiva et al., 2006, p. 114). A necessidade de visitas regulares, devido à condição clínica e de tratamento dos soropositivos, aos médicos e às farmácias das unidades de saúde, que funcionam apenas no horário comercial, são situações que possibilitam a visibilidade da sorologia dessas pessoas, levantando suspeitas em seus empregadores, acarretando em demissões não justificadas (Garrido et al., 2007).

Apesar dos esforços do Programa Nacional de DST/aids em mobilizar os grandes empresários, sindicatos e serviços sociais do comércio, indústria e transporte na prevenção em relação à epidemia e reinserção das PVHA no mercado de trabalho, os trabalhadores mais vulneráveis – desempregados, com menor escolaridade ou em exercício na economia informal/subempregos – ainda são pouco beneficiados por essa iniciativa do Governo Federal. Constata-se que uso ilegal de testagem anti-HIV para admissão em empregos corresponde a 7,8% dos testes realizados no País (Paiva et al., 2006).

Além dessas três características comuns – exclusão familiar, pauperização e desemprego – aos residentes das casas de apoio apontadas por Paiva et al. (2006) e Soares et al. (2008), chamamos atenção ao caráter agravante da pertença a grupos desviantes das normas sociais. Se a PVHA for homossexual, usuário de drogas injetáveis e/ou profissionais do sexo poderá ter vivido um processo de exclusão anterior à infecção, com comprometimento das suas redes de apoio social. Assim, em decorrência da rejeição

familiar, por preconceito ou por falta de condições financeiras para a permanência do portador do vírus no próprio lar, agravado pela dificuldade da manutenção da empregabilidade, também devido ao processo discriminatório, os residentes das casas de apoio são pessoas com histórico de segregação e marginalização social, com diversas pertencas grupais passadas, dando-lhes características muito heterogêneas que interferem na convivência intragrupal.

O estabelecimento de uma ordem que possibilite minimamente a relação do endogrupo é mote da classe “Regras de Convivência Intragrupal”, cuja importância é ressaltada pelos dirigentes das casas de apoio. Percebemos que existem algumas normas semelhantes entre as instituições, por exemplo, não pode haver violência física, roubo e as saídas devem ser informadas ao dirigente da casa, que assume o papel de líder dos residentes. Essas regras têm o caráter de regulação das relações sociais do endogrupo. Os residentes das casas de apoio que abrigam adultos têm características nômades, ou seja, mudam com frequência de Estado ou de uma casa para outra. Poucos são os moradores que ficam muito tempo.

*Ele usava [drogas] escondido à noite. Aí algumas pessoas da casa me reclamaram. Até que um dia eu peguei, porque você tem que pegar no flagra, senão fica a palavra de um contra o outro, e sempre tem a fofoquinha (Dirigente da casa de apoio 4).*

*No regimento interno tem todas as regras da casa. Uma coisa que a gente bate muito na tecla é o uso de drogas, que não pode. A agressão física e verbal, e o roubo entre eles (Dirigente da casa de apoio 4).*

*Se houver uma agressão física, se os dois se baterem, os dois vão pra rua. Se um só bater, esse vai pra rua. Geralmente, quando começa uma briga, já fala um pro outro: - eu não vou te bater, senão eu vou pra rua e fica aquele negócio de não... vou te bater... não vou te bater (Dirigente da casa de apoio 1).*

*E mesmo porque é perigoso. Hoje, a gente sabe que tem muito pedófilo, então não deixo as crianças irem pra rua. E, quando vão, a kombi que leva, busca e tem sempre uma cuidadora olhando (Dirigente da casa de apoio 3).*

*Eu tenho que saber para onde essas pessoas estão indo. Elas têm liberdade, elas vão, elas saem, elas vão passear. Eu incentivo mesmo que as pessoas vão passear, para não ficar só dentro da instituição (Dirigente da casa de apoio 2).*

*Ele vai e volta, vai e volta. Quando esta machucado, ele volta. eu digo: deixa ele voltar de novo! Ele volta e passa um tempo com a gente* (Dirigente da casa de apoio 2).

Uma das funções desempenhadas pela casa de apoio é a de reabilitação dos seus residentes. Estes serviços são prestados por voluntários ou funcionários das instituições. O líder é o conselheiro e disciplinador das pessoas sob sua guarda, que vieram de situações de exclusão ou marginalização anteriores à infecção ao HIV ou em decorrência desta. O acompanhamento médico e o cumprimento da prescrição médica são obrigações para todos os residentes. Atualmente, o número de óbitos diminuiu bastante por causa do coquetel. Os casos mais graves estão relacionados ao tratamento intermitente, quando eles saem das casas e não prosseguem com os medicamentos, bem como ao uso de substâncias psicoativas.

*Nós conseguimos o apoio dos alcoólicos anônimos, que está indo lá* (Dirigente da casa de apoio 1).

*/.../limpava tudo, limpava o terreno e ele faz isso até hoje. A vida dele mudou totalmente. Ele já não tem mais aquela rotina de ficar trancado dentro do quarto* (Dirigente da casa de apoio 2).

*Porque se eles gostam de beber, o que vai fazer no boteco, se só tem birita lá?* (Dirigente da casa de apoio 1).

*A família precisa ser tratada. Se aquela família está com drogas, eles vêm aqui. Dona, pelo amor de Deus, consegue uma internação pra mim numa clínica. Não existe nenhuma clínica do governo pra tratar de drogados. E terrível. Tem famílias que o filho, às vezes, vai no final de semana, chega lá, o pai espanca a mãe, quando tem alguma amante, porque geralmente eles não tem mãe, a mãe já faleceu* (Dirigente da casa de apoio 3).

*A gente vai trabalhando pra mudar aquela coisa do ambiente deles. Às vezes vem me perguntar onde levar a filha? Eu falo para levar num shopping, para ver uma coisa* (Dirigente da casa de apoio 1).

Pelos relatos, percebemos que algumas dessas instituições trabalham com a inserção familiar. No caso das crianças, a dirigente da casa se preocupa com a orientação familiar, pois os pais, às vezes, deixam de zelar pelos cuidados básicos. Esse resultado corrobora os achados de Andrade, Martins e Bógus (2007), que afirmam ser o retorno das crianças à suas famílias revestido de vários problemas, devido à desintegração familiar em virtude da aids, da pobreza, da migração, de mortes violentas e do abuso de substâncias

ilícitas, que incapacitam essas famílias no cuidado de suas crianças. A dirigente da Casa de Apoio 1 relata que alguns adultos tentam se reaproximar dos familiares, cuja relação ficou prejudicada pelo uso de substâncias psicoativas.

Como já assinalado, uma das funções das casas de apoio é a reintegração dos seus residentes no contexto fora da instituição. Esta se torna responsável pela reabilitação dos sujeitos, que tiveram na sociedade e na família a origem do processo de exclusão. As casas procuram reconstruir o espaço privado na vida das PVHA e, por conseguinte, reparar os sentidos de pertença em contraposição ao desgaste dos vínculos sociais decorrentes dos processos de preconceito e estigmatização produzidos pela doença. Porém esta inserção acontece com muita dificuldade e muitas vezes se dá um retorno da PVHA ao estilo de vida anterior ao seu ingresso na casa (Soares et al., 2008).

Este é o principal temor dos dirigentes participantes da nossa pesquisa, que tem ressonância com os depoimentos dos coordenadores das casas de apoio na pesquisa de Soares et al. (2008). Em comum, a regulação do ambiente externo pelo controle do deslocamento dos portadores quando fora das residências, restringindo a autonomia dos moradores na tentativa de evitar o retorno aos comportamentos prejudiciais à saúde e o confronto com a discriminação social.

As coordenadoras das casas para adultos mantiveram um discurso semelhante em relação à dificuldade de integração de seus moradores, ora por receio de que pudessem acabar retomando hábitos de vida que trariam prejuízos à saúde, se lhes fosse dada a oportunidade de livre circulação no mundo externo à casa, ora pela própria dificuldade de aceitação, por parte da sociedade, da condição de vida dessas pessoas. Muitas vezes, o orador que tivesse maior liberdade de ir e vir (sair para a rua) era visto como alguém que havia conquistado um voto de confiança da coordenação (Soares et al., 2008, p. 176).

As “Regras de Convivência Intragrupal” evidenciam o ordenamento social para a convivência entre pares dentro das instituições. São pessoas que têm histórias diversas, mas em comum, uma situação econômica precária, com passado de marginalização ou exclusão social. O cumprimento das regras é a garantia de permanência na casa de apoio. Dentro dessas normas, há diretrizes para conduta com o exogrupo, na manutenção de uma distância social segura para evitar conflitos oriundos do preconceito e estigmatização da aids e dos portadores do HIV, guardando relação com a classe 3 do eixo Ordenamento Social.

A classe 3 – “Regras de Convivência Intergrupala” - se refere às relações da vizinhança com as casas de apoio do Distrito Federal. Todos os vizinhos disseram que os portadores do vírus HIV são pessoas normais e podem trabalhar e viver como qualquer outra pessoa. As relações formais são tranqüilas, indo na mesma direção dos resultados encontrados na EDS, no Estudo I. Contudo, nenhum vizinho frequenta a casa de apoio e apenas dois disseram que um familiar já visitou a instituição.

*Eles podem trabalhar e estudar sem preconceito de nada, sem ter salas separadas para aidéticos. Podem usar o mesmo banheiro, podem ter uma vida social normal, sem preconceitos, não ter restrição (Vizinha casa de apoio 1).*

*Eu nunca vou lá. Às vezes, eu passo por ali e falo bom dia. A minha prima é cabeleireira e já foi cortar os cabelos deles. Ela se sente bem à vontade. Eu acho que eles podem tudo que nem a gente normal. Só têm que se cuidar, ter mais cuidado (Vizinha casa de apoio 2).*

*/.../ jogam bola, brincam, não vejo diferença. Mas acho que podem viver normalmente na sociedade. Pelo que eu vejo aqui são pessoas normais, tirando a doença. Eu não tenho muito contato. Eu acho o seguinte, eles precisam de apoio, não é por causa de uma doença que a gente tem que se entregar, a gente tem que enfrentar a vida (Vizinho da casa de apoio 3).*

Os motivos apresentados para não visitarem a casa de apoio foram falta de tempo e falta de relacionamento com a vizinhança em geral. As relações não ultrapassam a formalidade dos cumprimentos de bom dia e boa tarde. Contudo, uma prática contraditória foi observada durante a entrevista com um vizinho da casa de apoio 3. Ele cumprimentou várias pessoas que passavam a pé ou de carro. Quando perguntado se ele conhecia muitas pessoas naquela rua, respondeu que morava desde pequeno no mesmo endereço, portanto conhecia quase todo mundo, mas não tinha contato com ninguém da instituição.

Esta contradição nos remete à constatação de estarmos lidando com situações de práticas relativas à zona muda das representações sociais, conforme retratada por Menin (2006). O jogo entre a deseabilidade social, as práticas e as representações de um objeto *thematizado* pela assimetria entre grupos sociais gera a necessidade de encobrimento do que pode ser rechaçado pelos ideais da sociedade igualitária, tão promulgados nos tempos atuais. Gaertner e Dovídio (1986, 1998 e 2000, conforme citado por Lima & Vala, 2004) ressaltam a internalização das normas sociais anti-racistas, de forma que a autopercepção como preconceituoso/racista é aversiva para os indivíduos, que adotam valores igualitários e se dizem não racistas, mas nutrem sentimentos negativos em relação aos grupos

minoritários, naquele caso, os negros. Essa desejabilidade social de não se identificar como preconceituoso foi o que nos preocupou em todos os momentos da pesquisa para não nos depararmos com as resistências defensivas da identidade social dos sujeitos entrevistados. Porém, o método empregado neste estudo acessa as práticas faladas e assumidas pelos participantes da pesquisa, que geram defesas cognitivas para a manutenção das RS, práticas e auto-estima dos sujeitos.

A explicação desse fenômeno pela TRS foi proposta por Abric (1994 e 1998), que relaciona novas práticas contraditórias às RS de determinado objeto ao caráter da reversibilidade da situação, isto é, o quanto uma prática contradiz às anteriores ou a representação por motivo de um contexto novo que pode ser ou não temporário.

/.../ Claude Flament introduz uma noção que nos parece essencial: a noção de reversibilidade da situação. Determinados atores engajados numa situação e aí desenvolvendo certas práticas, podem considerar – com razão ou não, pouco importa – que esta situação seja irreversível, quer dizer, que todo retorno às práticas faz-se impossível. Ou, ao contrário, podem considerar que a situação seja reversível, quer dizer, que o retorno às práticas anteriores é percebido como possível, sendo a situação atual temporária e excepcional. Os processos de transformação que vão se desenvolver são de natureza radicalmente diferente caso a situação seja percebida como reversível ou não (Abric, 1998, p. 35).

Essas transformações diferem quanto à estrutura da RS que é afetada pela adequação às práticas. Em situações reversíveis ou breves, os elementos novos e discordantes integram apenas o sistema periférico da representação, mantendo o núcleo central estável e insensível às modificações. Em situações percebidas como irreversíveis, as novas práticas poderão transformar as RS de três formas distintas, conforme Abric (1998, pp. 35-36):

- 1) Transformação resistente. É o caso onde as práticas novas e contraditórias podem ainda ser gerenciadas pelo sistema periférico e por mecanismos clássicos de defesa: interpretação e justificação ad hoc, racionalizações, referência a normas externas à representação etc. A representação se caracterizará então pelo aparecimento, no sistema periférico de ‘esquemas estranho’ /.../Estes esquemas estranhos evitam o questionamento do núcleo central, permitindo assim uma transformação que implica somente o sistema periférico, ao menos durante um certo tempo, pois a multiplicação de esquemas estranhos acaba por

induzir a transformação do núcleo central, conseqüentemente da representação em seu conjunto.

- 2) Transformação progressiva da representação. Este tipo ocorre quando as práticas novas não são totalmente contraditórias com o núcleo central. A transformação da representação vai então se efetivar sem ruptura, ou seja, sem explosão do núcleo central. Os esquemas ativados pelas práticas novas vão, progressivamente, se integrar aos esquemas do núcleo central e fundir com estes para constituir um novo núcleo e assim uma nova representação /.../.
- 3) Transformação brutal. Enfim, quando as novas práticas atacam diretamente o significado central da representação, sem a possibilidade de se fazer uso dos mecanismos defensivos do sistema periférico. Neste caso, a importância das novas práticas, sua permanência e seu caráter irreversível provocam uma transformação direta e completa do núcleo central, conseqüentemente, de toda representação.

Nos resultados encontrados na classe “Regras de Convivência Intergrupala”, podemos entender que o advento dos direitos humanos e as normas sociais anti-racistas inibiram a manifestação do preconceito flagrante (Lima & Vala, 2004), criando uma dissonância para os grupos e indivíduos. Na TRS, essa dissonância pode ser dirimida graças à flexibilidade do sistema periférico da representação, que adéqua informações e práticas heterogêneas, com o objetivo de ancorar o núcleo central na realidade social do grupo. Dessa forma, o preconceito flagrante não se manifesta e formas sutis de expressão preconceituosa podem aflorar ancoradas em teorias do senso-comum, que indiretamente corroboram para a manutenção e estabilidade da representação.

Mais especificamente, houve tentativas de reverter a proximidade social com as casas de apoio por meio de abaixo-assinados que lograram êxito em algumas situações passadas das instituições. Nesse caso, evidencia-se a manifestação de práticas discriminatórias flagrantes, que são sustentadas por representações de preconceito e práticas anteriores livres de dissonância cognitiva para a maioria já estabelecida e organizada na ocupação do território e dos espaços sociais. Destacamos que esses resultados contradizem os encontrados no Estudo I da presente pesquisa e em Garcia et al. (2008) no que se refere às atitudes que revelam quase nenhum desconforto na situação de vizinhança a uma instituição de abrigo às PVHA.

Nas situações atuais em que os abaixo-assinados não obtiveram sucesso, houve a necessidade de transformação da RS dos portadores do vírus HIV de forma a dirimir a

dissonância entre práticas e representações. Na fala dos vizinhos, as PVHA devem ser tratadas como normais e capazes de fazer tudo. São pessoas que merecem tratamento e cuidados especiais. Essa percepção aparece muito associada ao discurso engajado dos direitos igualitários, mas considera o outro como possuidor de estigma, de uma impureza que deve ser cuidada. Esses vizinhos não se consideram pessoas preconceituosas, pois aceitam pacificamente essa convivência distante. Nenhum vizinho mencionou os abaixo-assinados para a retirada da casa ou a resistência em assinar a autorização para o alvará de funcionamento das instituições.

*Então, eles têm direito sim de viver uma vida normal no meio da sociedade como qualquer um outro. Não tem nada que eles não possam fazer. Eles têm direito de tudo, principalmente de um apoio, uma orientação, mais apoio em cursos profissionalizantes. Eu acho que eles deveriam ser até como os deficientes físicos, deveriam ter uma porcentagem de trabalho (Vizinho da casa de apoio 1).*

O caráter de irreversibilidade dessa situação proximal com PVHA residentes em instituições suscitou nos vizinhos a necessidade de reorganização de esquemas periféricos das RS, ancorando-as nas justificativas de apoio às pessoas portadoras de necessidades especiais. Contudo, os elementos significantes do núcleo central parecem permanecer intocados nessa transformação, se considerarmos a ausência de interação da vizinhança com a Casa de Apoio como uma forma de proibição de contato, em conformidade com a ponderação de Guareschi (1997, conforme citado por Trindade, 1998, p. 6) que ação não é algo visível apenas, “pode ser que o ‘não agir’, o ‘não colocar ações’, também seja ‘ação’, isto é, prática”.

As relações íntimas também seguem o mesmo padrão dos resultados obtidos no Estudo I, isto é, não gostariam de se relacionar afetiva e sexualmente com uma PVHA. Só o fariam se não soubessem da condição sorológica.

*Isso eu evitaria, porque é minha saúde que está correndo risco também. Eu ter uma relação com uma pessoa com doença, eu acho que evitaria, que não passaria de amizade, sinceramente (Vizinha da casa de apoio 2).*

A irreversibilidade da situação de proximidade com os residentes das casas de apoio, associada ao entendimento da mudança dos esquemas periféricos e a insinuação da permanência dos elementos do núcleo central, leva-nos a considerar que os vizinhos operaram uma “transformação resistente” (Abric 1994, 1998) da RS sobre os portadores do HIV. Essa mudança da representação tende a posterior indução da transformação do núcleo

central caso a convivência intergrupar sorodiscordante se fortaleça. Porém, ao que nos parece, a barreira do contato de relações mais próximas do que as formais na vizinhança tende a manter a distância social e, conseqüentemente, a estabilidade do núcleo central da RS sobre as PVHA.

A barreira de contato entre grupos sorodiscordantes pode ser sustentada pela representação do contágio postulada por Jodelet (1998), numa relação imbricada de *themas* do puro e impuro, da assimetria entre a maioria e a minoria e da proibição de contato em conformidade com os preceitos de Moscovici (2009) sobre representações preconceituosas. Dessa forma, as práticas sociais dos vizinhos das casas de apoio do DF corroboram com o núcleo central das RS das PVHA encontrados no Estudo I desta pesquisa, constituídas pelos elementos contágio, morte e preconceito.

A identidade grupar, na TRS, ocorre na formulação de RS diferentes entre grupos sobre determinado objeto social. Assim, é um equívoco igualar as RS sobre PVHA dos universitários do DF (participantes do Estudo I) às RS sobre o mesmo objeto social dos vizinhos das casas de apoio (participantes do Estudo II). Seria necessário utilizar aqueles instrumentos na população pesquisada no presente estudo. Contudo, como nas pesquisas sobre RS da aids, que há variações intergrupais, também ocorrem semelhanças aproximando o significado e as práticas dos grupos em relação à síndrome, como revisado no capítulo 3 dessa dissertação. Também, ficou evidente que apesar dos participantes do Estudo I ancorarem suas atitudes de distância social em aspectos distintos das RS das PVHA, eles compartilham um sentido comum sobre os portadores do vírus. Dessa forma, queremos evidenciar que as práticas dos vizinhos das casas de apoio insinuam que há elementos semelhantes com as representações sobre PVHA dos universitários, associados ao núcleo central desta, demonstrando a partilha do senso comum no processo do preconceito.

A semelhança do padrão de estigmatização entre a maioria e as minorias, independente da cultura, foi constatada por Elias e Scotson (2000). Essa constatação corrobora a idéia de *thematização* das representações preconceituosas de Moscovici (2009), pois fornece um caráter universal aos processos de perseguição nas relações assimétricas intergrupais.

Os sintomas de inferioridade humana que os grupos estabelecidos muito poderosos mais tendem a identificar nos grupos *outsiders* de baixo poder e que servem a seus membros como justificção de seu *status* elevado e prova de seu valor superior costumam ser gerados nos membros do grupo inferior – inferior em termos de sua

relação de forças – pelas próprias condições de sua posição de *outsiders* e pela humilhação e opressão que lhe são concomitantes. Sob alguns aspectos, eles são iguais no mundo inteiro (Elias & Scotson, 2000, p. 28).

A noção que as minorias sustentam o preconceito vivido na relação de submissão aos estigmas imputados pela maioria a essas pessoas corrobora com os sentimentos de auto-depreciação postulados por Lewin (1948/1978). O fenômeno social da auto-depreciação ressalta a falta de autonomia do grupo minoritário, numa atitude de deferência com a maioria, na expectativa de sua benevolência e tolerância. Essa incorporação dos estigmas é um processo comum a todas as minorias e, usando as palavras de Elias e Scotson (2000, p. 28), podemos entender que as PVHA “avaliam-se pela bitola de seus opressores. Em termos das normas de seus opressores, eles se consideram deficientes, se vêem como tendo menos valor”. Da mesma forma que há a assimilação dos estigmas imputados, constatamos a manutenção, pelas casas de apoio, da distância social perpetrada na relação verticalizada com a maioria – seus vizinhos.

Como visto na classe 2, a relação com a vizinhança também é regulamentada pelos dirigentes das casas de apoio. A perda da autonomia para livre acesso aos ambientes fora da instituição imposta pelas regras das casas de apoio são formas de evitar recaídas a estilos de vidas prejudiciais à saúde do portador do vírus ou de evitar situações de proximidade com o exogrupo, que possam desencadear situações discriminatórias. Levando-se em consideração apenas esta última hipótese, a posição dos dirigentes que mantêm as relações intergrupais em estrita situação de formalidade, num discurso de manutenção da ordem social, corrobora com a distância entre os grupos sorodiscordantes e a manutenção do *status quo* na hierarquia social entre maioria e minoria.

*Não existe relação, porque os vizinhos aqui mal dizem bom dia, boa tarde, ou quando passam em frente a instituição, passam e passam, nem bom dia nem boa tarde. Eu acho que é Brasília mesmo. Lá em casa também é assim com os vizinhos. Às vezes têm vizinhos que eu nem conheço ali, eu moro lá há três anos (Dirigente da casa de apoio 2).*

*Na minha formação, eu cumprimento meu vizinho, bom dia, boa tarde. Eu nunca dormi fora de casa. O que eu não trouxe pra minha vida, eu também não trago para as minhas crianças (Dirigente casa de apoio 3).*

Em síntese, a classe 3 revela a distância social na relação de vizinhança com PVHA. No eixo do “Ordenamento Social”, as relações formais são mantidas com proibição

de maior proximidade na relação entre os grupos sorodiscordantes. A possibilidade de contato que poderia ser uma hipótese para a diminuição do preconceito proposta Allport (1954/1962), neste caso, não se efetivou, visto que o contato que esses grupos se permitiram foi muito restrito e não seguiram às condições básicas para que alguma mudança pudesse ocorrer. Allport (1954/1962) afirma que se a atitude preconceituosa não é uma característica forte da personalidade do sujeito, o contato social pode reduzir o preconceito, desde que sejam observados alguns aspectos: a minoria e a maioria devem possuir o mesmo *status* social, com objetivos comuns; e se este contato for reforçado por instituições sociais, destacando os interesses e o caráter de humanidade comuns aos membros dos grupos.

Os resultados aqui encontrados nos mostram que o preconceito e a discriminação não são características apenas da personalidade dos sujeitos. Estão intimamente relacionados com a pertença grupal, que é hierarquizada e justificada pelas representações sociais preconceituosas, mantendo a distância social mesmo em situações irreversíveis de proximidade. Dessa forma, a tentativa de contato proposta por Allport (1954/1962) dificilmente ocorrerá em situações espontâneas do convívio social entre grupos sorodiscordantes.

### **Eixo “O Ordenamento Moral”**

A quarta classe – Moralidade - se refere ao ordenamento moral que os dirigentes das casas de apoio exercem na administração da instituição. Eles “valorizam, particularmente, aspectos do contato e do convívio cotidiano como recurso para a reabilitação dos moradores” (Soares et al., 2008, p. 175). Essa ordem não segue necessariamente a moral do exogrupo, pois aceita o estilo de vida dos mais diferentes subgrupos que estão passíveis ao preconceito e discriminação no ambiente externo à instituição. Os residentes podem reproduzir a intolerância à diferença que estavam habituados, mas são freados pelos dirigentes, que buscam a integração do endogrupo.

*E meu pai chegou na casa e perguntou se ia ter casamento e eu falei que sim. Expliquei e ele foi na igreja do lado, pedir para o pastor orar por mim, porque eu estava casando homem com homem (Dirigente da casa de apoio 1).*

*E ela [travesti] perguntou se ia mesmo. Eu disse que aqui era a ilha da fantasia e a gente iria realizar o sonho... brincando com ela. E veio um rapaz da cadeia bem mal, ele foi liberado pra casa de apoio. Quando ele chegou, eles se olharam e ela*

*disse para mim, que se ele não morresse, ela se casaria com ele (Dirigente da casa de apoio 1).*

*Quando eles começam a fechar grupinho a gente corta. Por exemplo: ali em baixo na casa, tinha dois casais, mais dois rapazes, eles ficavam lá. E aqui em cima tinham dois casais de travestis e uma menina, que simpatizava mais com os meninos. Então começou o grupinho, eles não se misturavam em absoluto. Na hora do almoço ficava tudo separado. Isso gerava fofoca, agressões verbais. Então quando chega nessa a gente corta, eles tem que conviver bem, com respeito (Dirigente da casa de apoio 4).*

Esse fenômeno de discriminação entre os subgrupos foi descrito por Mailhiot (1981) e relatado anteriormente. São comportamentos auto-depreciativos dos membros do próprio grupo minoritário, na reprodução do sistema assimétrico da maioria em relação à minoria. Como visto na teoria lewiniana, este mecanismo é essencialmente social e não é relacionado com estruturas mentais ou emotivas da personalidade dos indivíduos.

Essa tentativa dos dirigentes de fomentar a união grupal mostra uma forma de inclusão do diferente, por identificação pelas perdas e sofrimento. Apesar da diferenciação dos subgrupos apontar para uma repetição do jogo assimétrico dos grupos de origem das PVHA, nos quais homossexuais masculinos e mulheres revelam maior intimidade e aceitação mútua. Podemos inferir que esse processo está ancorado na historicidade das lutas contra a desigualdade sexual, conforme Ribeiro (2005).

*Por exemplo, a maioria dos homossexuais que tem lá, eles foram violentados. As mulheres também foram. E parece que o sofrimento une eles. Um dia tinha uma muito triste e outra falou que já tinha passado por isso. Uma consegue se passar pela outra e isso cria uma cumplicidade (Dirigente da casa de apoio 1).*

No papel de dirigentes das casas de apoio, há uma sensibilização pelo sofrimento dos residentes decorrentes do preconceito e discriminações sofridos por eles. Os seus discursos são repletos de exemplos que mostram a intolerância para com as PVHA. Esta compaixão pode trazer uma noção de religiosidade e de dever a ser cumprido perante aqueles que necessitam de proteção, também representado pela caridade das pessoas que ajudam voluntariamente as instituições.

*Ele disse: a senhora está ficando louca? Eu tomei um susto! A reação dele foi tão, assim, agressiva, eu nunca esperei! A senhora está ficando louca? Na minha casa vai entrar aidético? A senhora ficou louca? A minha escola de música é escola*

*familiar, eu tenho filho. Está querendo passar aids pros meus filhos?*(Dirigente da casa de apoio 3).

*E dormi. realmente não fiz a oração. E quando eu tava sentada fazendo a oração na mesa o telefone tocou e era uma senhora: eu estive na casa de apoio ontem. Que trabalho maravilhoso. Inclusive perguntei o que eles estavam precisando e perguntei se eles estavam precisando de Bombril. Eu pensei: nossa, Bombril?* (Dirigente da casa de apoio 1).

A função moralizadora das relações intra e intergrupais é desempenhada pelos dirigentes das casas de apoio, que tomam o papel de líder dos residentes na manutenção da ordem social e moral. O líder e seus liderados na formação dos grupos foi uma das contribuições freudianas para o entendimento do preconceito na análise intra e inter-individuais, conforme Taylor e Moghaddam (1994). O líder é a autoridade que é introjetada pelos liderados e assimilada com amor e hostilidade, ambos facetas da libido. A formação do grupo ocorre com pessoas que introjetaram o mesmo líder e se identificam com ele, com características de obediência à autoridade. Entretanto, acreditamos que o papel de moderador e líder de uma casa de apoio para PVHA envolve aspectos mais complexos do que os apresentados nos postulados freudianos, pois esse grupo é formado por pessoas excluídas de ambientes e pertencas sociais anteriores, sem haver necessariamente uma identificação dos liderados com o seu líder.

Essa complexidade no desempenho de moderador e líder em uma instituição de abrigo às PVHA em situação de exclusão social, corrobora com os resultados encontrados por Soares et al. (2008), que perceberam, além da função de coordenação, o papel de cuidadoras das dirigentes das casas de apoio de Ribeirão Preto/SP. Como sugestão para pesquisas futuras, pois requer um aprofundamento teórico que extrapola os pressupostos empregados nesta pesquisa, percebemos nessa relação entre líder e liderados um tema profícuo para investigação sobre a aids, as relações interpessoais sorodiscordantes e os processos de preconceito e discriminação social.

No campo representacional temos quatro classes que remontam um processo de regulação das relações sociais. Os parâmetros desse ordenamento passam pelas imposições legais do Estado para a instalação da casa de apoio, assim como pelas dificuldades para enfrentar a rejeição da comunidade para que a casa funcione próximo às residências unifamiliares. As regras são necessárias para a convivência de subgrupos dentro da instituição, que podem ser de cunho social ou moral. Também, necessárias para a relação

intergruppal sorodiscordante, em que as distâncias sociais são confirmadas pela barreira do contato próximo.

## **2 – As Diferentes Posições na Relação de Ordem**

Após a apresentação dos resultados do campo representacional, pela análise da Classificação Hierárquica Descendente fornecida pelo *software* ALCESTE, no qual localizamos o campo comum ou consensual das práticas nas relações intergrupais sorodiscordantes entre vizinhos e dirigentes das casas de apoio do Distrito Federal, passamos para o segundo nível de análise, seguindo a formulação de Doise et al. (1993) sobre as RS. O objetivo é identificar as especificidades dos indivíduos ou grupos participantes deste estudo e explicar suas diferenças a partir de suas falas e práticas em relação à convivência com PVHA.

Os resultados dos princípios organizadores das diferenças individuais, mostrando as dimensões subjacentes das posições sociais dos indivíduos na estrutura do campo representacional, identificados pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a superposição dos gráficos resultantes dessa análise, podem ser observados na Figura 7. Revelam-se as diferenciações presentes nos discursos em função das suas relações de proximidade e de oposição, indicando a presença de dois grandes fatores.

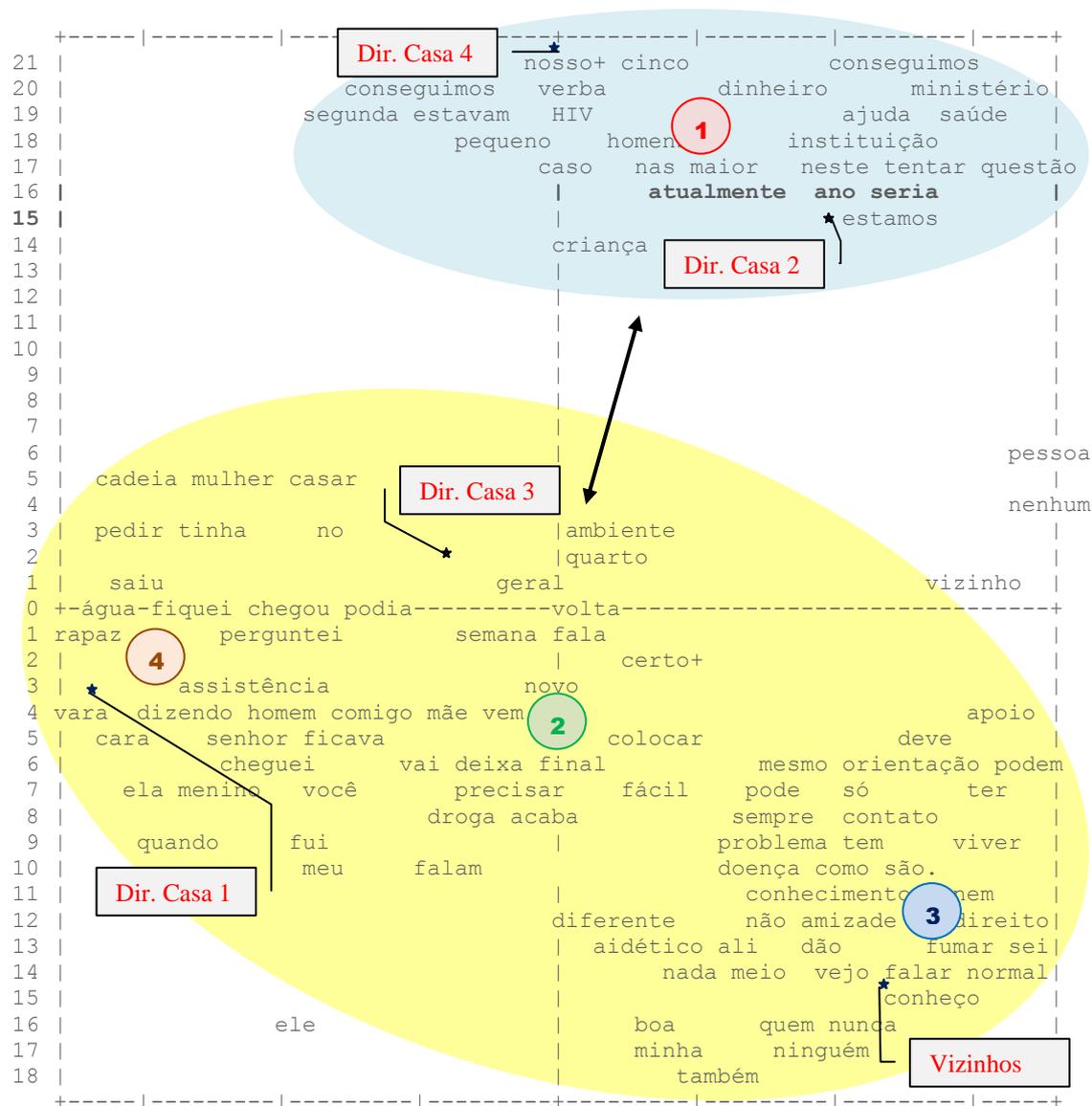


Figura 7 - Plano fatorial com a projeção das palavras analisadas pela Análise Fatorial de Correspondência.

O primeiro fator, na parte superior do plano fatorial, agrupa as falas a respeito das normas da implantação das instituições, correspondente à classe 1 da CHD, e as dificuldades da manutenção enfrentadas pelos dirigentes das casas de apoio 2 e 4, que subsistem quase exclusivamente pelos financiamentos obtidos junto às entidades do Governo Federal e Distrital. As falas e práticas desses coordenadores estão mais focadas nos processos administrativos da coordenação da instituição.

A casa de apoio 2 possui imóvel próprio, que foi adquirido pelo repasse, da parcela em dinheiro pela Coordenação Nacional de DST/aids, do prêmio recebido da Fundação Bill Gates pelo reconhecimento da qualidade do Programa Brasileiro de Combate à Aids, em 2003. A instituição recebeu a verba em 2004 e comprou o imóvel em 2005. As

despesas na manutenção da casa de apoio são pagas pelos convênios com o Ministério da Saúde.

A casa de apoio 4 também subsiste com os financiamentos de projetos desenvolvidos no interior da instituição, cujos subsídios acompanham a duração desses trabalhos, acarretando preocupação na renovação ou mudança, caso a continuidade não seja assegurada pelos órgãos governamentais. Essa inconstância é uma dificuldade vivida pela dirigente da casa, que teve trabalhos encerrados pela falta de verbas. A coordenadora mantém uma articulação política com deputados distritais a fim de angariar financiamentos estaduais.

O segundo fator, na parte inferior do plano fatorial, agrupa as falas das classes 2, 3 e 4, sobre as regras de convivência intra e intergrupais e o papel do moderador na manutenção da ordem social na relação do endogrupo e com o exogrupo. A tensão da distinção com o primeiro fator pode ser entendida pelas características sócio-morais envolvidas nestas classes, contrapondo-se aos aspectos administrativos do primeiro fator. Neste segundo eixo fatorial, encontramos como sujeitos representativos as dirigentes das casas de apoio 1 e 3, bem como os vizinhos das instituições.

Os conteúdos da classe 2 – Regras de Convivência Intragrupal – aparecem como mais centrais no plano dos eixos fatoriais, vinculando-se às demais classes, tanto do primeiro fator quanto do segundo a que pertence. Como visto na análise do campo representacional, as regras para o ordenamento social dentro das instituições são estabelecidas para lidar com as vicissitudes do agrupamento de pessoas de várias pertencas sociais anteriores à infecção pelo HIV, cuja exclusão é vivida no âmbito familiar e no econômico (pauperização e desemprego).

A marginalização dos residentes das instituições foi experienciada com estilos de vida que denotam comportamentos desviantes das normas sociais. Dessa forma, as casas de apoio são entidades reabilitadoras das condições físicas, morais, sociais e econômicas dos seus moradores, visando uma possível reinserção no cotidiano extramuros. Parece-nos que esse sentido se torna central na análise fatorial de correspondência. Aproxima-se dos posicionamentos dos vizinhos quando estes reconhecem as PVHA como necessitadas de auxílio e orientação, bendizendo a iniciativa dessas instituições. Entretanto, o contato entre os grupos acontece apenas em situações de relações formais, mantendo-se a distância social, como evitação do contágio físico, psicológico e social. “Permeada pela exclusão do convívio social, a sociedade é, ao mesmo tempo, geradora de espaços comunitários como

as Casas, que acolhem os frutos dessa condição de marginalização e segregação” (Soares et al., 2008, p. 176).

A relação de proximidade fatorial entre as classes 2 e 4 ratifica a íntima conexão entre o estabelecimento de regras de convivência e o papel do dirigente como moderador e disciplinador dessas práticas. As duas dirigentes associadas a este fator promovem a vinculação entre os residentes e a instituição como se fosse uma família, tanto que uma é tratada como tia e a outra como avó pelos moradores da casa. Essa forma afetiva de se relacionar com as PVHA permeia suas práticas e discursos com histórias de compadecimento pela dor do outro, preocupação com o retorno ao estilo de vida prejudicial à saúde dos moradores e o envolvimento passional, no melhor sentido da palavra, com a instituição e os seus residentes.

A classe 2 também se aproxima fatorialmente da classe 1, quando esta ressalta os processos de exclusão estendidos à própria instituição e seus dirigentes, nos abaixo-assinados sofridos pela recusa da instalação das casas na vizinhança de residências unifamiliares. Também, pelo fomento do Estado na implantação dessas entidades, como forma de prestar o serviço de atenção à saúde às PVHA em situação de marginalização social.

### **3 – Ancorando as Diferenças das Práticas Sociais**

Este é o terceiro e último nível de análise conforme a proposta de Doise et al. (1993). Trata-se agora da variação individual das práticas sociais dentro do escopo consensual caracterizado no campo representacional. Os resultados da Análise Fatorial de Correspondência consubstanciados pela leitura das Unidades de Contexto Elementares proporcionam a demonstração de formas individualizadas dos dirigentes das casas de apoio para lidar com seus residentes e com o exogrupo. As práticas administrativas e de relacionamento intra e intergrupais apresentam consensos e também dissensos, marcados pelos estilos de cada dirigente.

Em relação às práticas administrativas, os dirigentes das casas de apoio 2 e 4 mantêm as instituições com os financiamentos do Estado. Já as dirigentes das casas 1 e 3 contam com doações de pessoas físicas e jurídicas. Em ambas as situações, a manutenção das instituições sofre intercorrências por falta de verbas. A prestação de serviço voluntariado é praticada nas casas 1 e 2, há apenas uma pessoa assalariada em cada uma delas. Na primeira, o contador recebe o pró-labore, porém muitas vezes não o recebe por falta de caixa da instituição. Na segunda, há uma cozinheira que é residente na própria

instituição e foi contratada para manter a qualidade da alimentação dos residentes. A prestação de serviço assalariada é praticada nas casas 3 e 4, sendo que a primeira é obrigada por lei a manter em seus quadros pessoal qualificado na área de enfermagem, pois se trata de instituição que abriga crianças e adolescentes. Na casa 4, trata-se de uma opção da dirigente, que mantém os serviços com os projetos subsidiados pelo governo.

No papel de moralizador do relacionamento intragrupal, as dirigentes das casas de apoio 1, 3 e 4 contam com auxiliares da própria instituição ou de funcionários para lidar com os residentes. O dirigente da casa de apoio 2 centraliza em si e na esposa todos os processos decisórios concernentes à dinâmica das relações do endogrupo.

O perfil do líder determina o que é permitido ou não na casa, revelando diferenças entre eles. Uma diferença que surgiu no *corpus* discursivo foi quanto às relações afetivas entre os internos. As dirigentes da casa de apoio 1 e 4 permitem as relações entre eles, mas com a sua anuência. O dirigente da casa de apoio 2 não permite relações afetivas sexuais na residência e o da casa 3 não mencionou a possibilidade de namoro entre as crianças ou adolescentes.

*Quando vem casal e a casa não está cheia, eu deixo ficar um casal em um quarto, e outro casal em outro quarto. Quando não está cheia. Quando ela está cheia não dá, mas a gente tenta deixar o casal na sua liberdade, direitinho. Eu tento fazer isso (Dirigente da casa de apoio 4).*

*Tem que ser uma relação estável. Não pode ficar como dentro de uma zona de relação sexual lá dentro. Se for namorar tem que ser fora, eles pedem pra namorar e eu converso com os dois, faço aquela coisa que minha mãe fazia, porque senão fica aquela bagunça. Se você vê que os dois vão dar certo, deixa e faz o casamento (Dirigente da Casa de apoio 1).*

A relação íntima e afetiva entre sorodiscordantes é expressamente proibida pela dirigente da casa 1, que tende a dificultar esse contato. “*Nesse ponto, eu me meto. Porque eu sei que mais cedo ou mais tarde elas vão acabar pegando o vírus e eu acabo informando, lembrando da situação deles, que eles têm o HIV*”. Os outros dirigentes não fizeram referência a estas situações específicas.

Ainda sobre as relações intergrupais, constatam-se diferenças na forma de se lidar com o preconceito vivido pela instituição e seus residentes. A dirigente da casa 1 promove iniciativas de contato, porém esses ocorrem dentro da instituição. São bazares, almoços e

grupos assistenciais que visitam, freqüentam e trabalham dentro do território da casa de apoio.

*E, eles estão na pior e chega a família com filhos. Tia, a gente pode almoçar aqui, porque não tem nada lá em casa. Se eu tenho muito, eu dou a cesta, que assim come todo mundo junto.*

*Acaba que ficam desempregados e vão lá e falam: tia, você me mantém até eu arranjar emprego? A gente dá um jeito de eles conhecerem o trabalho e, mesmo depois que arranjam um emprego, continuam indo lá (Dirigente da casa de apoio 1).*

Esta forma de contato intergrupar sorodiscordantes revela uma simetria entre as PVHA e as pessoas soronegativas para o HIV que procuram a instituição para solicitar ajuda, que é condição básica para a diminuição do preconceito pelo contato intergrupar, segundo Allport (1954/1962). Contudo as outras duas condições - objetivos e caráter de humanidade comuns entre os membros dos grupos - nem sempre estão presentes. Assim, essa forma de enfrentamento das situações discriminatórias pode não obter sucesso. Ressaltamos, ainda, que a paridade entre as pessoas do contato sorodiscordante acontece pela desqualificação de ambos os lados, promovendo uma identificação pelas perdas, não por características que encorajem a auto-estima dos grupos ou de seus membros, conforme pressupõe Tajfel (1982) como condição para a formação da identidade social.

Conforme os dirigentes das casas 2 e 3, o enfrentamento contra o preconceito ocorreu com a divulgação pela mídia dos abaixo-assinados, que abafou o movimento comunitário.

*Alguns vizinhos aqui, como eu disse, queriam fazer um abaixo-assinado. O abaixo-assinado não chegou a acontecer porque na época a gente apareceu na Rede Globo. Eles vieram fazer uma entrevista, não por conta disso, mas acho que para pedir auxílio para a instituição, porque a gente não tinha pessoas pra nos ajudar. Apareceu na televisão ai várias pessoas nos ligaram, advogados, procuradores e nos disseram: - olha, se quiserem ajuda, nós estamos aqui. Por conta disso as pessoas pararam, não prosseguiram com o abaixo-assinado. Mas o preconceito ainda existe, infelizmente (Dirigente da casa de apoio 2).*

Como visto anteriormente neste estudo, a autopercepção e a divulgação de atitudes preconceituosas podem ser aversivas para os sujeitos, que internalizaram e estão de acordo com as normas igualitárias dos direitos humanos, contudo nutrem sentimentos negativos

em relação a grupos minoritários. O efeito dessa assimilação nas práticas sociais foi explicado por Abric (1998) e discutidas nesta pesquisa.

Sinteticamente, entendemos que o advento dos direitos humanos e as normas sociais anti-racistas inibiram a manifestação do preconceito flagrante (Lima & Vala, 2004), criando uma dissonância para os grupos e os indivíduos. Na TRS, essa dissonância pode ser dirimida graças à flexibilidade do sistema periférico da representação, que adéqua informações e práticas heterogêneas, com o objetivo de ancorar o núcleo central na realidade social do grupo. Dessa forma, o preconceito flagrante não se manifesta e formas sutis de expressão preconceituosa podem aflorar ancoradas em teorias do senso-comum, que indiretamente corroboram para a manutenção da estabilidade da representação.

A dirigente da casa de apoio 3 relatou que a resistência da vizinhança foi vencida depois de seis meses de convencimento de um funcionário da instituição que visitou todas as casas e conversou com seus moradores, a fim de dirimir as dúvidas e solicitar a assinatura do consentimento para a retirada do alvará de funcionamento.

Outra forma encontrada para lidar com o preconceito e os abaixo-assinados das vizinhanças por onde passou foi adotada pela dirigente da casa de apoio 4. A alternativa encontrada se assemelha ao enfrentamento registrado nas pesquisas revisadas no capítulo 3 dessa dissertação e nos postulados de Goffman (1981). Trata-se da ocultação do nome que fomenta o estigma, passando a uma identidade clandestina. O estigmatizado desacreditável é aquele cujo estigma não está evidente, por mascaramento ou não informação aos outros. Em decorrência dessa condição sigilosa, não pudemos entrevistar seus vizinhos, pois esse procedimento revelaria o atributo depreciativo e poderia ascender o processo discriminatório.

*Por várias vezes fizeram abaixo-assinados, tanto na Fercal quanto em Taguatinga para a gente sair. Pela questão do HIV. Aí eu decidi, vamos mudar o nome já. Por isso, hoje, a casa é só **sociais e humanitários**. Não tem mais HIV. Porque eu cansei de bater de frente, várias vezes a gente batia de frente e não conseguia nada, apesar das campanhas (Dirigente da casa de apoio 4).*

Ao final desse Estudo II, constatamos na pesquisa realizada com os vizinhos e dirigentes de casas de apoio do Distrito Federal, que todas as casas sofreram abaixo-assinados pela rejeição à implantação dos seus serviços na vizinhança de diversas cidades do DF. Algumas dessas entidades tiveram que mudar de local mais de uma vez por conseqüência dessa discriminação flagrante contra as instituições que apóiam PVHA. Nos

contextos que esses manifestos não lograram êxito, as relações entre grupos ocorrem pela formalidade de cumprimentos entre vizinhos, com a manutenção da distância social entre esses atores.

Inferimos que as representações do contágio, *thematizadas* nos eixos puro-impuro, assimetria entre maioria e minoria, e a proibição do contato, relativas às PVHA, podem explicar as práticas discriminatórias que se mostram presentes na relação entre os vizinhos e as casas de apoio. Essa RS não é manifestada livremente, pois se trata de realidade fomentadora de defesas cognitivas contra a ameaça da indesejabilidade social que envolve o preconceito.

Constatamos, também, que afora algumas formas amiúdes de contato intergrupar, os dirigentes das casas de apoio tendem a corroborar com a distância social imposta pela maioria, na tentativa da manutenção da ordem e evitação de conflitos. O cerceamento da autonomia dos residentes quanto à vida extramuros da instituição acontece pelo temor do retorno desses ao estilo de vida anterior, que evidencia comportamentos desviantes e agravantes à saúde dos portadores do vírus.

Pelo exposto, encontramos evidências que identificam a existência de preconceito em situação de convivência social que envolva grupos sorodiscordantes na situação de vizinhança de casas de apoio às PVHA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa procuramos estudar o preconceito pela Teoria das Representações Sociais (TRS). Para tanto, escolhemos o grupo de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), por estarem no cerne de um fenômeno social que é objeto de RS e que historicamente foram alvos de manifestações preconceituosas nos conflitos intergrupais. O preconceito é aqui entendido numa perspectiva ético-histórica que se expressa nas práticas sociais sustentadas por RS e tem o caráter de perseguição entre grupos, cuja assimetria e proibição de contato revelam o caráter impuro atribuído às minorias pela maioria (Moscovici, 2009).

Para investigar o preconceito nessa teoria foi necessário acessar as RS das PVHA, aqui denominadas “aidéticos”, por ser um nome ainda presente no senso-comum, facilitando o acesso às suas representações, visto que a TRS trabalha com os conhecimentos construídos no bojo das relações cotidianas. O *design* metodológico empregado no Estudo I foi baseado nas três dimensões das RS – informação, atitudes e campo representacional –, que possibilitam compreender seu conteúdo e sentido (Moscovici 1961/1978). Destas dimensões, enfatizamos duas: as atitudes como forma de orientação favorável/desfavorável em relação ao objeto representado; e o campo representacional, que se refere à imagem, ao modelo social e aos juízos de um grupo sobre determinado objeto social.

Como as RS sempre envolvem sujeitos e objetos sociais, convidamos para participarem desta pesquisa os estudantes de três instituições de ensino superior do Distrito Federal, caracterizando uma amostra de conveniência, para acessar suas representações acerca das PVHA. A dimensão das informações dos universitários foi abordada quanto à existência de informação sobre aids e aos principais meios de obtenção dessa informação. Todos os participantes afirmaram ter algum tipo de informação e o principal meio de comunicação veiculador foi a televisão.

No intuito de investigar a dimensão atitudinal das RS, elaboramos e validamos uma Escala de Distância Social (EDS), inspirada nas escalas de Bogardus (1925, conforme citado por Allport, 1954/1962) e de Lacerda et al. (2002), bem como na literatura científica sobre o tema AIDS/PVHA. Os resultados encontrados nos permitiram concluir que quanto maior a proximidade com uma PVHA, maior a tendência para uma atitude desfavorável dos soronegativos em relação aos portadores do vírus.

Outro resultado encontrado na EDS responde a nossa questão de pesquisa: A dimensão atitudinal das RS se diferencia em função das formas de infecção pelo vírus? Pela análise fatorial na validação da escala, obtiveram-se dois fatores – “inocentes” e “desviantes” – que marcaram a diferença entre as PVHA em decorrência da via de infecção pelo HIV. O fator “inocentes” refere-se àqueles que se infectaram por transfusão de sangue, ou por relação heterossexual, ou nasceram com o vírus. O fator “desviantes” refere-se aos usuários de drogas e os homossexuais, cujas práticas acarretaram a infecção pelo HIV. Na análise da variância entre grupos dos participantes, tanto entre sexo quanto entre grupos de universitários, houve um maior desconforto na proximidade com os “desviantes” do que com os “inocentes”.

O que se avalia nesses fatores é a pertença grupal anterior à infecção. Os “inocentes” são vitimizados pelos universitários, pois suas pertenças grupais não conotavam comportamentos moralmente desviantes. Todavia, essas pessoas sofreram a consequência do “vazamento” (Joffe, 1994) na relação com membros de outros grupos, e assim colocaram em risco a si mesmos e os outros integrantes do seu grupo anterior de pertença. Apesar dessa vitimização, a relação social com os “inocentes” também gera desconforto se passar das “relações formais” para outras distâncias mais próximas. A perda da inclusão social anterior, ou seja, uma pertença ao grupo social em que se achava inserido até o descobrimento da sorologia positiva para HIV é um dos danos que a PVHA convive (Gonçalves, 2005).

No caso dos “desviantes”, a pertença grupal anterior já era objeto de preconceito e estigmatização, em decorrência do uso de drogas e da homossexualidade serem julgados como comportamentos que implicam em uma conduta moral desviante da sociedade “normal”. Os universitários do Distrito Federal culpam os “desviantes” pela infecção, resgatando o signo de grupo de risco que remonta o período histórico da aids aguda. O diagnóstico positivo para o HIV evidencia que se faz parte de uma comunidade de párias, conforme assinalou Sontag (1989).

Portanto, há elementos que evidenciam a distinção de atitude preconceituosa dos universitários do Distrito Federal em função das formas de infecção pelo vírus. A proximidade com portadores usuários de drogas ou homossexuais é mais incômoda do que com os infectados por transfusão de sangue, relação heterossexual ou nascidos com o HIV.

Comparando-se os resultados entre o item 6 (vizinho de casa de abrigo) da EDS do Estudo I, cuja proximidade quase não desperta atitudes desfavoráveis, e a classe “Ordenamento Institucional” do Estudo II, em que todas as casas de apoio do Distrito

Federal sofreram abaixo-assinados, constatamos que a simples medição de atitudes não é boa preditora de comportamento, conforme assinalado por Lima (2006). Contudo, ao empregá-las como dimensão das RS, podemos entender sua variação de acordo com Abric (1994 e 1998), que postulou sobre as transformações das representações em decorrência de práticas contraditórias a estas.

A dimensão atitudinal com baixa tendência a avaliação desfavorável pode ocorrer quando a distância social ao objeto estiver preservada. No caso dos vizinhos, houve tentativas de manter essa distância, pela rejeição flagrante à instalação das casas na comunidade. Em alguns casos, quando não lograram êxito com esse comportamento, necessitaram adequar suas atitudes, operacionalizando uma transformação resistente da RS, ao assegurar variações das práticas cotidianas, mas mantendo a coerência do núcleo central, que sustenta a distância entre grupos sorodiscordantes. Assim, as atitudes devem ser entendidas pela sua ancoragem nas representações sociais (Doise, 1984/2001).

O campo representacional dos universitários acerca dos portadores do HIV ancora as atitudes desfavoráveis à proximidade relacional com base nos prováveis elementos da RS das PVHA: sofrimento, doença, doente, prevenção, tratamento e incurável (sistema periférico); preconceito, morte e contágio (núcleo central). Essa ancoragem evidenciou-se de forma heterogênea, isto é, com variações da ênfase dos conteúdos e estruturas da representação, justificando suas atitudes e tomadas de posição simbólicas diferentes na relação social intergrupar sorodiscordante. Os estudantes da universidade pública de Brasília ancoraram suas atitudes nas idéias centrais de transmissão e contágio, as quais se articulam com as idéias de incurável, prevenção e sofrimento do sistema periférico. Os estudantes da faculdade particular de Brasília deram sentido à suas atitudes ao enfatizarem o preconceito referente ao núcleo central, ancorando-as no elemento tratamento do sistema periférico. Os estudantes da faculdade particular de Taguatinga ancoram suas atitudes na representação da morte, do núcleo central, e por meio dos elementos doente, doença e sofrimento referente ao sistema periférico.

As maiores variâncias ocorreram nos três primeiros fatores da escala de atitudes, revelando uma variabilidade das posições adotadas. Todavia, nas “relações íntimas”, quando a barreira de contato entre os grupos sorodiscordantes se mostrou rompida nas relações sociais, houve uma maior uniformidade da dimensão atitudinal entre os participantes, com médias altas para avaliação desfavorável dessas distâncias. Este resultado confirma a perspectiva estrutural das RS proposta por Abric (1998), pois revela a

dinâmica entre o sistema periférico e o núcleo central da representação da PVHA, ressaltando as características de homogeneidade das atitudes relacionadas aos elementos do núcleo central, na proibição de relações próximas entre grupos sorodiscordantes, e de heterogeneidade ao sistema periférico, na adequação grupal referente às relações formais.

Essa abordagem das atitudes como dimensão das RS, permite a variabilidade individual na tomada de posição simbólica dos sujeitos frente a um objeto social, pois as representações não comportam apenas o caráter consensual (Doise et al., 1993). A ancoragem das atitudes nas pertencas e identidades sociais atualizam, organizam e consubstanciam as Representações (Doise, 1984/2001). Dessa forma, as RS tornam-se importante instrumento de conhecimento e compreensão das práticas cotidianas nas relações intergrupais.

As práticas entre grupos sorodiscordantes foram investigadas no Estudo II, com uma amostra de conveniência, que sabidamente mantinha um mínimo de relação entre pessoas com sorologias diferentes. Na relação entre vizinhos e integrantes das casas de apoio às PVHA constatou-se que a relação intergrupala é ordenada institucional, social e moralmente, de forma que as distâncias sociais mantenham o caráter formal. Os resultados mostraram que as PVHA são considerados sujeitos necessitados de auxílio e orientação, cuja contenção visa a reabilitação e a evitação do contágio físico, psicológico e social. Esses resultados sobre as práticas dos vizinhos das casas de apoio insinuam que há elementos semelhantes com as RS dos universitários acerca das PVHA, associados ao núcleo central desta, demonstrando a partilha do senso comum nas representações sobre as minorias sociais.

Evidenciou-se na pesquisa que as RS da aids embasadas nos signos dos desvios, da ausência de higiene e pecado de grupos estigmatizados como os homossexuais (Góis, 2000), usuários de drogas e outros, cujos comportamentos foram historicamente julgados como anomalias no seio de uma maioria, impregnam as RS sobre as PVHA. Assim, representações da homossexualidade se relacionam com as da aids e, por conseguinte, com as das PVHA. Essa relação matricial entre representações revela o conceito de *themata* empregado por Moscovici (2009) para entender o preconceito no aporte da TRS, fornecendo um caráter universal aos processos de perseguição nas relações assimétricas intergrupais.

Se a PVHA era representado na mídia como alguém que incomodava por ser a própria encarnação da doença, submetido a uma morte civil antes da biológica para Naiff (1999), para os universitários do Distrito Federal investigados nesta pesquisa, podemos

construir um discurso coletivo, isto é, aquele mais amplamente partilhado pelo grupo, sem se referir especificamente a qualquer sujeito em particular, em que as PVHA são:

*muito mais do que doentes. Eles são a encarnação da própria doença incurável, sofrem pela proximidade com a morte e por não terem se prevenido. O “aidético” é o Outro, que merece tratamento e reabilitação para viver na sociedade. Porém, é o Outro distante, com quem se deve evitar a proximidade, por causa da possibilidade do contágio físico e simbólico, que a quebra das barreiras interpessoal e intergrupar pode ocasionar. É uma pessoa que sofre preconceito da sociedade em geral.*

As *themas* fomentadoras de preconceito nas RS, conforme sustentado por Moscovici (2009), são puro-impuro, assimetria entre maioria e minoria e proibição de contato. As RS dos universitários acerca das PVHA revelam esses eixos imbricados em que a doença é o estigma da impureza, cuja significação é atribuída por uma maioria em relação hierarquizada com esse grupo. A convivência entre grupos sorodiscordantes só é permitida em relações que evidenciem a manutenção de distância social que proteja a maioria do contágio físico ou simbólico. Portanto, encontramos evidências sugestivas que as representações das pessoas que vivem com HIV/aids estão impregnadas por preconceito e justificam a discriminação dessas pessoas.

A autopercepção do preconceito pode ser encoberta pelo processo de racionalização e burocratização das práticas sociais, que desumanizam os sujeitos que sofrem a violência, mantendo-os à distância (Bauman, 1998), normalizando a discriminação contra uma minoria, sem o julgamento ético e moral dessa prática. Esta negação também pode ser entendida pelo viés da zona muda das representações sociais, conforme retratada por Menin (2006). O jogo entre a desejabilidade social, as práticas e as representações de um objeto *thematizado* pela assimetria entre grupos sociais gera a necessidade de encobrimento do que pode ser rechaçado pelos ideais da sociedade igualitária, tão promulgados nos tempos atuais. A autopercepção preconceituosa é aversiva para os indivíduos, que adotam valores igualitários e se dizem não preconceituosos, mas nutrem sentimentos negativos em relação aos grupos minoritários.

Entendemos que o advento dos direitos humanos e as normas sociais anti-racistas inibiram a manifestação do preconceito flagrante (Lima & Vala, 2004), criando uma dissonância para os grupos e indivíduos. Na TRS, essa dissonância pode ser dirimida graças à flexibilidade do sistema periférico da representação, que adéqua informações e

práticas heterogêneas, com o objetivo de ancorar o núcleo central na realidade social do grupo. Dessa forma, o preconceito flagrante não se manifesta e formas sutis de expressão preconceituosa podem aflorar ancoradas em teorias do senso-comum, que indiretamente corroboram a manutenção da estabilidade da representação.

O impacto das RS acerca das PVHA no cotidiano das casas de apoio pode ser verificado na discriminação flagrante contra a instalação da instituição na comunidade, acarretando a mudança de local para algumas delas, na rejeição da liberação do alvará de funcionamento ou na evitação de relação mais próxima com os residentes e a instituição em si. Evidencia-se, também, como fator resultante dessas representações, a prática dos dirigentes das instituições na inibição da relação entre residentes e vizinhos, na tentativa da manutenção da ordem e evitação de conflitos.

Ressaltamos que a despeito de todo esse contexto assimétrico das relações intergrupais que mantém o *status quo* da ordem social, também encontramos nas práticas das casas de apoio às PVHA narrativas que invocam o poder das minorias ativas e da influência social para a alteração desse quadro. A ordem para aceitação das diferenças entre os membros das instituições, visando à integração entre as pessoas e subgrupos, e algumas práticas estimuladoras da relação intergrupais sorodiscordantes também podem ser entendidas como resultantes das RS das PVHA, porém de forma a mudar a situação da intolerância. Esperamos que esta pesquisa contribua de alguma forma para que essas práticas sejam aprimoradas e logrem resultados exitosos.

No decurso desta pesquisa alguns temas figuraram como possibilidades de continuação da investigação. Acreditamos que a verificação de distância social entre o endogrupo dos portadores do vírus tenha uma contribuição importante para o campo científico e social, assim como a investigação da relação entre dirigentes e residentes das casas de apoio às PVHA.

Por todo o exposto, concluímos que as representações sociais acerca das pessoas que vivem com HIV/aids mediam as relações sociais entre grupos sorodiscordantes. Há evidências que estas são impregnadas de preconceito e justificam comportamentos discriminatórios contra esses grupos. Se os muros concretos que marcavam as distâncias entre grupos caíram durante o século XX, o mesmo não ocorreu ainda com os muros simbólicos erigidos pelo preconceito. Talvez não visíveis ao olho nu, mas com efeitos reais para as minorias que sofrem essa perseguição, esses muros revelam o quão longe estamos de uma sociedade igualitária e, também, pela sua inconcretude, o quanto já avançamos contra a exclusão das diferenças.

**REFERÊNCIAS**

- Abdalla, F. T. M. & Nichiata, L. Y. I. (2008). A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 140-152.
- Abric, J-C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. Em J-C Abric (Org.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Abric, J-C. (1996). Prefácio. Em C. Sá. *Núcleo central das representações sociais*. (pp. 9-11). Petrópolis: Vozes.
- Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 27-38). Goiânia: AB Editora.
- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B. & Velloso, M. A. (2008). Transformações da aids aguda para a aids crônica: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6), 1841-1849.
- Allport, G. W. (1954/1962). *La naturaleza del prejuicio*. Universitária: Buenos Aires.
- Almeida, A. M. O. (2001). A pesquisa em representações sociais: fundamentos teórico metodológicos. Em *Ser social*, 9, pp. 129-158.
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia da SBP*, 8 (3), 257-267.
- Almeida, M. R. C. B. & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde coletiva*, 12 (1), 263-274.
- Álvaro, J. L. & Garrido, A. (2007). *Psicologia Social*. São Paulo: MacGraw Hill.
- Alves, M. F. P. (2003). Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), S429-S439.
- Amâncio, L. (1997). Identidade social e relações intergrupais. Em J. Vala e M. B. Monteiro (orgs.). *Psicologia Social*. (pp. 287-307). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Andrade, M. F. O., Martins, M. C. F. N. & Bógus, C. M. (2007). Casa Siloé: a história de uma ONG para crianças portadoras de HIV/AIDS. *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, 14 (4), 1291-1311.

- Barbará, A., Sachetti, V. A. R. & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 331-339.
- Bastos, F. I., Boschi-Pinto, C., Telles, P. R. & Lima, E. (1993). O não-dito da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (1), 90-96.
- Bauman, Z. (1998). *Modernidade e Holocausto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Brasileiro, M. & Freitas, M. I. F. (2006). Representações sociais sobre aids em pessoas acima dos 50 anos, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 14 (5), 789-795.
- Brow, R. (1995). *Prejudice. Its social psychology*. Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Pandéia*, 14 (28), 125-137.
- Camargo, B. V. & Bertoldo, R. B. (2006). Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23 (4), 369-379.
- Camargo, B. V., Barbará, A. & Bertoldo, R. B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. *Psicologia em estudo*, 12 (2), 277-284.
- Cardoso, G. P. & Arruda, A. (2004). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde coletiva*, 10 (1), 151-162.
- Carvalho, C. M. L. & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 90-97.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *Psico*, 37, 1, pp. 47-56.
- Chan, K. Y., Stoové, M. A., Sringernyung, L. & Reidpath, D. D. (2008). Stigmatization of aids patients: disentangling Thai nursing students' attitudes towards HIV/aids, drug use, and commercial sex. *AIDS Behavior*, 12, 146-157.
- Cechim, P. L. & Selli, L. (2007). Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 145-149.

- Costa, L. S., Latorre, M. R. D. O., Silva, M. H., Bertolini, D. V., Machado, D. M., Pimentel, S. R. & Marques, H. H. S. (2008). Validação e reprodutibilidade de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 84(1), 41-46.
- Crochík, J. L. (2005). Preconceito: relações com a ideologia e com a personalidade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (3), 309-319.
- Cueto, M. (2002). El rastro del SIDA en el Perú. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 9, 17-40.
- Doise, W. (1984). Social representations, inter-group experiments and levels of analysis. In: R. Farr & S. Moscovici (dir.). *Social representations*. (pp. 255-266). Cambridge/UK: Cambridge University Press – Paris/França: MSH.
- Doise, W. (1984/2001). Atitudes e Representações. Em D. Jodelet (org.). *As representações sociais* (pp. 187-204). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Doise, W., Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The Quantitative Analyses of Social Representacion*. England: Harvester Wheatsheaf.
- Douglas, M. (1976). *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- Elias, N. & Scotson, J. L. (2000). *Os estabelecidos e os Outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Falcão, L. C. (2004). *Adoção de crianças por homossexuais: Crenças e formas de preconceito*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Farr, R. M. (2000). *As raízes da Psicologia Social moderna*. Petrópolis: Vozes.
- Fernandes, H. & Horta, A. L. M. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (4), 522-529.
- Ferreira, M. & Grupo De Estudos Em População, Sexualidade e Aids. (2008). Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*. 42 (1), pp. 65-71.
- Figueiredo, M. A. C. & Fiorini, L. N. (1996). Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estudos de Psicologia*, 2 (1), 28-41.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. Em D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds). *The handbook of social psychology*, 2. (pp. 357-411). NewYork: McGraw-Hill.

- Fleck, M. P. A. (2000). O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 33-38.
- Fleury, A. R. D. (2006). *Homossexualismo e preconceito: o que pensam os profissionais de recursos humanos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Galinkin, A. L. (2003). Estigma, Território e Organização Social. *Espaço & Geografia*, 6 (2), 149-176.
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Galvão, M. T. G., Cerqueira, A. T. A. R & Marcondes-Machado, J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/aids através do HAT-QoL. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 430-437.
- Garcia, S., Koyama, M. A. H. & GEPSAIDS. (2008). Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 72-83.
- Garrido, P. B., Paiva, V., Nascimento, V. L. V., Souza, J. B. & Santos, N. J. S. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 72-79.
- Goffman, E. (1981). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Góis, J. B. H. (2000). Olhos e Ouvidos Públicos para Atos (Quase) Privados: a formação de uma percepção pública da homossexualidade como doença. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 10(2), 75-99.
- Gonçalves, E. H. (2005). *Desconstruindo o preconceito em torno do HIV/AIDS na perspectiva da bioética de intervenção*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Guimarães, K. & Merchán-Hamann, E. (2005). Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Revista Estudos Feministas*, 13 (3), 525-544.
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M. & Kendall, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 249-255.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1992/2005). Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. (original publicado em 1992). *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento), 71-101.

- Jasper, J. & Fraser, C. (1984). Attitudes and social representations. In: R. Farr & S. Moscovici (dir.). *Social Representations* (pp. 101-124). Cambridge/UK: Cambridge University Press – Paris/França: MSH.
- Jodelet, D. (1998). Representações sociais do contágio e a aids. Em D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.). *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. (pp. 17-45). Natal: EDUFRN.
- Jodelet, D. (2004). *Loucura e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2006a). Os processos psicossociais da exclusão. Em Bader Sawaia (org.). *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. (pp. 53-66). Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2006b). Representação da cultura no campo da saúde. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz, G. R. S. & Z. A. Trindade, (orgs.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em Representações Sociais*. (pp. 75-109). Brasília: EdUnB.
- Joffe, H. (1994). “eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. Em S. Jovchelovitch e P. Guareschi (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. (pp. 297-322). Petrópolis: Vozes.
- Lacerda, M., Pereira, C. & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 15, 165-178.
- Leão-Almeida, T. (2009). *“Uma beleza que vem da tristeza de se saber mulher”*: Representações sociais do corpo feminino. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lee, M. Y., Campbell, A. R. & Mulford, C. H. (1999). Victim-blaming tendency toward people with aids among college students. *The Journal of Social Psychology*, 139 (3), 300-308.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T. & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 121-133.
- Lewin, K. (1978). *Problemas de dinâmica de grupo*. (Trabalho original publicado em 1948). São Paulo: Cultrix.
- Lima, D. M. F. M. (2006). *AIDS e juventude na revista Veja: 1999 – 2000*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. Em: J. Vala & M. B. Monteiro (coord.) *Psicologia Social* (pp. 167-199). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Lima, A. A. & Pedro, E. N. R. (2008). Crescendo com HIV/aids: estudo com adolescentes portadoras de HIV/AIDS e suas cuidadoras-familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 348-354.
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 401-411.
- Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: representações sociais da Aids para jovens. Em D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.). *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. (pp. 47-72). Natal: EDUFRN.
- Mailhiot, G. B. (1981). As minorias psicológicas. Em *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidades e Representações sociais. As dinâmicas da mente*. Petrópolis: Vozes.
- Marques, J. & Paéz, D. (2006). Processos cognitivos e estereótipos sociais. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Org.). *Psicologia Social*. (pp. 333-386). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Matos, D. G. (2005). *Escravas do risco – bioética, mulheres e AIDS*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D. & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41 (2), 87-93.
- Meneghel, S. N. et al. (2008). Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. *Saúde e sociedade*, 17 (2), 220-228.
- Menin, M. S. S. (2006). Representações sociais e estereótipo: a zona muda das representações sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 43-52.
- Ministério da Saúde. (1997). *Casas de Apoio em HIV/Aids: Guia de recomendações*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2008). *Boletim epidemiológico da AIDS*. V, 1. Brasília. Disponível em [http://www.aids.gov.br/c-geral/casa\\_indice.htm](http://www.aids.gov.br/c-geral/casa_indice.htm). Acessado em 07/11/2009.
- Moliner, P. (1996). La structure des représentations sociales. Em P. Moliner. *Images et représentations sociales* (pp.51-78). Grenoble: PUG.
- Monteiro, M. B. (2006). Conflito e negociação entre grupos. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Org.). *Psicologia Social*. (pp. 411-456). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Moriya, T. M., Gir, E. & Hayashida, M. (1994). Escala de atitude frente à aids: Uma análise psicométrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2 (2), 37-53.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. (A. Cabral, trad.) Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1961).
- Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. Em W. Doise & A. Palmonari (Orgs.). *L'études des représentations sociales* (pp. 334-380). (M. H. Fávero, trad.). Neuchatel – Paris: Delachaux et Niestlé.
- Moscovici, S. (2009). Preconceito e representações sociais. Em A. M. O. Almeida & D. Jodelet (Orgs.). *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: Representações sociais* (pp. 17-34). Brasília: Thesaurus.
- Naiff, D. G. M. (1999). *A construção social de um fenômeno: A aids na mídia escrita brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nascimento, A. M. G., Barbosa, C. S. & Medrado, B. (2005). Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (1), 77-86.
- Oltramari, L. C. & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9 (2), 317-323.
- Paiva, V., Aranha, F., Bastos, F. I. (2008). Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 54-64.
- Paiva, V., Pupo, L. R. & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40, 109-119.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, Discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pereira, A. S. L. S. (2004). *Representações Sociais do homossexualismo e preconceito contra homossexuais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Pereira, M. E. (2002). *Psicologia Social dos Estereótipos*. São Paulo: EPU.
- Pereira, C., Torres, A. R. R. & Almeida, S. T. (2003). Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 95-107.

- Pettegrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pinto, D. S., Veloso Filho, C. L., Wainberg, M. L., Mattos, P. E. L. & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2007). Escala de avaliação de comportamento sexual de risco para adultos: tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro. *Revista de Psiquiatria RS*, 29 (2), 205-211.
- Queiroz, M. A. (1999). *Convivendo com a soropositividade: um estudo sobre subjetividade e o processo saúde-doença*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Regato, V. C. & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: quem é o responsável?. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9 (1), 167-175.
- Ribeiro, A. S. M. (2000). *“Macho, adulto, branco, sempre no comando?”* Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, A. S. M. (2005). *Os homossexuais em busca de visibilidade social*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Castanha, A. R. (2006). Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23 (1), 75-81.
- Roazzi, A., Federicci, F. C. B. & Carvalho, M. R. (2002). A questão do consenso nas representações sociais: um estudo do medo entre adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (2), 179-192.
- Rodrigues, M. P., Sobrinho, M. S. & Silva, E. M. (2005). Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids. *Ciência & Saúde coletiva*, 10 (2), 463-472.
- Sá. C. P. (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. Em: M. J. Spink (org.). *O conhecimento no cotidiano*. (pp. 19-45). São Paulo: Brasiliense.
- Sá. C. P. (1996). O campo de estudos das representações sociais. Em C. P. Sá. *Núcleo central das representações sociais*. (pp. 13-50). Petrópolis: Vozes.
- Sá. C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Santos, E. C. M., França Junior, I. & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41 (2), 64-71.
- Sawaia. B. (2006). Introdução: Exclusão ou inclusão perversa?. Em Bader Sawaia (Org.). *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. (pp. 7-13). Petrópolis: Vozes.

- Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 317-326.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/aids: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 188-195.
- Senac-DF. (2008). Síntese do questionário sócio-econômico.
- Silva Filho, N., Godinho, P. H., Reis, C. H. & Pacheco, N. M. S. (2007). Escala de atitudes frente ao HIV/aids: Análise de fatores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 194-200.
- Soares, M. V. B., Foster, A. C. & Santos, M. A. (2008). Caracterização das casas de apoio a portadores de HIV/Aids em Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil) e suas práticas administrativas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (24), 169-180.
- Sontag, S. (1989). *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Schwarcz.
- Souza-Filho, E. A. & Henning, M. G. (1992). Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e Vida Social entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais em Brasília, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 8 (4), 428-441.
- Tajfel, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues*, 25 (4), 79-97.
- Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 223, 96-102.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Vol. I e II. Lisboa: Livros Horizonte Ltd.
- Taylor, D. M. & Moghaddam, F. M. (1994). *Theories of intergroup relations: International social psychological perspectives*. New York: Praeger.
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C. & Rodrigues, B. M. R. D. (2005). Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), 68-76.
- Trindade, Z. A. (1998). *Na teoria as práticas são outras* [mimeo]. Trabalho apresentado no VII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (14p.). Gramado, RS.
- Tura, L. F. R. (1998). Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. Em D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.). *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. (pp. 121-154). Natal: EDUFRN.

- Universidade de Brasília. (2004). Perfil socioeconômico dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior 2003/2004.
- Vale, C. G. (2002). Identidades, Doença e Organização Social: Um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, 8 (17), 179-210.

**ANEXOS**

## ANEXO I

Olá, sou Alexandre Galvão, aluno da UnB e realizo uma pesquisa sobre AIDS. Esta pesquisa procura entender como as pessoas lidam com a AIDS e seus portadores no seu dia-a-dia, e para isto sua opinião e experiência de vida são extremamente importantes. Este questionário visa à validação estatística do método escolhido, por isso, peço que responda o questionário conforme seu pensamento.

Você não deve escrever seu nome. A pesquisa é confidencial e os resultados serão apresentados de maneira a não permitir a identificação individual das pessoas que responderam este questionário. O termo de consentimento livre e esclarecido que você assinou não será anexado a este questionário.

1 – Você já teve alguma informação sobre AIDS?

Sim ( ) Não ( )

2 – Caso Sim, através de que meios? Assinale no máximo as 2 (duas) respostas mais importantes para você.

Propaganda de TV ( )

Publicações científicas ( )

Propaganda de rádio ( )

Conversas com amigos ( )

Programas de TV ( )

Palestras ( )

Panfletos ( )

Conversa com profissional de saúde ( )

Revistas ou jornais ( )

Outros: \_\_\_\_\_

3 – Que palavras vêm imediatamente à sua mente quando se fala em **aidético**? Diga, rapidamente, pelo menos 4 (quatro) palavras.



Agora, nos espaços menores do quadro anterior, marque um X ao lado das 2 palavras que você acha mais importantes.

4 – Dentre estas 2 palavras, qual é a mais importante delas e por quê?

---



---



---



---

5 – Marque um (x) no quadro correspondente ao quanto você sente desgosto, no sentido de “não gostar”, nas situações abaixo, num grau de 1 a 5, sendo que 1 significa “nenhum desgosto” e 5 “forte desgosto”.

Nenhum  
desgosto

Forte  
desgosto

Eu sinto ...	1	2	3	4	5
Ter um(a) vizinho(a) aidético(a) que se infectou por relação heterossexual?					
Ter um vizinho aidético que se infectou por relação homossexual?					
Ter um(a) vizinho(a) aidético(a) que se infectou por transfusão de sangue?					
Ter um(a) vizinho(a) aidético(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis?					
Ter um(a) vizinho(a) aidético(a) que nasceu infectado(a)?					
Em ser vizinho de uma casa que abriga aidéticos?					
Em ter um(a) colega de trabalho aidético(a)?					
Em ter um(a) chefe de trabalho aidético(a), independente de sua competência?					
Em ter um membro aidético(a) no clube, igreja ou outro local que eu frequento?					
Em ter um estudante aidético(a) na escola que eu ou meus familiares frequentam?					
Em ter um(a) amigo(a) aidético(a) que se infectou por relação heterossexual?					
Em ter um amigo aidético que se infectou por relação homossexual?					
Em ter um(a) amigo(a) aidético(a) que se infectou por transfusão de sangue?					
Em ter um(a) amigo(a) aidético(a) que se infectou por uso de drogas injetáveis?					
Em ter um(a) amigo(a) aidético(a) que nasceu infectado(a)?					
Em ter um(a) parente aidético(a)?					
Em saber que um aidético tem um relacionamento afetivo e sexual com outra pessoa aidética?					
Em saber que um(a) aidético(a) tem um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa saudável?					
Em saber que uma pessoa da minha família tem um relacionamento afetivo e sexual com um(a) aidético(a)?					
Em eu ter um relacionamento afetivo e sexual com uma pessoa aidética?					

6 - Com relação aos aidéticos, e de acordo com os números abaixo, você sente ou já sentiu:

(1 – nunca)

(2 – poucas vezes)

(3 – de vez em quando)

(4 – muitas vezes)

(5 – sempre)

	1	2	3	4	5
Nojo					
Raiva					
Desprezo					
Admiração					
Respeito					
Amor					
Piedade					

7 – Qual o seu sexo? masculino ( ) feminino ( )

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “Representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS”. O estudo se refere a discutir as relações sociais entre grupos sorodiscordantes, isto é, entre pessoas soropositivas e não-soropositivas. Abaixo, algumas informações importantes para o seu conhecimento antes de aceitar este convite:

1. Participam desta pesquisa os universitários do Distrito Federal, que serão convidados pessoalmente pelo próprio pesquisador, em sala de aula da faculdade que os participantes estudam.
2. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de questionário e escalas, para discutir as relações sociais entre grupos sorodiscordantes, com duração de 10 minutos, aproximadamente.
3. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer benefícios para ampliar a compreensão dos aspectos sociais que mediam a relação entre grupos sorodiscordantes, relacionar as representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS, e como sustentam as relações entre grupos.
4. Tem-se como benefício o melhor conhecimento dos processos que sustentam as relações entre pessoas e grupos sorodiscordantes de modo a facilitar o processo de inclusão social, assim como, preservar suas identidades sociais. Com esta pesquisa, busca-se estimular a implantação de políticas públicas, que favoreçam tanto as pessoas que vivem com HIV/AIDS como as pessoas não infectadas pelo vírus.
5. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo, em posse do pesquisador, que guardará os materiais utilizados na pesquisa. No caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais dos participantes não serão mencionados.
6. Os participantes têm liberdade de recusar a responder questões que lhes tragam constrangimentos, de não participar ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejarem, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não lhes causará nenhum prejuízo.
7. Os participantes poderão, pessoalmente, tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o pesquisador. Desde já, são convidados a assistirem a defesa da dissertação, cujo local e hora serão divulgados posteriormente.

DECLARO que me sinto convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, entendi o que me foi explicado e consinto voluntariamente em participar desta pesquisa. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Nome, idade, RG e assinatura do participante da pesquisa)

---

(assinatura do pesquisador)

**Pesquisador(a):** Alexandre Cavalcanti Galvão CRP 6954/1, telefone: 9223 8708, e-mail: [alecgalvao@yahoo.com.br](mailto:alecgalvao@yahoo.com.br)

**Orientador(a):** Angela Almeida, telefone: 3272 2293, e-mail: [aalmeida@unb.br](mailto:aalmeida@unb.br)

**Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB:** telefone: 3307-3799

### ANEXO III

Sugestão de roteiro de entrevista para pessoas que vivem na vizinhança da casa

Foco: Imagem da pessoa que vive com HIV/AIDS, seu estigma, e a distância Social:

Comportamentos de convívio (endogrupo e exogrupo) – proibições e permissões de contato

<b>Informações</b>	<b>Relação</b>
AIDS	Visita a casa de apoio
Aidético	Conhece aidéticos
Meios de informação	Aidético te visita
Crenças (punição de Deus, comportamento desviante – drogado, homossexual, prostituição -, desconhecimento da forma de pegar a doença)	Você poderia CONVERSAR, TOCAR, TRANSAR e TRABALHAR com aidético E a sua família poderia CONVERSAR, TOCAR, TRANSAR e TRABALHAR com
Formas de pegar a doença: banheiro, talheres e copos, assento, mosquito, sangue e sexo	aidético Sentimentos por tê-los como vizinhos
<b>Endogrupo e exogrupo</b>	<b>Diferenciação</b>
Seus vizinhos PENSAM sobre aidéticos, SENTEM e AGEM	Os aidéticos podem Os aidéticos não podem
Os aidéticos PENSAM, SENTEM e AGEM	Os aidéticos merecem
Histórias de relação entre aidéticos e os outros	Os aidéticos devem O melhor local para os aidéticos

Dados sócio-demográficos

Idade – Naturalidade – Religião – Renda – Escolaridade – Orientação sexual

## ANEXO IV

Sugestões de eixos da entrevista com os dirigentes das casas de apoio

Foco: Funcionamento da casa de apoio, a relação com a comunidade, e percepções de preconceito e discriminação na casa e na comunidade

<p style="text-align: center;"><b>Histórico</b></p> <p>A implantação</p> <p>Dificuldades e crises</p> <p>Manutenção e financiamentos</p>	<p style="text-align: center;"><b>Trabalhadores e residentes</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Trabalhadores:</b></p> <p>Processo seletivo</p> <p>Quantidade</p> <p>Voluntários da vizinhança</p> <p style="text-align: center;"><b>Residentes:</b></p> <p>Quantidade</p> <p>Cuidados de saúde</p> <p>Dia típico</p> <p>Atividades que realizam</p> <p>Atividades que NÃO realizam</p> <p>Regras de convivência</p> <p>Conflitos</p> <p>Grupos e subgrupos</p> <p>Lazer</p>
<p style="text-align: center;"><b>Comunidade</b></p> <p>Atividades em comum</p> <p>Relação entre os vizinhos e os residentes</p> <p>Frequência dos vizinhos na casa</p> <p>Frequência dos residentes na vizinhança</p> <p>Exemplos</p> <p>Os vizinhos PENSAM, SENTEM e AGEM sobre os aidéticos</p> <p>Você pensa, sente e age sobre os aidéticos</p>	<p style="text-align: center;"><b>Diferenciação</b></p> <p>Separação de grupos dentro da casa</p> <p>Diferenciação por forma de infecção</p> <p>Sentimento de inferioridade perante os residentes e os vizinhos</p> <p>Relações afetivo-sexuais na casa e com os vizinhos</p> <p>Exemplos</p>

Dados sócio-demográficos:

Idade – Naturalidade – Religião – Renda – Escolaridade – Orientação sexual

## ANEXO V

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “Representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS”. O estudo se refere a discutir as relações sociais entre grupos sorodiscordantes, isto é, entre pessoas soropositivas e não-soropositivas. Abaixo, algumas informações importantes para o seu conhecimento antes de aceitar este convite:

1. Participam da pesquisa os dirigentes das casas de apoio do DF, os vizinhos dessas casas, e universitários, que serão convidados pessoalmente pelo próprio pesquisador.
2. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de entrevistas, com duração de 50 minutos, aproximadamente. Esta entrevista será realizada na residência dos participantes ou nas faculdades em que estudam, onde o pesquisador fez o convite para a participação.
3. A pesquisa é importante, pois deve trazer benefícios para ampliar a compreensão dos aspectos sociais que mediam a relação entre grupos sorodiscordantes; relacionar as representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS e como sustentam as relações entre grupos.
4. Tem-se como benefício o melhor conhecimento dos processos que sustentam as relações entre pessoas e grupos sorodiscordantes de modo a facilitar o processo de inclusão social, assim como, preservar suas identidades sociais. Com esta pesquisa, busca-se estimular a implantação de políticas públicas, que favoreçam tanto as pessoas que vivem com HIV/AIDS como as pessoas não infectadas pelo vírus.
5. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo, em posse do pesquisador, que guardará os materiais utilizados na pesquisa. No caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais dos participantes não serão mencionados.
6. Os participantes têm liberdade de recusar a responder questões que lhes tragam constrangimentos, de não participar ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejarem, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não lhes causará nenhum prejuízo.
7. Os participantes poderão, pessoalmente, tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o pesquisador. Desde já, são convidados a assistirem a defesa da dissertação, cujo local e hora serão divulgados posteriormente.

DECLARO que me sinto convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, entendi o que me foi explicado e consinto voluntariamente em participar desta pesquisa. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Nome, idade, RG e assinatura do participante da pesquisa)

---

(assinatura do pesquisador)

**Pesquisador(a):** Alexandre Cavalcanti Galvão CRP 6954/1, telefone: 9223 8708, e-mail: [alecgalvao@yahoo.com.br](mailto:alecgalvao@yahoo.com.br)

**Orientador(a):** Angela Almeida, telefone: 3272 2293, e-mail: [aalmeida@unb.br](mailto:aalmeida@unb.br)

**Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB:** telefone: 3307-3799.