

Contribuições das representações sociais ao estudo da aids

Andréa Barbará
Virginia Azevedo Reis Sachetti
Maria Aparecida Crepaldi
 Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo apresentar um breve histórico da aids relacionando os aspectos médicos da doença aos fenômenos sociais, destacando as implicações e conseqüências para o indivíduo de ser portador de uma doença estigmatizante. O assunto foi tratado a partir do referencial teórico da psicologia social, em especial da teoria das representações sociais. Alguns conceitos teóricos necessários para a compreensão do tema também foram abordados: epidemia, prevenção e atitudes. Foram ainda identificadas as pesquisas atuais na área, bem como o enfoque das campanhas de prevenção e a contribuição da teoria das representações sociais para o estudo da doença. Assim, para que seja possível refletir sobre a disseminação da aids devem-se considerar as transformações desta epidemia na sua história, principalmente em relação às formas de transmissão, às tendências de instabilidade e vulnerabilidade da doença, e também aos significados construídos para enfrentar essa realidade.

Palavras-chave: representações sociais; aids; prevenção.

ABSTRACT

Contributions of social representations to the study of aids

The present article aims to present a brief history of AIDS, relating the medical aspects of the disease to social phenomena, highlighting the individual implications and consequences of being a bearer of a stigmatizing disease. The issue was considered from the theoretical framework of social psychology, specially the social representations theory. Some theoretical concepts that are necessary for the understanding of the theme were also commented: epidemic, prevention and attitudes. Current studies in the area were also identified, as well as the focus in prevention campaigns and the contribution of social representations theory to the study of the disease. Therefore, transformations of AIDS epidemic through history, specially the ones related to transmission forms, tendencies of unstability and vulnerability of the disease and the meanings that are constructed to cope with this reality must be considered in order to stimulate a reflection about the disease's dissemination.

Keywords: scientific social representations; AIDS; prevention.

História médica e social da aids

A história registra inúmeros eventos catastróficos, pontuando a ocupação humana da terra. Mais recentemente, a mídia moderna contribuiu para expandir e dar continuidade a esses relatos pouco animadores a respeito da evolução humana. Dentre certos religiosos fervorosos, há quem diga que as catástrofes foram ou são castigos de ordem divina, em decorrência da indignidade humana. Eventos de ordem médica abrangem, entre outros, a peste negra, que assolou a Europa na Idade Média; a gripe espanhola do começo do século XX e o câncer dos dias atuais. Esse último,

em especial, foi até a pouco tempo denominado o “mal do século”, e vem sendo alvo de imensa atividade médica e científica, em busca de uma cura definitiva (Soares, 2001).

Nenhuma dessas doenças, entretanto, teve conseqüências tão devastadoras, no âmbito social, econômico e político, em um tempo tão relativamente curto, como a aids (termo que vem do inglês *acquired immunodeficiency syndrome*), também conhecida no Brasil como SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), de acordo com Soares (2001). Desde o seu surgimento no ocidente, em 1981, a aids representou, para o conjunto da população, muito mais que apenas

uma doença, tornando-se rapidamente um fenômeno social que veio ocupar “o lugar” de doença mais estigmatizante da sociedade, que antes era ocupado pelo câncer, e que já havia sido da sífilis, da lepra e da peste, entre outras doenças infecto-contagiosas (Sontag, 1989).

Incontáveis vítimas já pereceram diante da epidemia e novas perspectivas se vislumbram face aos resultados animadores no tratamento da doença. Neste momento, para muitos, não está muito longe o dia em que um resultado positivo para o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) será recebido da mesma forma que hoje se recebe um resultado positivo de outra moléstia. Infelizmente, a aids ainda não tem cura. Os tratamentos servem apenas para prolongar o tempo de sobrevivência do indivíduo. Os avanços da ciência, no campo dos antivirais, porém, proporcionam esperanças de que se desenvolvam formas eficazes no combate desta epidemia, compreendida a partir da definição empregada por Rey (1999): uma doença que apresenta elevação estatisticamente significativa da incidência, ou de algum mal, acima da norma observada até então, em determinada população. O autor aponta ainda que o número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com as circunstâncias, tais como: o agente patogênico, o tamanho e as características da população, sua experiência prévia com a doença ou a inexistência desta em períodos anteriores, o local e a época do ano em que ocorrem os casos.

O doente de aids continua a viver o seu sofrimento de dupla forma, de um lado, o sofrimento físico, causado por uma doença que mesmo com os avanços da medicina com os chamados coquetéis antivirais, ainda é mortal. De outro lado, o sofrimento social, causado pelo olhar excludente dirigido ao doente que, em muitas ocasiões, pode ser ainda mais devastador. Sendo assim, é possível presenciar, de forma bastante acentuada, nas relações sociais, a intolerância, o medo e o preconceito para com aqueles que possuem o vírus HIV. Há de ser lembrado que, pelo fato dos homossexuais terem sido os primeiros atingidos no mundo ocidental, a associação de aids e homossexualidade foi a primeira tentativa de explicação de um fenômeno para o qual sequer a comunidade científica apresentava respostas. Tratava-se somente de uma constatação de sintomas, o discurso médico não fornecia ainda as causas da doença. Era um discurso impregnado, portanto, de incerteza e mesmo de espanto.

A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na

homossexualidade poderia estar sua origem, o que tornava os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica, “de risco”. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da aids.

Mais tarde, constatou-se a propagação da doença para novos segmentos populacionais, constituídos por indivíduos igualmente marginalizados como usuários de drogas, prostitutas, travestis, o que veio acrescentar, ao ainda utilizado conceito de grupo de risco, elementos da pretensa realidade vivida por estes grupos, realidade que comportaria a promiscuidade, a imoralidade, o vício, a transgressão. A aids chegou a ser chamada, nos Estados Unidos, por determinado período, a doença dos quatro H: homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroínômanos e, mais tarde, *hookers*, ou prostitutas.

Como a descoberta do vírus, e de suas formas de transmissão – sexo e sangue – permitiam, por um lado, uma tentativa de controle da epidemia, e, por outro, exacerbavam o medo e a conotação moralista de um discurso que fazia da sexualidade “descontrolada” a grande causa do mal. O sexo, que sempre ameaçou normas e valores, ameaçava agora a continuidade da humanidade, uma vez que o caráter epidêmico da doença evocava lembranças de cataclismos universais.

O mundo, também, vem acompanhando a mudança geográfica da epidemia: enquanto nos países ditos de “Primeiro Mundo” o número de contaminados vem diminuindo progressivamente, nos países ditos de “Terceiro Mundo”, a epidemia continua em franca ascensão, atingindo cada vez mais as camadas pobres da população. As conseqüências dessa depauperação são alarmantes: em alguns países da África, a taxa de crescimento da população encontra-se em níveis negativos, por causa da aids. O Brasil sofre, também, com esta conseqüência da doença, associada a um sistema público de saúde deficitário. As conseqüências só não são mais trágicas pelo fato de possuir uma legislação (Lei Sarney) que regulamenta a função social do Estado, constitucionalmente assegurada, em arcar com o tratamento integral dos soropositivos, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos.

Na tentativa de contribuir para o estudo e a compreensão da aids, o objetivo do presente artigo é rever, do ponto de vista teórico, as relações existentes entre os aspectos médicos da doença e os fenômenos sociais, destacando as implicações e conseqüências para o indivíduo.

Atitudes e Representações Sociais

Rodrigues, Assmar e Jablonski (1999), Figueiredo (1998) e Lima (1996) apontam que uma das maiores dificuldades que existem nas ciências sociais é empregar palavras utilizadas no cotidiano como termos técnicos que têm significado específico e, que necessitam, portanto, de uma definição clara. Os autores que estudam psicologia social não concordam totalmente com uma única definição de atitude. No presente trabalho considerar-se-á a definição elaborada pelos autores acima citados que descrevem atitudes como experiências subjetivas que incluem necessariamente uma dimensão avaliativa ao fazer referência a um objeto, fato ou pessoa. São predisposições aprendidas e relativamente duradouras para responder favorável ou desfavoravelmente a um fenômeno.

As atitudes são construídas por meio da interação social, produto de comparações, sucessivas identificações e diferenciações que permitem situar nossa posição sobre um objeto diante dos outros em um dado momento. São também passíveis de mudança e transformação através da informação ou da experiência. Logo, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes diante do mesmo objeto e, estas avaliações podem mudar ao longo do tempo.

Para Rodrigues e cols. (1999) e Lima (1996) as atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como gostariam de se comportar em relação a um determinado objeto. Esta relação entre os componentes de uma atitude pode ser de coerência ou incoerência, pois não é difícil encontrar inconsistência entre as atitudes e os comportamentos expressos pelas pessoas.

As representações sociais são uma forma de conhecimento do mundo, construídas a partir do agrupamento de conjuntos de significados, que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos, formando um saber compartilhado, geral e funcional para as pessoas, chamado de senso comum (Jodelet, 1986; Moscovici, 1976). Assumir uma determinada posição simbólica e transformar um conhecimento científico em conhecimento do senso comum é feito a partir de dois processos básicos: a ancoragem (que consiste em incorporar um fato ou informação estranha em uma categoria mais familiar, em sistemas prévios de classificação) e a objetivação (que consiste em tornar concreto o que é abstrato). Estudar a ancoragem das atitudes nas relações sociais que as produzem significa estudá-las como representações sociais (Doise, 2001).

As atitudes impregnam as representações sociais e estas últimas determinam as condutas desejáveis ou permitidas. A compreensão das representações sociais proporciona o acesso às justificativas utilizadas para

orientar julgamentos e ações acerca do mundo e permite conhecer as estratégias dos seres humanos quando estão diante da tarefa de compreender fatos desconhecidos. Assim, reconstróem as situações como conhecimentos que regem o processo de comunicação e ação em relação aos fenômenos (Moscovici, 1976).

Atitudes, Representações Sociais e Aids

O conceito de atitudes e a teoria das representações sociais têm sido muito utilizados para explicar a complexa problemática da aids. Por um lado, as atitudes são especialmente estudadas em pesquisas de sondagem de opinião (Doise, 2001) e, por outro, “nossas representações sociais desta epidemia têm um papel importante no modo como se age diante dela e da sua prevenção” (Camargo, 2000, p. 99). O papel das representações na evolução histórica da epidemia no Brasil é muito relevante, pois esta aparece primeiro como um fenômeno da mídia, e só depois se torna uma evidência médica (Parker, 1994).

A caracterização inicial da aids apresentada à população pela ciência médica e amplamente reforçada pela mídia incluía domínios de fortes investimentos afetivos configurados pela morte, pelo contágio, pelo sexo. São domínios que comportam componentes emocionais profundamente enraizados em diferentes culturas e que causam enorme impacto no plano simbólico. A incerteza da ciência sobre a doença, e sobre os mecanismos de transmissão, agora conhecidos, geraram a eclosão das mais variadas representações que se difundiram na proporção da disseminação da doença e se mostram ainda profundamente arraigadas no imaginário da população (Paulilo, 1999). Com a identificação médica da moléstia, o que no começo era apenas uma sigla, uma convenção para designar uma doença, a aids ganha vida própria no imaginário da população.

Neste sentido, Jodelet (2001) afirma que a aids é a primeira doença cujas histórias, médica e social, se desenvolveram juntas. A mídia e as pessoas se apoderaram deste mal desconhecido e estranho, cuja proximidade entre o biológico e o social ainda não tinha sido revelada. O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença. A falta de informação e a incerteza da ciência favoreceram o surgimento de tais representações que circulavam entre as pessoas e/ou corriam de um veículo de comunicação a outro.

A partir da interpretação moral, considerava-se a aids como uma doença-punição que se abatia sobre a licença sexual, em que se encontravam nos meios de comunicação (televisão, rádio e jornais) expressões oriundas de uma sociedade permissiva, que representavam uma condenação pelas condutas degeneradas. Outro aspecto da aids que afetou o público foi sua transmissão pelo sangue ou esperma, dando lugar a uma visão biológica muito mais inquietante: que o contágio poderia ocorrer também por meio de líquidos corporais além do esperma, particularmente a saliva e o suor (Jodelet, 2001).

As ameaças e enigmas que emergiram com o surgimento do fenômeno social da aids podem desencadear um processo de elaboração – nos planos individual e coletivo – de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação. É pelo estudo e divulgação destas teorias que o indivíduo organiza uma visão coerente do objeto e de si no mundo, ao mesmo tempo em que procura negociar um espaço de aceitação e inclusão com os grupos com os quais interage (Tura, 1998).

Herzlich e Pierret (1988), ao analisarem a construção do fenômeno social gerado pela aids, em seis jornais franceses, mostraram como a doença inicialmente surgiu, no sentido de ser um enigma da medicina, associado ao grupo de homossexuais. Era muito comum a doença ser denominada como a “pneumonia dos homossexuais”, o “câncer dos homossexuais” ou o “câncer gay”. Mesmo com o surgimento de uma sigla considerada “neutra” para designar a doença, a imprensa continuou a utilizar como sinônimos aids e “câncer gay”. Quando o vocábulo aids se afirmou definitivamente, articulou-se ao seu redor todas as conotações negativas que a sua introdução havia tentado descartar, demonstrando que a criação de um termo científico nem sempre consegue manter-se neutro. Com isso, esta ligação entre aids e homossexualidade, surgida na epidemiologia e difundida pela mídia, acabou se disseminando e enraizando no imaginário da população.

De acordo com o trabalho de Herek e Capitano (1993), mesmo depois de uma década do surgimento da doença, mais de 50% dos americanos da amostra pesquisada acreditavam que dois homossexuais eram capazes de transmitir durante o ato sexual a aids um para o outro, mesmo que quaisquer deles não fossem portadores do vírus HIV, considerando, que o ato sexual homossexual era capaz de criar a aids. Em um outro estudo, Joffe (1995) constatou que homossexuais masculinos acreditavam que contrair o HIV seria inevitável, qualquer que fosse o seu comportamento, levando-os a se perceberem de uma maneira mais negativa, o que gerava uma “identidade deteriorada”.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Paiva e Alonso (1992), cujos pacientes homossexuais frequentemente relatavam que mesmo sendo soronegativos e possuindo um razoável nível de conhecimento sobre as formas de transmissão, mantinham, às vezes, relações sexuais sem preservativo, pois achavam que um dia iriam mesmo pegar a aids.

Paiva e Alonso (1992) demonstram que a grande preocupação de quem trabalha diretamente com a doença acaba sendo tentar neutralizar os efeitos perniciosos dos primeiros trabalhos científicos, que, baseados puramente em conceitos oriundos da epidemiologia, ligaram a aids a “grupos de risco”, dividindo os portadores em “vítimas inocentes” (hemofílicos) e pessoas “promíscuas” (homossexuais, prostitutas e viciados em drogas). Portanto, falava-se muito mais dos doentes, do que da própria doença, ao identificar os “aidéticos” como pessoas “anormais”, que fogem dos códigos morais estabelecidos. De acordo com estes autores, a construção social da aids, na sociedade ocidental, foi norteadada, basicamente, nas idéias de morte e de promiscuidade, que teriam determinado um atraso considerado “criminoso” nas intervenções realizadas na área de saúde pública.

Avi (2000), em pesquisa realizada com profissionais de saúde (enfermagem, odontologia, medicina e psicologia), identificou que as informações específicas sobre o vírus, bem como suas formas de transmissão, não modificaram a representação social da aids que predominava quando o fenômeno foi descoberto. O estudo mostra, que mesmo para profissionais qualificados e capacitados para trabalhar com portadores do HIV, as representações mais frequentes em relação à aids estão relacionadas à morte e a determinados grupos de risco.

Sontag (1989), ao analisar as metáforas existentes no discurso sobre a aids, refaz a ligação histórica entre as doenças estigmatizadoras da atualidade e as principais doenças epidêmicas que assolaram a humanidade. Segundo a autora, as doenças epidêmicas sempre foram ligadas por um grupo às nações estrangeiras e a grupos marginais. Por exemplo, a sífilis era vista como a mancha francesa para os ingleses, como a *morbus germanicus* para os parisienses, como a doença de Nápoles para os florentinos, e a enfermidade chinesa para os japoneses. Da mesma forma, a aids, enquanto doença epidêmica, também teria origem ligada aos lugares estrangeiros (África, por exemplo) e nos grupos marginais (homossexuais).

Joffe (1994), ao estudar as representações sociais da aids entre a população residente na Inglaterra e na África do Sul, apoiando-se na Teoria do Núcleo Central de Abric¹, concluiu que as representações sociais

da aids provavelmente se estruturam em torno de um núcleo central que tem a condição estrangeira e o outro como conteúdos principais. A noção da aids como uma “peste gay” foi ancorada em uma ameaça prévia conhecida: a peste bubônica e remeteria a ameaça da doença nos homossexuais, um grupo externo, fazendo-a menos ameaçadora para o grupo interno.

Outros trabalhos de Joffe (1996a, 1996b, 1998), também reforçam a idéia de que as representações sociais da aids estariam diretamente relacionadas à noção de alteridade. Ao estudar as teorias sobre a origem da aids em diferentes populações, o autor encontrou que, para o habitante dos Estados Unidos, a aids havia se originado na África ou no Haiti. Já para os sul-africanos, a origem da doença era situada nos Estados Unidos, na Europa ou na África “negra” (Sub-Sahariana). Os ingleses situaram a origem da aids no continente africano ou nos Estados Unidos. A noção da aids como uma “doença do outro” se manteve também quanto à origem da epidemia.

Assim, ao considerar a evolução histórica da aids no Brasil, é possível delimitar três fases que caracterizaram a expansão da epidemia. A fase inicial focalizou apenas os infectados pelo HIV, o que bloqueava a condução de ações mais amplas no campo da saúde. Essa fase foi marcada pelo conceito de “grupo de risco”, que se restringia, basicamente, aos homens homossexuais, que possuíam alto nível de escolaridade. A segunda fase orientou-se por uma perspectiva cujo centro era a exposição ao vírus. Percebeu-se que a maior forma de transmissão se dava via drogas injetáveis e atingia um número cada vez maior de heterossexuais. Adotou-se, então, o conceito de “comportamento de risco”. A terceira fase, e atual, procura caracterizar a suscetibilidade dos indivíduos em geral ao vírus. Observou-se o aumento da infecção entre os heterossexuais, o crescimento da população feminina infectada, a baixa escolaridade da população contaminada e a interiorização da doença para municípios de médio e pequeno porte. O conceito emergente, nesta fase, é o de “vulnerabilidade”. A importância da idéia de vulnerabilidade reside no reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais, que afetam os indivíduos, independente de sua vontade, como a desigualdade de condições econômicas, políticas, culturais, jurídicas etc (Galvão, 2002).

Assim, atualmente adota-se o conceito desenvolvido por Mann, Tarantola e Netter (1993), que classifica como vulnerabilidade biológica todo e qualquer indivíduo, que uma vez exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado, pode

tornar-se HIV positivo. Isso implica que os programas de prevenção devem abordar o contexto psicossocial, considerando não somente a vulnerabilidade individual, mas também a vulnerabilidade social frente ao HIV e aids.

Aids e prevenção

O impacto social causado pela aids é consequência do aumento da incidência de casos, especificamente em categorias inicialmente não associadas com a doença, como, por exemplo, os grupos de transmissão heterossexual, mulheres, jovens e recém-nascidos (Camargo & Barbará, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde (2004), desde o início da década de 80 até dezembro de 2004, foram notificados 362.364 casos de aids no Brasil. Desse total, 251.050 foram verificados em homens e 111.314 em mulheres.

Atualmente é imprescindível pensar na aids como uma doença cada vez mais presente nas sociedades, onde disponibilizar à população conhecimentos e atividades visando à educação, ao controle e à prevenção da transmissão do HIV, é algo indispensável. Schall e Struchiner (1995) ressaltam que as informações de prevenção da aids devem estar baseadas em orientações cujo objetivo seja a valorização da vida e a construção de opções preventivas com liberdade, responsabilidade e solidariedade.

A prevenção não significa apenas evitar doenças, mas se estende a cada etapa do processo, sendo caracterizada como primária, secundária ou terciária, visando, respectivamente, a evitar o adoecer, limitar o curso da doença ou ainda a incapacitação pela mesma (Camargo, 1999). O processo de evitar a ocorrência de doenças específicas tem, no setor de saúde, ainda estratégias limitadas, pois, muitas vezes, parte de ações individuais desintegradas da comunidade. Para que se promova a saúde, são necessárias ações educativas, persuasivas e motivacionais, que proporcionem ao indivíduo e ao grupo os meios necessários para a melhoria de suas condições de saúde.

A psicologia social tem contribuído para a compreensão da relação entre o conhecimento e as práticas preventivas em saúde. Godin (1991) descreve as principais teorias explicativas da adoção de determinado comportamento por parte dos indivíduos no que se refere a este domínio. Segundo ele, para o modelo das “crenças sobre a saúde” de Becker (*health belief model*), a percepção de uma ameaça é que explica o comportamento preventivo; já para o modelo da “ação refletida” de Fishbein e Ajzen, é a intenção composta pelas atitudes sobre o comportamento e pelas normas subjetivas (oriundas da relação com pessoas influentes

para o indivíduo) que conduz à adoção do comportamento; para o modelo dos “comportamentos interpessoais” de Triandis, é uma complementaridade entre a intenção, o hábito e as condições facilitadoras ou complicadoras da conduta que operam; e, por último, para o modelo do “comportamento planejado” segundo Ajzen e Madlen, a percepção que o indivíduo tem do seu controle sobre o comportamento a ser adotado é importante.

Sabe-se que a relação entre a informação e a ação (o comportamento) não tem um único sentido. Às vezes, como destaca Mc Guire (1976), a teoria da persuasão denominada “modelo da coerência” mostra-se útil para explicar o que o “modelo da difusão de informação” não pode fazê-lo, ou seja, existem situações onde a mudança do comportamento precede à intenção de adotar condutas preventivas, que sustentam, por sua vez, mudanças de atitude sobre a saúde.

No caso da aids, a informação fornecida, para provocar uma redução do comportamento de risco, deve incluir conhecimentos específicos a respeito da transmissão e prevenção (D’Amorin, 2002). Estudos realizados com jovens em relação ao uso do preservativo detectaram que a maioria possui pouca intenção de utilizá-lo (Cecil & Zimet, 1998; Albarracín, Jonhson, Fishbein & Muelleririle, 2001). Os fatores que influenciam a decisão do sexo protegido dependem da relação existente entre os parceiros, sendo que um dos principais fatores segundo Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003), do não uso do preservativo é o relacionamento estável entre os casais. De acordo com Apter, Cacciatore e Hermanson (2004), o valor do preservativo, a dificuldade em comprá-lo, experiências sexuais não planejadas, o uso de álcool e drogas e a propensão para assumir riscos, são circunstâncias que influenciam o não uso do preservativo.

A pesquisa realizada por MacDonald, MacDonald, Zann e Fong (2000), testando a teoria da miopia alcoólica de Steele e Southwick (1985), relacionando o álcool à excitação sexual e à intenção de usar o preservativo em rapazes universitários (de 18 e 19 anos), demonstrou que o álcool interfere significativamente na decisão do (não) uso do preservativo. Outro fator destacado por pesquisadores (Pascual, 2002; Betts, Peterson & Huebner, 2003) é que os meninos possuem mais resistência ao uso do preservativo que as meninas.

A implementação de campanhas destinadas aos grupos vulneráveis ao HIV, com informações sobre as formas de prevenção e transmissão mostrou-se eficiente para diminuir os comportamentos de risco (Devos-Comby & Salovey, 2002). No Brasil, as campanhas de prevenção ainda são poucas. O calendário de preven-

ção da aids na mídia envolve poucas inserções nas rádios e na televisão, geralmente na época do Carnaval, e mesmo assim dirigidas ao público em geral.

As campanhas de prevenção designadas atualmente pelo Ministério da Saúde (2005) são direcionadas aos travestis, ao diagnóstico, ao período de carnaval, aos usuários de drogas injetáveis (UDI), aos profissionais do sexo, aos homens que fazem sexo com homens (HSH), aos caminhoneiros, à doenças sexualmente transmissíveis (DST), à transmissão vertical, ao uso de preservativos, à adesão medicamentosa e ao Dia Mundial de Luta Contra a aids.

De acordo com Tura (2004) os programas de prevenção não devem ser “pacotes” prontos que sirvam para a população em geral, mas se devem levar em consideração as diferenças socioculturais dos grupos, pois por meio das diferentes situações sociais e experiências pessoais, constroem-se posições e pensamentos que irão se sedimentar.

Uma pesquisa realizada com 1.386 estudantes do Ensino Médio da cidade de Florianópolis, Itajaí e Balneário de Camboriú por Camargo, Botelho e Souza (2001), identificou que a qualidade do conhecimento sobre a aids está ligada à fonte de informação. Jovens que declararam ter os amigos como principal fonte de informação, apresentam problemas de conhecimento sobre a transmissão do HIV. De acordo com os autores, as principais fontes de informação sobre aids são a escola e a televisão, sendo que as revistas, amigos e jornais também aparecem, porém como fontes secundárias.

Em outra pesquisa conduzida por Madeira (1998) com 48 jovens (9 a 22 anos) de ambos os sexos, na cidade de Natal, constatou-se que a frase repetida pela mídia “Aids mata” estava presente em quase todas as entrevistas da mesma forma que informações sobre sua prevenção, isto é, havia uma associação direta entre o medo da aids e as formas de transmissão.

Como a aids está diretamente relacionada à sexualidade, deve-se considerar as diferenças sexuais existentes entre homens e mulheres. Diversas crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina serão influenciados pelas representações sociais existentes. Para mulheres, fatores como intimidade, confiança e amor demonstram serem considerados nas estratégias preventivas, onde o perigo de contaminação pelo vírus HIV, existe apenas nas relações sexuais com desconhecidos (Giacomozzi, 2004).

B. V. Camargo (2000) realizou uma pesquisa com 408 universitários de ambos os sexos da cidade de Florianópolis, para verificar se a condição de gênero implicaria as representações sociais da aids. O autor

verificou que para os homens a aids aparece como uma doença temível que deve ser prevenida e está ligada ao sexo e ao uso de drogas. E, para as mulheres, estaria ligada ao sexo e à morte, devendo ser prevenida por meio da adoção do uso de preservativo. Mas os dados indicaram, tanto para homens quanto para as mulheres, uma evolução na compreensão desta epidemia, passando da noção de “doença mortal” para noção “prevenção sexual”.

Refletir sobre os aspectos psicossociais da aids traz implicações importantes, principalmente sobre a prevenção de contaminação pelo vírus HIV na população, que se depara com essa problemática no cotidiano das suas relações interpessoais, estabelecidas no âmbito da família, da escola, do trabalho e da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto procurou apontar aspectos importantes em relação às representações sociais da aids, bem como apresentar conceitos necessários para discutir o assunto. Ao refletir sobre a disseminação da aids, é necessário considerar as transformações desta epidemia na sua história, principalmente em relação às formas de transmissão, às tendências de instabilidade e vulnerabilidade da doença, e também aos significados construídos para enfrentar essa realidade.

A importância de estudos no campo das representações sociais da aids possibilita a apreensão de processos e mecanismos pelos quais os sujeitos constroem o sentido desta epidemia em suas realidades cotidianas. É importante ressaltar que as cognições são baseadas na premissa subjetiva de que uma determinada ação conduzirá a um conjunto de resultados esperados, bem como na avaliação dos resultados desta ação.

As crenças e atitudes presentes na adoção de um comportamento específico incluem conceitos como normas subjetivas e a percepção do controle como influenciadoras. O modelo de crenças na saúde pressupõe que o comportamento seja função das crenças sobre ameaças à própria saúde (susceptibilidade ao risco) e das crenças na eficácia que uma determinada medida tem de reduzir o risco.

Uma vez que as representações e práticas estão estritamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também, atitudes específicas diante do problema, entende-se que o sentido que o indivíduo atribui a aids pode determinar a adesão às práticas de prevenção. Portanto, estudar o fenômeno das representações sociais pode auxiliar na compreensão das estratégias humanas no agir frente à aids. Doise (2001) aponta que toda divulgação de resultados cien-

tíficos é acompanhada por uma imagem concreta no pensamento da população. Decorre daí a necessidade de levar em consideração o conhecimento do senso comum, ou seja, um conhecimento prático, socialmente elaborado e compartilhado no grupo social ao qual o sujeito pertence, que norteia a construção de imagens e atitudes acerca da aids e gera comportamentos.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales: Aspectos théoriques. Em J. C. Avric (Org.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris: Presses Universitaires de France.
- Albarracín, D., Jonhson, B. T., Fishbein, M. & Muelleririle, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Apter, D., Cacciatore, R. & Hermanson, E. (2004). Adolescent contraception. *International Congress Series*, 1266, 81-89.
- Avi, G. D. S. (2000). *Informação técnica não basta: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Betts, S. C., Peterson, D. J. & Huebner, A. J. (2003). Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 165-171.
- Camargo, B. V. & Barbará, A. (2004). Efeitos de panfletos informativos sobre a aids em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 279-287.
- Camargo, B. V., Botelho, L. J. & Souza, E. S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú). *UFSC/LACCOS: Relatório técnico de pesquisa* (42 p.).
- Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da aids. *Revista de Ciências Humanas*. Especial temática n° 3 (Representações sociais e interdisciplinaridade), 97-110.
- Camargo Jr., K. R. (1999). Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. Em R. Parker; J. Galvão & M. S. Bessa. *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34.
- Cecil, H. & Zimet, G. D. (1998). Meanings assigned by undergraduates to frequency statements of condom use. *Archives of Sexual Behavior*, 27(5), 493-505.
- D'Amorin, M. A. (2002). A prevenção da AIDS em Universitários. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(1), 53-62.
- Devos-Comby, L. & Salovey, P. (2002). Applying persuasion strategies to alter HIV – relevant thoughts and behavior. *Review of General Psychology*, 16(3), 287-304.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Figueiredo, M. A. de C. (1998). Escalas afetivo-cognitivas de atitude: Construção, validação e interpretação de resultados.

- Em G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Galvão, J. (2002). *1980-2001 – Uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Gebhardt, W. A., Kuyper L. & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health, 33*(3), 154-164.
- Giacomozzi, A. (2004). *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: Estudo de representações sociais da AIDS com mulheres*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Godin, (1991). L' éducation pour la santé: Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé, IX*(1), 67-94.
- Herek, G. & Capitano, J. P. (1993). Public reaction to AIDS in the United States: a second decade of stigma. *American Journal of Public Health, 83*(4), 574-577.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1988). Une maladie dans l'espace public: le sida dans six quotidiens français. *Annales E.S.C., 5*, 1109-1134.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Em S. Moscovici (Org.), *Psicología Social II* (p. 469-494). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Org.), *As representações Sociais* (pp. 17-29). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Joffe, H. (1994). "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. Em P. Guareschi & S. Jovchevitch (Org.), *Textos em Representações sociais* (p. 297-322). Petrópolis: Vozes.
- Joffe, H. (1995). Social representation of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representation, 4*(1), 29-40.
- Joffe, H. (1996a). AIDS research and prevention: a social representation approach. *British Journal of Medical Psychology, 69*(1), 169-190.
- Joffe, H. (1996b). The shock of the new: a psycho-dynamic extension of social representational theory. *Journal for the Theory of Social Behavior, 26*(2), 197-219.
- Joffe, H. (1998). Degradação, desejo e o "outro". Em A. Arruda (Org.), *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes.
- Lima, M. L. P. (1996) Atitudes. Em J., Vala & M. B., Monteiro (Orgs.). *Psicologia Social* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- MacDonald, T., MacDonald, G., Zann, M. & Fong, G. (2000). Alcohol, sexual arousal and intention to use condoms in young men: applying alcohol myopia theory to risk sexual behaviors. *Health Psychology, 19*(3), 290-298.
- McGuire, W. (1976). Persuasão. Em G. A., Miller (Org.), *Linguagem, Psicologia e Comunicação* (pp. 258-271). São Paulo: Cultrix.
- Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: representações sociais da Aids para jovens. Em M. Madeira & D. Jodelet (Orgs.), *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos* (pp. 17-46). Natal: EDUFRN.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (Orgs.). (1993). *AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume Dumará.
- Ministério da Saúde (2005). Dados e pesquisas em DST e Aids. Obtido em 17 de março de 2005 do World Wide Web: <http://www.aids.gov.br>.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: P.U.F.
- Paiva, V. & Alonso, L. (1992). Viva a vida. Em V. Paiva (Org.), *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.
- Pascual, S. L. (2002). Qualitative assessment of a campaign promoting condom use among a teenage and young adult population in the community of Madrid, Spain. *Rev. Esp. Salud Publica, 76*(2), 509-516.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ/Relume Dumará.
- Paulilo, M. A. (1999). *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora.
- Rey, L. (1999). *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (1999). *Psicologia social* (21ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Schall, V. & Struchiner, M. (1995). *Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas*. Em D. Czeresnia & Cols (Org.), *AIDS: pesquisa social e educação* (pp. 84-105). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Soares, M. (2001). *A AIDS*. São Paulo: Publifolha.
- Sontag, S. (1989). *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Steele, J. W. & Southwick, J. (1985). Alcohol and social behavior: The psychology of drunkard excess. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(1), 18-34.
- 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.
- Tura, L. F. R. (2004). A AIDS: Repensando a prevenção. Em L. F. R. Tura & A. S. P. Moreira (Orgs.), *Saúde e representações sociais* (pp. 67-190). João Pessoa: Editora Universitária.

Recebido: 25/03/2005

Revisado: 14/11/2005

Aceito: 30/12/2005

Nota:

¹ De acordo com Abric (1994) “toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado” (p. 19).

Sobre as autoras:

Andréa Barbará: Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina.

Virginia Azevedo Reis Sachetti: Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina.

Maria Aparecida Crepaldi: Professora doutora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço para correspondência: Rua José Serafim dos Santos, 97 – Barra da Lagoa – Florianópolis/SC CEP: 88061-370 (andreabs@gmail.com)
