



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISAS EM VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**“A MÃO QUE AFAGA É A MESMA QUE APEDREJA”: PRECONCEITOS E
PERCEPÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

ELÍS AMANDA ATANÁZIO SILVA

Outubro de 2017
João Pessoa/PB

ELÍS AMANDA ATANÁZIO SILVA

**“A MÃO QUE AFAGA É A MESMA QUE APEDREJA”: PRECONCEITOS E
PERCEPÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba como pré-requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Outubro de 2017
João Pessoa/PB

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A862m Atanázio, Elis Amanda Silva.

A mão que afaga é a mesma que apedreja : preconceitos e percepções de vulnerabilidades de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com hiv/aids / Elis Amanda Silva Atanázio. - João Pessoa, 2017.
193 f. : il.

Orientação: Ana Alayde Werba Saldanha.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Preconceito. 2. Profissionais de saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Vulnerabilidade. 5. HIV/aids. I. Saldanha, Ana Alayde Werba. II. Título.

UFPB/CCHLA

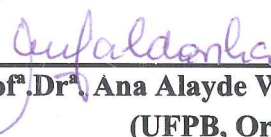
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISAS EM VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**“A MÃO QUE AFAGA É A MESMA QUE APEDREJA”:PRECONCEITOS E
PERCEPÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Doutoranda: Elís Amanda Atanásio Silva

Defendido em: 16 / 10 / 2017

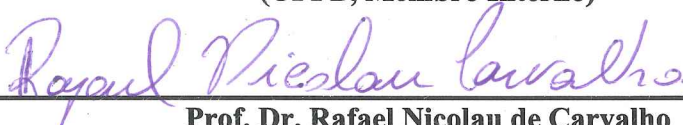
BANCA AVALIADORA



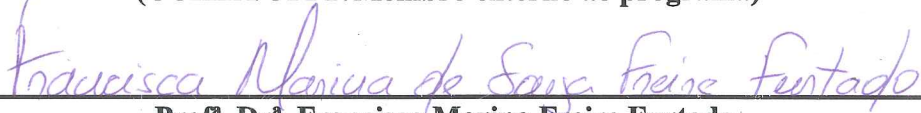
Prof.^a Dr.^a Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(UFPB, Orientadora)



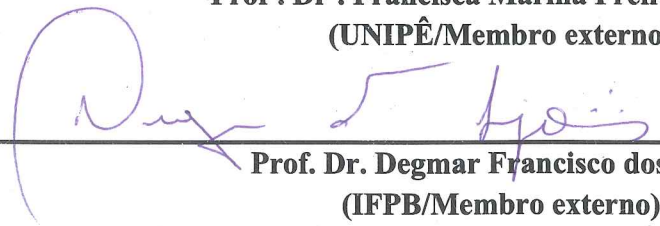
Prof. Dr. Paulo César Zambroni Souza
(UFPB, Membro Interno)



Prof. Dr. Rafael Nicolau de Carvalho
(CCHLA/UFPB/Membro externo ao programa)



Prof.^a Dr.^a Francisca Marina Freire Furtado
(UNIPÊ/Membro externo)



Prof. Dr. Degmar Francisco dos Anjos
(IFPB/Membro externo)

“E o mais trágico é que muitas delas internalizam essa discriminação e morrem na clandestinidade, sem lutar pelos seus direitos mais elementares, como, por exemplo, o direito de morrer em paz. Se não o de viver, mas o de morrer em paz”.

(Herbert de Souza, Betinho, 1987)

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas que vivem com HIV/aids, pela empatia desenvolvida antes mesmo desta pesquisa. Desejo que nunca percam a forçada caminhada em função do preconceito, e que permitam que a vida siga seu fluxo com todos os recomeços, sem jamais desistir.

À militância em HIV/aids, para que nunca se cale. Como diria o poeta Caio F., “aprendi que a vida, apesar de bruta, é meio mágica, dá sempre para tirar um coelho da cartola!”

AGRADECIMENTOS

“Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.” É com esta frase de Isaac Newton que inicio os agradecimentos da minha tese. Sem dúvidas, tem muita gente envolvida na concretização deste sonho, pessoas que me proporcionaram um tanto do seu ombro amigo para chegar até aqui. Alguns me deram um calço para subir, outros me sustentaram lá em cima quando desequilibrei e quase caí, mas foram vocês que me ajudaram a não desistir.

Primeiramente dedico este trabalho a **Deus**, Ele que me proporcionou o efetuar do sonho para obtenção deste título. Obrigada por me sustentar sobre teus ombros, Pai, me dando forças na passagem por todos os obstáculos. Foi difícil, mas teria sido impossível se não fosse teu amor. É tudo para ti!

Dedico também este trabalho aos **meus pais**, eles que nunca desacreditaram da minha jornada, investiram em mim até mesmo quando os recursos eram escassos. Obrigada por me incentivarem a chegar até aqui. Esta vitória é nossa! Aproveito para agradecer as **minhas irmãs**, elas que me acompanham nos momentos de alegria, estresse, choro e ansiedade, me incentivando a todo o momento a não desistir. Se Deus me desse a chance de vier outra vez e me fosse dado o direito de fazer um pedido, com certeza pediria **minha família** novamente. Amo vocês!

Ao **meu amor Segundo**, por toda paciência nessa jornada, pela companhia e pelos cafés na madrugada como incentivo para o sono ir embora. Obrigada por tão cedo já se mostrar tão companheiro, tão preocupado comigo. Saiba que ter seu intenso apoio e confortável colo nesse processo foi um presente de Papai do céu para aquecer meu coração.

À **Ana Alayde Werba Saldanha**, ou simplesmente Ana, pela amiga, orientadora e mãe que é para mim desde 2008. Como sou grata por conhecer alguém como você, Ana. A vida me fez uma pessoa melhor, graças ao convívio e aprendizado ao seu lado. Todos os dias eu aprendi

algo com você. Obrigada por acreditar em mim até mesmo quando nem eu acreditei, obrigada por me ceder sua cama nas tardes tristes, obrigada por ter vindo à minha casa ser abrigo por tantas vezes. Obrigada pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional a mim ofertada, pelo incentivo para eu não desistir da caminhada. À ti, meu eterno agradecimento.

À minha **família do NVPS**, pelos laços construídos no nosso ambiente 12 do CCHLA. Sentirei saudades dos cafés em dona Socorro, das risadas nos corredores e até mesmo dos medos de outrora compartilhados. Mas o que eram dos medos em meio a nossa dinâmica doce, leve e feliz em levar a vida?! Foram 10 anos maravilhosos ao lado desta família e cada um de vocês tem um lugar especial em meu coração.

Aos **professores convidados da banca avaliadora**, por terem aceitado o convite para participar da defesa, trazendo suas importantes contribuições e incentivando o desenvolvimento e aperfeiçoamento da tese.

Ao professor **Cícero Roberto Pereira** pela acolhida em Lisboa, Portugal, me orientando na construção teórica desta tese e em outras pesquisas desenvolvidas no Instituto de Ciências Sociais.

Aos **amigos luso-brasileiros**, Marina, Rafael, Carlos, Lúcia, Well, Vítor, Paul, Maxime, Sofia, pelo calor nos dias frios, pelos chocolates-quentes na rua Augusta, pelos sambas no Bairro Alto e por tanto amor compartilhado. Sem vocês não teria o mesmo sabor.

À **Domus Nostra**, a residência universitária que morei em Lisboa, por todo carinho recebido e pela família que construí naquele lugar. Foi inesquecível.

À **Israel**, o anjo que me abriu as portas do Hospital Clementino Fraga para conclusão da coleta de dados, e a todos os **profissionais de saúde** que se disponibilizaram em participar desse estudo.

A **Capes**, por todo incentivo financeiro ao longo desses anos acadêmicos.

RESUMO

Desde o seu advento na década de 80 que a aids passa por inúmeras metáforas que legitimam o preconceito frente as pessoas acometidas, tornando-se uma limitação aos esforços da prevenção e tratamento da doença. Assim, as pessoas que vivem com HIV tendem a sofrer uma dupla vitimização: a primeira, causada pela enfermidade em si com suas consequências, e a segunda que diz respeito ao preconceito vivenciado, marginalizando-as socialmente. O preconceito se caracteriza como uma forma de relação intergrupal organizada em torno das relações de poder entre grupos, produzindo representações ideológicas que justificam a expressão de atitudes negativas e comportamentos hostis em relação aos membros de grupos minoritários. O preconceito tem componentes cognitivos (as crenças e estigmas), afetivos (sentimentos, emoções) e disposicionais (motivação para agir). Diante do exposto, o objetivo geral desta tese foi analisar os preconceitos e as percepções de vulnerabilidades individual, social e programática de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids. Para tanto, contou-se com a realização de três estudos empíricos, tendo como participantes 31 profissionais de saúde da Paraíba, sendo 16 da atenção básica e 15 da atenção especializada em HIV/aids, enfermeiros e médicos. A maioria é do sexo feminino, com idades variando de 25 a 64 anos ($M = 41,3$; $DP = 12,6$). Foram utilizados três instrumentos: teste de associação livre de palavras, entrevista semi-estruturada e um questionário sociodemográfico. O Estudo I identificou as crenças dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids e obteve duas categorias: *crenças cognitivas* e *crenças afetivas*, com evocações paternalistas e estigmatizantes sobre as pessoas que vivem com HIV/aids. O Estudo II analisou o estigma, o preconceito e as narrativas de discriminação dos profissionais de saúde frente às pessoas soropositivas, surgindo três classes temáticas: I) *Componente cognitivo do preconceito* (crenças estigmatizantes); II) *Componente afetivo do preconceito* (sentimentos dos profissionais de saúde frente às PVHA); e III) *Componente disposicional do preconceito* (narrativas de discriminação). Por último, o Estudo III analisou as dimensões de vulnerabilidades individual, social e programática que os profissionais de saúde situam às PVHA, tendo a classe temática *Vulnerabilidades*, com três categorias: *vulnerabilidade individual*; *vulnerabilidade social* e *vulnerabilidade programática*. Constatou-se que a tese defendida foi respondida, haja vista as crenças dos profissionais de saúde de ambas as redes levarem aos preconceitos frente às PVHA, que por sua vez situam-nas em níveis de vulnerabilidades. Baseados em crenças estigmatizantes que associam as PVHA à desinformação, responsabilização individual no contágio e estilo de vida devasso, os

profissionais de saúde demonstraram a expressão de sentimentos aparentemente positivos e benevolentes, mas que as colocam numa posição de passividade e incapacidade perante a sociedade e à sua própria vida. Houve ainda a maior associação à vulnerabilidade de cunho individual, o que pode gerar um retrocesso na resposta à epidemia, ao admitir-se que a dificuldade reside nos indivíduos e não nas relações sociais instaladas, colocando em segundo plano a necessidade de mudanças sociais e programáticas. Então, aponta-se a necessidade de capacitações profissionais em HIV/aids dentro de ambas as redes de acesso em saúde, com ênfase nos aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Preconceito; Profissionais de Saúde; Serviços de saúde; Vulnerabilidades; HIV/aids.

ABSTRACT

Since your arrival in the 80 that sida goes through countless metaphors that legitimize the prejudice facing people affected, becoming a handicap the efforts of prevention and treatment of disease. So, people living with HIV tend to suffer a double victimization: the first, caused by the disease itself with its consequences, and the second with respect to the prejudice experienced, marginalizing them socially. The bias is characterized as a form of relationship intergroupal organized around the power relations between groups, producing ideological representations for the expression of negative attitudes and hostile behaviour in relation to members of groups minority shareholders. Prejudice has cognitive components (beliefs and stigma), affective (feelings, emotions) and disposicionais (motivation to Act). On the above, the overall objective of this thesis was to analyze prejudices and perceptions of individual, social and programmatic vulnerabilities of health professionals against people living with HIV/sida. To do so, was with three empirical studies, with 31 participants health professionals of Paraíba, and 16 of the basic attention and 15 specialized care in HIV/sida, nurses and doctors. Most are female, with ages ranging from 25 to 64 years ($M = 41.3$; $DP = 12.6$). We used three instruments: free Word Association test, a semi-structured interview and a demographic questionnaire. The study I identified the beliefs of health professionals against people living with HIV/sida and obtained two categories: cognitive beliefs (psychosocial and clinical) and affective beliefs (suffering and prejudice), with the presence of paternalistic evocations, paternalistic and estigmatizantes on HIV-positive people. The study II reviewed the stigma, prejudice and discrimination narratives of health professionals against people with HIV, having emerged three thematic classes: I) Cognitive Component of prejudice (stigmatizing beliefs); II) affective Component of prejudice (feelings of health professionals to PVHA); and III) disposicional Component of prejudice (discrimination against PVHA services; discrimination in front of the professional and services discrimination justified). Finally, the study III, which examined the dimensions of individual, social and programmatic vulnerabilities that health professionals are to PVHA, having emerged the thematic class vulnerabilities, with three categories: individual vulnerability; social vulnerability and programmatic vulnerability. Therefore, it was found that the thesis defended was answered, the beliefs of health professionals of both networks lead to prejudices against PVHA, which in your time were in vulnerability levels. Based on stigmatizing beliefs that associate the PVHA to misinformation, individual accountability in contagion and debauched lifestyle, health professionals have

demonstrated the expression of feelings apparently benevolent and positive, but I put them in a position of passivity and inability towards society and your own life. So, was the largest Association of notorious HIV vulnerability of individual nature, which may generate a backlash in response to the epidemic, to admit that the difficulty lies in individuals and social relations installed, not putting in the background need for social and programmatic changes. So, points out the need for professional trainings on HIV/aids within both networks of health access, with emphasis on psychosocial aspects.

Keywords: Prejudice; Health Professionals; Health Services; Vulnerabilities; HIV/sida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

AEHA – Atenção Especializada

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MS – Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PVHA – Pessoa que vive com HIV/Aids

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI – Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Declaração dos Direitos fundamentais da PVHA.....	33
Tabela 2. Condutas discriminatórias contra a Pessoa que vive com HIV/aids constituindo crime punível.....	37
Tabela 3. Quadro da Vulnerabilidade & Direitos Humanos: dimensões individual, social e programática.....	82
Tabela 4. Participantes por função exercida e locus de pesquisa.....	90
Tabela 5. Frequências referentes aos Dados sociodemográficos dos participantes (N=31).....	91
Tabela 6. Crenças, categorias, subcategorias e evocações dos profissionais de saúde.....	97
Tabela 7. Etapas dos procedimentos para a Análise Categorical Temática.....	103
Tabela 8. Classes temáticas, categorias e subcategorias que emergiram dos discursos.....	107
Tabela 9. Categoria, subcategorias, e frequências por rede de acesso em saúde.....	110
Tabela 10. Categoria, subcategorias e frequências por redes de acesso em saúde.....	122
Tabela 11. Categorias e Frequências por redes de acesso em saúde.....	133
Tabela 12. Classe temática, categorias e subcategorias que emergiram das verbalizações...	140
Tabela 13. Categoria vulnerabilidade individual, subcategorias e frequências por redes de saúde.....	141
Tabela 14. Categoria vulnerabilidade social, subcategorias e frequências por rede de saúde.	152
Tabela 15. Categoria vulnerabilidade programática, subcategorias e frequências por rede de saúde.....	156

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As crenças que antecedem o preconceito e a discriminação dos profissionais da saúde situam as PVHA num plano de vulnerabilidade individual, social e/ou programático.....	87
--	----

Sumário

INTRODUÇÃO	16
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
CAPÍTULO I.....	27
CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E PSICOSSOCIAL DA AIDS: AVANÇOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E A LEGITIMAÇÃO DO PRECONCEITO NA QUARTA DÉCADA DA EPIDEMIA	27
CAPÍTULO II	42
O ESTUDO DAS CRENÇAS NA PSICOLOGIA SOCIAL	42
CAPÍTULO III.....	53
O ESTUDO DO PRECONCEITO NA PSICOLOGIA SOCIAL.....	53
4.1 BASES TEÓRICAS ACERCA DO PRECONCEITO NA PSICOLOGIA SOCIAL	53
CAPÍTULO IV	76
MODELO TEÓRICO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE.....	76
II. ESTUDOS EMPÍRICOS.....	86
PROBLEMA DE PESQUISA	87
TESE	87
PARTICIPANTES E LÓCUS DE PESQUISA.....	88
ESTUDO I	94
CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	94
PROBLEMA DE PESQUISA	94
OBJETIVO GERAL	94
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	94
HIPÓTESES	94
MÉTODO	94
PARTICIPANTES	95
INSTRUMENTO	95
COLETA DOS DADOS	95
ANALISE DOS DADOS	96
RESULTADOS E DISCUSSÃO	96
ESTUDO II.....	101
CRENÇAS ESTIGMANTES, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	101
PROBLEMA DE PESQUISA	101
OBJETIVO GERAL	101
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	101
MÉTODO	101
PARTICIPANTES	101
INSTRUMENTO	102
COLETA DOS DADOS	102
PRODUÇÃO E APRECIÇÃO DOS DADOS	103

RESULTADOS E DISCUSSÃO	106
ESTUDO III	138
PERCEPÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	138
PROBLEMA DE PESQUISA	138
OBJETIVO GERAL	138
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	138
MÉTODO	138
PARTICIPANTES	138
INSTRUMENTO	138
COLETA DOS DADOS	139
PRODUÇÃO E APRECIÇÃO DOS DADOS	139
RESULTADOS E DISCUSSÃO	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXOS	182

INTRODUÇÃO

Meu interesse pessoal nesta temática despontou na prática profissional do projeto desenvolvido pelo Núcleo de pesquisas em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NVPS), coordenado pela professora Ana Alayde Werba Saldanha, no SAE Materno-Infantil no HU. O projeto consistiu no desenvolvimento de oficinas terapêuticas de grupo com as mães atendidas dentro do SAE, para proporcioná-las, na dinâmica do grupo, a diminuição e ressignificação da carga emocional negativa advinda da luta diária frente ao diagnóstico de HIV/aids.

Foi ali dentro que senti, no olhar, na fala e nos gestos de cada uma daquelas usuárias, os monstros dos preconceitos enfrentados diariamente no mundo lá fora. Houve relatos que me questionei como, em pleno final da quarta década da epidemia, aquela aversão social ainda existia com a pessoa soropositiva. Foram inúmeras as vezes em que aquelas mães choraram juntas, se identificando com a dor da outra, se vendo no espelho de cada relato e ainda provando do mesmo tóxico social estigmatizante. Isso mesmo, tóxico, pois para o meu grande impacto, a dor maior não era dos efeitos colaterais da TARV, nem muito menos pela ausência do uso dela, a dor pior advinha do esconderijo social que eram obrigadas a viver cotidianamente, do medo de serem descobertas com HIV e, de repente, perderem a paz. Certo dia, uma das usuárias do grupo mencionou: *“Ainda bem que eu tenho esse serviço. Aqui eu converso com todo mundo, sou livre, é até melhor do que minha casa.”* Após essa fala minha via de pesquisadora se inquietou para compreender se realmente os serviços de saúde estariam prontos para ser abrigo em meio à atmosfera preconceituosa social enfrentada lá fora.

Desde o seu advento no início da década de 80 que a epidemia da Síndrome da Imundeficiência Adquirida (aids¹) passa por inúmeros avanços no seu controle epidemiológico,

¹O termo “aids” encontra-se em toda tese padronizado em letra minúscula (caixa baixa), pois se trata de um substantivo comum que já deixou de ser uma sigla, pois refere-se ao nome da doença em si. Ademais, está

bem como no desenvolvimento e acesso à terapêutica antirretroviral de alta potência no combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Apesar disso, há a persistência de metáforas sombrias pautadas em preconceitos ou em ações discriminatórias que legitimam a exclusão social das pessoas acometidas, e que se tornaram, pois, uma limitação aos esforços da prevenção e tratamento da doença, uma vez que geram danos diretos ou indiretos à saúde ao produzir processos de marginalização social, reiterando o círculo vicioso do estigma (Bastos, 2013; Bertoni, 2011; Goffman, 1988; Martin, 1986; Parker, 2013).

Vivenciadas até mesmo dentro dos serviços de saúde ao longo de todo o mundo, as práticas preconceituosas vão desde o abandono das Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA) em camas de hospital, da violação da privacidade, realização de testagem sem o consentimento da pessoa e a recusa do atendimento ou prestação de socorro devido a condição de HIV/aids (Carvalho *et al.*, 1993; Daniel & Parker, 1991; Masini & Mwampeta, 1993; Monteiro & Villela, 2013; Varas, Serrano & Toronto, 2004).

As PVHA, na maioria das vezes, principalmente por autoproteção, não revelam seu diagnóstico no ambiente de trabalho ou até mesmo para a própria família por receio da discriminação. Deste modo, ao chegarem ao serviço de saúde esperam receber apoio e alívio para as nuances que o diagnóstico e o tratamento lhes acarretam; todavia, por vezes, essa expectativa é frustrada. Há relatos de serviços de saúde em que os pacientes acometidos pelo vírus HIV perdem até sua identidade, por exemplo, passando a serem chamados pelo código “B24” referente à aids na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Assim, são padronizados pela equipe de saúde até como forma de alertar os demais colegas acerca do perigo de contágio, bem como para evitar que os demais usuários do serviço que não tem a mesma patologia apresentem discriminação e se

consoante ao formato utilizado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, coordenado pelo Ministério da Saúde no Brasil.

afastem do serviço (Bastos, 2013; Goffman, 1988; Gunther, 2013; Silva, Fontes, Saldanha & Araújo, 2008; Nascimento, 2009; Nogueira, 2009).

Mesmo após as quase quatro décadas do início da epidemia, pesquisas (Albuquerque, 2014; Anjos, 2012; Batista, 2017; Nascimento, 2009; Nogueira, 2009; Freire, 2010; Pereira, 2012) aludem que o estigma, o preconceito e a discriminação ainda são problemas iminentes no trato ao HIV/aids, o que requer uma compreensão acurada, visto que pode ocasionar hostilidade, fragmentação no cuidado dentro dos serviços de saúde, bem como tratamento precário ou depreciativo para com as PVHA, resultando em inúmeros entraves psicossociais na vida destas.

O estigma e o preconceito são reconhecidos como a maior barreira aos avanços das ações e políticas que buscam garantir os direitos das PVHA à dignidade, cidadania, bem como ao cumprimento da equidade, diretriz que orienta a organização do SUS (Sistema Único de Saúde) e não pode prescindir de práticas que construam processos de desigualdade social, com os quais a produção do preconceito guarda uma afinidade inerente (Monteiro & Villela, 2013).

Tendo surgido inicialmente na Grécia, o termo estigma se referia as marcas visuais impostas nos corpos das pessoas para que fossem identificadas como ladrões ou escravos, e para que deste modo o restante da população se mantivesse afastada, uma vez que estes eram tidos como impuros. No decorrer da história o termo foi sofrendo alterações e Erving Goffman (1988) foi um dos pioneiros a pensar numa concreta conceituação. Assim, o estigma se constitui, de acordo com o autor, enquanto um atributo com significado depreciativo e que a sociedade utiliza para desqualificar a pessoa que o possui, uma vez que tal atributo é entendido como falha, defeito ou fraqueza. Goffman (1988) destaca que o indivíduo estigmatizado carrega uma identidade deteriorada e marcada, associada à desonra ou descrédito. Tal problemática é resultante das relações estabelecidas no processo sócio-histórico que categorizava os indivíduos considerados de minorias, criando assim, rótulos que estigmatizam, discriminam e excluem

alguns grupos. Logo, os indivíduos estigmatizados são marcados de peculiaridades psicológicas e físicas, posto que são alocados como inferiores e diferentes em relação à maior parte da sociedade, haja vista que para que eles consigam construir a sua identidade social deverão passar por lutas diárias (Parker, 2013; Varas *et al.*, 2004).

Já o alvo central do preconceito é posicionar um indivíduo ou grupo de forma inferior devido suas crenças ou comportamentos ou quaisquer outras características que o diferenciem em relação aos grupos dominantes em um determinado contexto social, conforme aponta Allport (1962). Ampliando esta ideia, Lima Nunes e Camino (2011) apontam o preconceito como uma forma de relação intergrupar organizada em torno das relações de poder entre grupos, resultando em crenças ideológicas que justificam a expressão de atitudes negativas e depreciativas, bem como a expressão de comportamentos hostis (discriminação) em relação aos membros de grupos minoritários (Pereira, 2003; 2007). Assim, decorrendo das hierarquias sociais, isto é, das relações assimétricas de poder, poderia se pensar que o preconceito empodera o grupo dominante, o das pessoas consideradas “normais” ou saudáveis, e inferioriza o grupo “dominado” ou minoritário, o das pessoas consideradas doentes pela sua condição de soropositividade ao HIV, por exemplo. Tal fato verticaliza a relação entre a equipe de saúde e os usuários do serviço, enfraquecendo o respeito mútuo entre esses atores.

Foi nesta linha de pensamento que Parker e Aggleton (2001) conceberam as condutas de estigma, preconceito e discriminação como decorrentes de um processo social, isto é, resultantes de meios que materializam relações de poder e dominação, e consequentemente reforçam as desigualdades de gênero, idade, sexualidade ou de orientação sexual, raça, etnia e etc. As relações de poder e dominação dependem da produção de simbolismos que associam uma “diferença” ou “desvio” à pessoa e a estereótipos, seja no plano macrossocial da cultura, das normas, das instituições, seja no plano cotidiano das interações interpessoais. Dito de forma

mais objetiva, o preconceito é empregado por atores sociais reais que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro de suas estruturas existentes de desigualdade social.

Nesse sentido, vale salientar que o preconceito já atinge de um modo geral as PVHA e de maneira ainda mais cruel as PVHA afetadas pelos efeitos das hierarquias de classe, raça, gênero, orientação sexual entre outras, que Parker e Camargo (2000) nomearam de “sinergia de pragas”. Isso porque, nos primórdios da descoberta do HIV/aids, em meados da década de 80, o preconceito sobre a população afetada recaía diretamente sobre a noção de desvio, isto é, a aids era diretamente associada à comportamentos sexuais desviantes da conduta aceitável socialmente, e sistematicamente, àqueles pertencentes aos denominados na época *grupos de risco* - profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas - eram considerados como socialmente ameaçadores pois eram associados mais facilmente à aids, sendo a doença muitas vezes interpretada social e moralmente como um castigo (Goffman, 1988; Martin, 1986; Reis & Gir, 2009).

Sendo assim, tais desigualdades reduziram as pessoas afetadas às crenças, estigmas e estereótipos depreciativos, bem como à culpabilização individual, considerando o comportamento vulnerável como uma resultante direta da ação voluntária das pessoas e das experiências individuais, não se ponderando nesse espaço as condições objetivas e subjetivas do ambiente, da cultura e da sociedade em que se realizam os comportamentos. Assim, se responsabilizava unicamente o indivíduo por não ter “aderido” a um comportamento seguro ou ter falhado na prevenção, não admitindo uma maior compreensão das dinâmicas sociais envolvidas e responsáveis pela origem e manutenção de determinados grupos sociais à margem dos bens simbólicos e materiais nas sociedades contemporâneas (Ayres *et al.*, 2003; Ayres, 2009; Monteiro & Villela, 2013; Paiva & Zucchi, 2012; Ribeiro, 2013; Schaurich, 2004).

Frente a este movimento situacional, Mann, Tarantola e Netter (1993) e logo mais à frente, Ayres, Paiva e França Jr. (2012a), lançaram esclarecimentos acerca do comportamento

de cunho individual, denominado de *comportamento de risco*, haja vista os autores não considerarem este como o último determinante da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Logo, a fim de superar este conceito de risco empregado pela epidemiologia clássica, Ayres, Calazans, Salleti Filho e França Jr., (2006) propuseram o conceito de *vulnerabilidade* a ser trabalhado no âmbito da saúde enquanto “maiores chances de exposição das pessoas ou populações, em dada situação, a problemas e danos em saúde e a disponibilidade de recursos para o seu enfrentamento” (p.80). Apesar do termo *vulnerabilidade* e algumas construções conceituais em torno dele não serem exatamente novos, sua ascensão como conceito na saúde pública deu-se em tempo relativamente recente, no cenário da construção de respostas à epidemia de HIV/aids.

Prontamente, o conceito de *vulnerabilidade* significa uma força propulsora no que tange à renovação das práticas em saúde, as quais são caracterizadas por serem mais voltadas para uma dimensão sócio-histórica, revelando-se como um novo norte capaz de atuar não apenas na transmissão de informações, mas passando a trabalhar com o estímulo de respostas sociais que possam, de fato, trazer transformações de cunho cognitivo, social, moral, econômico e político (Ayres *et al.*, 1999; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012b; Ribeiro, 2013).

Nesse sentido, Ayres *et al.*, (2012a) acrescenta que o modelo de vulnerabilidade diz respeito a três planos interdependentes de discussão, isto é, busca-se a compreensão dos componentes: individual (comportamento pessoal/individual), social (contexto social) e programático (programas de combate à doença). Discussões como estas levaram ativistas e pesquisadores no mundo inteiro a buscar compreender as bases éticas, políticas e sociais por trás dos comportamentos de risco, dando origem às discussões acerca da vulnerabilidade.

No entanto, conforme apontam pesquisas que têm se dedicado a analisar a produção acadêmica sobre uma abordagem sociológica do preconceito (Bastos, 2013; Falcão *et al.*, 2004; Parker & Aggleton, 2003; Parker, 2013), são escassas as investigações que interpretem as camadas sociais envolvidas nas expressões do fenômeno e suas repercussões sobre as

oportunidades de vida e condições de saúde das pessoas e grupos sociais, em particular aqueles marcados por processos estruturais de desigualdade, relativas à classe, cor, raça, gênero e diversidade sexual. Essa escassez pode ser explicada como um efeito dos vieses biomédicos presentes em grande parte da pesquisa em saúde, que resultam, pois, numa perspectiva centrada na vulnerabilidade individual (Merhy, 2004; Monteiro & Villela, 2013).

O que mais os movimentos sociais de luta contra a aids criticam é o afastamento sucessivo da atenção governamental da dimensão social da epidemia, enfatizando esses modelos comportamentalistas e individualizantes, pois boa parte das medidas de prevenção, como o uso do preservativo, não depende apenas de informação e vontade da pessoa, mas está condicionada por outros fatores de cunho social (Anjos, 2012; Ayres, *et al.*, 2012, Ribeiro, 2013). Isso se observa, por exemplo, no indivíduo ter que lidar com as diferenças de poder social para ter livre acesso ao preservativo, bem como uma mulher que não pode portar e/ou propor o uso do preservativo numa sociedade machista, por ter que se manter casta e passiva na relação amorosa e, mais ainda, perante a sociedade (Atanázio, 2012).

Acerca disso, Cunha (2015) concorda que o fenômeno do HIV reduzido a aspectos individuais, deslocados das condições de vida, colabora para o esvaziamento dos espaços de reivindicação e controle dos determinantes sociais, anexada à despolitização da luta contra a aids, o que, por efeito, fragiliza as ações de prevenção. É sabido, desta forma, que os processos de segregação são reproduzidos pelas perversas relações de exclusão frente às PVHA que obstaculizam a construção democrática da vida social, fixando, de forma naturalizada, o estigma, o preconceito e a discriminação pautados nas relações de dominação entre grupos. Nada se pode esperar dessa dinâmica senão desrespeito e violência, o que pode repercutir diretamente nas ações de prevenção, adesão ao tratamento e/ou em contextos de maior vulnerabilidade, impedindo ou retardando as respostas positivas à epidemia, conforme

demonstram estudos já publicados (Ayres, *et al.*, 2012b; Freire, 2010; Monteiro & Villela, 2013; Pereira, 2012; Unaid, 2015a; Zambenedetti, 2014).

Diante dos pressupostos, esta pesquisa se justifica, visto que, identificar, compreender e debater o preconceito e a discriminação nos serviços de saúde é mais do que melhorar o entendimento, identificar lacunas e explorar academicamente categorias da psicologia social e/ou do cuidado em saúde. Preconceito e discriminação são fecundas categorias de apoio para uma hermenêutica crítica das sociabilidades contemporâneas e, no caso deste estudo, são fenômenos que podem impedir indivíduos e sociedades de abordar o trato das questões de saúde, o que resulta em violação dos direitos e, consequentemente, em aumento da vulnerabilidade ao adoecimento.

Isto posto, com base nos achados desta tese pretende-se apontar melhorias na integralidade do cuidado para com as PVHA nos serviços de saúde, refletindo em respostas programáticas positivas no quadro da vulnerabilidade. Além disso, aspira-se subsidiar intervenções voltadas à superação dos atributos individuais em HIV/aids, admitindo os avançados dados epidemiológicos atuais às manifestações que decorrem de um complexo conjunto social.

Para tal fim, esta tese defende que, *ao se analisar as crenças dos profissionais de saúde que perpassam ideologicamente o preconceito e a discriminação revelados nas relações estabelecidas dentro dos serviços de saúde, aborda-se a vulnerabilidade individual, social e programática das PVHA como resultantes a esse contexto*; o que pode dificultar desde a prevenção, o acesso à testagem e o tratamento dos acometidos pelo vírus num processo retroalimentado. Para contemplar o proposto, tem-se como *objetivo geral*: analisar os preconceitos e as percepções de vulnerabilidades individual, social e/ou programática de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids.

O emprego das crenças nesta tese se justifica na importância que adquirem enquanto instrumento subjetivo, na construção e concretização das estruturas sociais. Para Camino (1996), é necessário levar em consideração os sistemas de crença envolvidos nos processos de preconceito, pois isso se deve ao fato de que esses sistemas de crenças são construídos a partir do conhecimento que anteriormente se teve do contexto social em que os sujeitos estão inseridos. Ademais, pressupõe-se que as crenças desempenham influência significativa nas ações e relações que se constituem entre os profissionais de saúde e as PVHA, atuando assim como um antecedente ao preconceito e a discriminação dos profissionais e auxiliando na formação de elementos embaixadores dos preconceitos sociais da aids.

Ante o exposto, esta tese se divide em três momentos, sendo o primeiro referente à *Fundamentação teórica*, o segundo referente aos *Estudos Empíricos* aqui desenvolvidos e explorados, e o terceiro momento referente às conclusões ou *Considerações Finais*. A *Fundamentação Teórica* compreende a Delimitação do tema – capítulo I - e o Referencial teórico- capítulos II, III e IV. A Delimitação do tema aborda a contextualização histórica e psicossocial da aids, com seus avanços clínicos, epidemiológicos e as notórias lacunas que se estendem desde os primórdios da epidemia. O Referencial Teórico marca, epistemologicamente, teorias da Psicologia Social e Social da Saúde que aqui se entrelaçam. Deste modo, o Capítulo II traz o *Estudo das Crenças na Psicologia Social*, com ênfase para o modelo desenvolvido por Bar-tal (2000). O Capítulo IV enfatiza o estudo do *Preconceito na Psicologia Social*, dividindo as teorias apresentadas em Intraindividuais, Intrapsíquicas, Intergrupais e Societais. E para finalizar este primeiro momento, tem-se o *Modelo Teórico de Vulnerabilidade em Saúde*, com destaque para o modelo desenvolvido por Ayres *et al.* (2012).

No segundo momento desta tese encontram-se os Três *Estudos Empíricos*, constando em todo o fenômeno observável aqui desenvolvido. Nesta seção estão presentes além dos desenhos de cada estudo, a delimitação dos participantes, os instrumentos utilizados,

procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados, seguidos das discussões, respectivamente. Por fim, as *Considerações Finais* obtidas a partir dos três estudos comentados e do levantamento teórico aqui explorado.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E PSICOSSOCIAL DA AIDS: AVANÇOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E A LEGITIMAÇÃO DO PRECONCEITO NA QUARTA DÉCADA DA EPIDEMIA

Ainda que o registro dos primeiros casos do vírus HIV fora marcado no final da década de 70 nos EUA, Haiti e África Central, intrigando toda a comunidade médico-científica, o Brasil teve seu primeiro caso registrado em 1982 e o cenário era sombrio na época. A disseminação do vírus ainda se dava de maneira silenciosa e as pessoas não sabiam o que era a doença nem tinham uma ideia precisa de como ocorria a transmissão. Os casos aumentavam desenfreadamente e os recursos terapêuticos eram escassos. A doença era considerada o apocalipse moderno (Ministério da Saúde [MS], 2015).

Nesta época, o Jornal do Brasil publicou a manchete: “Câncer raro ataca homossexuais” trazendo uma matéria sobre a nova doença que acometia a população gay, e por isso foi versada como GRI (Gay Related Immudeficiency ou Imunodeficiência Gay Adquirida), sendo a epidemia vista por muitos como um “câncer gay”, mesmo o termo sendo alterado no final deste mesmo ano para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ou, como ficou mais conhecida por seu acrônimo em inglês: aids (MS, 2015).

Neste cenário, a aids era facilmente associada à orientação sexual e conhecida como a doença dos promíscuos, chegando até mesmo a ser relacionada à punição ou castigo divino devido o comportamento imoral. Tal problemática incomodou a comunidade científica, que logo se posicionou e apresentou um conceito que acabou por estigmatizar ainda mais essa população, com os denominados *grupos de risco*, concepção esta que traz o indivíduo como total responsável pela sua infecção, marginalizando ainda mais aqueles que já se encontravam

à margem da sociedade. Aí estavam enquadrados os homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI) (Ayres, 2002; Schaurich, 2004).

Na ocasião, a palavra “aids” era sinônimo de pânico geral em toda sociedade. Morriam naquele momento figuras públicas como *Freddie Mercury*, *Cazuza*, *Henfil*, dentre outros, e a doença adquiria cada vez mais uma face dramática, tendo em vista não haver tratamento eficaz e a morte ser considerada o seu principal desfecho. Os meios de comunicação em massa, por sua vez, passaram a tratar a doença como algo assustador, reforçando o horror da população. O símbolo mundial de luta contra a aids era uma caveira entre dois corações, que associava o amor à morte, e consequentemente à aids como sentença do fim da vida. A primeira campanha carnavalesca foi de uma pessoa com uma fantasia bastante alegre que, por não usar o preservativo, acabou numa cama de hospital. Assim, inevitavelmente, a prevenção era associada à morte através de frases do tipo: “O amor pode matar: use camisinha”, “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar” (MS, 2015; Souza, 1994).

Embora houvesse uma tentativa urgente do Ministério da Saúde (MS) de garantir a informação através da mídia, era evidente que esta se aproveitava desse direito para ganhar audiência e garantir o pânico moral, o que só enveredava o preconceito e a discriminação no debate (Parker, 2013). Tais fatos geraram repercussões terríveis à epidemia, uma vez que as pessoas preferiam se esconder da testagem e dos serviços de saúde por vergonha, medo da discriminação e do alto preço perante a sociedade. Essas primeiras atitudes discriminatórias foram enfrentadas usando o recurso da informação e não à força da lei, pois ainda não existiam leis que protegessem as pessoas soropositivas ao HIV (Nascimento, 2009; Parker, Bastos, Galvão & Pedrosa, 1994).

A mobilização da sociedade civil brasileira em resposta à aids começou a tomar forma através dos movimentos sociais que começaram a atuar desde 1983, à exemplo do grupo de homossexuais paulista denominados *Outra Coisa*, que desde o princípio lutou para levar à

sociedade estratégias de prevenção em HIV/aids, mesmo que de forma não sistemática. Além disso, enquanto instrumento social, tais grupos focavam em comprovar que o preconceito e discriminação são fortes empecilhos ao enfrentamento da doença e que manter a população informada é primordial na prevenção da epidemia. Assim, foi seguindo esta linha que em 1985 foi formada a primeira organização da sociedade civil voltada especificamente para aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à aids (GAPA) e no ano seguinte, juntamente com um grupo de colaboradores, o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, hemofílico, infectado pelo HIV por transmissão de sangue, fundou a Associação Brasileira Interdisciplinar de aids (ABIA), a segunda organização da sociedade civil criada para enfrentar a epidemia (MS, 2015). Vale salientar que ambas surgiram antes mesmo das organizações governamentais, uma vez que apenas em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST's e aids no Ministério da Saúde, em Brasília.

O notório é que, nesta época, a aids ainda não era tratada como prioridade em função e assistência pelo Ministério da Saúde, pois cabia ao órgão apenas as atividades de vigilância e prevenção, numa abordagem predominantemente biomédica. Sendo assim, tal classificação transformava o indivíduo com HIV em uma unidade a ser registrada epidemiologicamente e monitorada quanto à sua capacidade de transmitir o vírus, mas não a ser considerada para tratamento e atenção médica, sobretudo quando se desconhecia qualquer terapêutica realmente eficaz para a doença. Essa foi a justificativa dada pelo órgão responsável naquela época, denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para não assumir a responsabilidade pelo atendimento e tratamento das PVHA, argumento também adotado para o mesmo fim pelos planos de saúde (Galvão, 2000; Teixeira, 1997).

Obviamente, por trás dessas justificativas técnicas, estavam, de maneira velada, o preconceito e a discriminação dos próprios profissionais de saúde e médicos, apoiados no medo e pânico moral frente a uma infecção que claramente podia representar um risco ocupacional

mesmo que raro (Galvão, 2000). Tal fator levava às constantes recusas de internação ou a declarações de ausência de leitos disponíveis. Jarbas Barbosa, presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), se recorda que em vários momentos precisou se deslocar de sua casa para convencer médicos a manter no hospital seus pacientes que haviam descoberto que tinham aids, pois queriam transferi-los para um local “especializado” quando este ainda nem existia. Há relatos de hospitais que queimaram cadeiras onde sentaram soropositivos, pessoas que foram enterradas sem a presença de nenhum familiar no sepultamento, bem como profissionais de saúde que exigiram altas gratificações para atender esse tipo de demanda, alegando sofrer rejeição por parte da própria equipe de saúde por estarem incutidos no trato do HIV (MS, 2015).

Acerca disto, Parker e Aggleton (2003) reforçaram que a epidemia do HIV/aids seria composta por três fases distintas: a primeira seria a fase da epidemia do HIV, a que ocorre de maneira silenciosa e pode se desenvolver por um longo tempo sem ser percebida; a segunda seria a da infecção por aids, em que o vírus ataca o sistema imunológico provocando a síndrome da imunodeficiência, e a terceira e pior fase, apontada como a epidemia das respostas sociais e culturais, é a que surge permeada de altos níveis de preconceito e discriminação.

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Un aids, 2015) para além da primeira e da segunda fase da epidemia, as características da terceira fase da epidemia também se fazem presentes até os dias atuais, considerando que o preconceito e a discriminação relacionados à epidemia são fenômenos universais, ocorrendo nos níveis político, institucional, social e psicológico, em todas as regiões do mundo. De acordo com Inácio Queiroz, presidente do Grupo Pela Vida, o preconceito e a discriminação são as doenças oportunistas mais agravantes na vida das PVHA desde o início da epidemia (MS, 2015).

Diante desta inquietação, o Unids (2002) elaborou o Protocolo para Identificação de discriminação contra as PVHA, como ferramenta na investigação das discriminações sofridas por estes indivíduos em dez áreas principais da vida cotidiana, assim distribuídas em ordem crescente, respectivamente: assistência sanitária, emprego, justiça (processos judiciais), administração, bem-estar social, moradia, educação, vida familiar, seguros e outros serviços financeiros e, acesso a outros serviços e estabelecimentos públicos (p. exemplo, serviços funerários). Relatadas pelas PVHA entrevistadas, as discriminações na assistência sanitária se deram em convênios médicos, peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e profissionais de serviços de saúde (Onosida, 2001).

Uma vez que esta discriminação seja internalizada pelas PVHA, são gerados sentimentos negativos relacionados à sua condição, e com isto, se sobressaem culpa, desequilíbrio psicossocial, isolamento, abandono, medo do futuro e etc. (MS, 2015). De acordo com dados do Unids (2015), 50% das pessoas infectadas se culpam por sua condição, 1 (uma) em cada 4 (quatro) relataram sentimentos suicidas, e 1 (uma) em cada 3 (três) referem ter baixa autoestima. O isolamento é uma variável também em destaque, associada ao afastamento da família e amigos, bem como a própria evitação dos serviços de saúde, declarado por uma média de 40% das PVHA. Em países como Argentina, Equador, México, Paraguai e Colômbia, de 12% a 27% das PVHA tiveram o acesso a saúde negado em algum momento após o diagnóstico da doença.

As vítimas de preconceito social, conforme apontam Correia e Vala (2003), chegam a enfrentar até três tipos de vitimização, visto que além de terem de lidar com as consequências fisiológicas e psíquicas advindas da doença que as vitimizou (vitimização primária), são uma segunda vez vitimizadas (vitimização secundária) através do preconceito e discriminação do meio social no qual interagem, o que contribuirá injustamente para o agravamento das condições psicológicas, sociais e materiais em que elas se encontram. Caso a PVHA internaliza a crença preconceituosa de outrem, aquela passa a sofrer ainda uma autovitimização

(vitimização terciária), atribuindo a si a mesmo a culpa pela sua condição de enfermidade (Heaven, Connors & Kellehear, 1990).

Ao receber um diagnóstico como de HIV, segundo Canguilhem (2009), a pessoa se vê suspenso entre dois grupos que se excluem mutuamente: o dos “sãos”, ao qual ele deixou de pertencer contra a vontade, e o dos “doentes ou desviantes”. Para o autor, o problema dos “desviantes” está numa perspectiva patológica, sendo esse indivíduo encarado a partir de um ponto de vista biomédico que opõe o comportamento “normal” e o “anormal/patológico”. Vale ressaltar que o “desvio” ou “comportamento desviante” são termos criado pela sociedade em função das regras sociais que definem situações sociais e os tipos de comportamento apropriados à ela. Logo, aqueles que se afastam do que é considerado correto dentro de tais circunstâncias sofrem a discriminação por conta da ação das categorias de acusação (Ayes, 2016; Velho, 2003).

No decorrer da trajetória da doença, em meio às respostas adequadas e inadequadas à epidemia, em 1987 a situação se agravava no Brasil e a cada dez meses os casos de aids dobravam, já sendo notificados naquele momento 4.535 novos casos. A Organização das Nações Unidas (ONU) criou, neste mesmo ano, o Dia Mundial de Luta contra a aids, celebrado em 1º de dezembro com o intuito de reforçar a tolerância, a solidariedade e a compreensão em relação às PVHA. Concomitante a esta época foi criado o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST², HIV/aids e Hepatites Virais (DDAHV), que se tornou referência mundial no tratamento e atenção a aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ao trabalhar para reduzir a transmissão do HIV/aids e hepatites virais e na promoção da

² De acordo com informações contidas no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, este departamento passou a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis) em decorrência de uma atualização da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. A justificativa se baseia no fato de que “A denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantém assintomáticas durante toda a vida do indivíduo acometido”.

qualidade de vida dos pacientes. O DDAHV criou, com o apoio de membros da sociedade civil e de profissionais de saúde, no Encontro Nacional de ONGS que trabalham com aids (ENONG), a Declaração dos Direitos Fundamentais da PVHA, que consta dos direitos descritos na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Declaração dos Direitos fundamentais da Pessoa que vive com HIV/aids (PVHA)

I	Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
II	Os portadores do vírus* têm direito a informações específicas sobre sua condição.
III	Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
IV	Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
V	Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
VI	Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
VII	Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
VIII	Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
IX	Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
X	Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
XI	Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
XII	Os portadores do vírus* têm direito a informações específicas sobre sua condição.
XIII	Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
XIV	Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

*O termo “portador” está conforme o documento original, todavia, atualmente, foi substituído por “pessoa que vive com HIV/aids ou pessoa soropositiva ao HIV/aids”.

(FONTE: MS, 2015b)

Tal medida foi necessária, levando em conta que as ações governamentais voltadas ao controle da epidemia, sustentadas pelo campo disciplinar da Saúde Pública e da Epidemiologia, levaram muitos países a medidas interventivas segregativas, tais como a testagem compulsória

para o HIV e a violação do sigilo do diagnóstico (Nascimento, 2009). De acordo com o documento publicado pela ONUSIDA (2005, p.12):

Existem muitas ligações, diretas e indiretas, entre a epidemia do HIV e a falta de proteção dos Direitos Humanos. A violação dos direitos pode piorar o impacto do HIV, aumentar a vulnerabilidade e impedir ou retardar as respostas positivas à epidemia.

Neste ínterim, o Brasil em 1988 fervia em mobilização social para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que culminou no capítulo da Saúde da Constituição Federal. Desde então, pela Constituição brasileira, as PVHA, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos; entre eles: dignidade humana e acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei. Com o nascer do SUS, impulsionado pelos movimentos sociais de luta contra a aids, o país iniciou a política de fornecimento de medicamentos, tratando das infecções oportunistas das pessoas acometidas, isto é, as doenças que “se aproveitam” do estado de debilidade do organismo para causar o dano, à exemplo da tuberculose e pneumonia. Com este avanço, o Brasil iniciou o processo de compra e distribuição gratuita do primeiro antirretroviral (ARV), fármaco utilizado para tratar o câncer, e agora, também, como tratamento antirretroviral (TARV) (MS, 2015b; Parker *et al.*, 1994).

Nos primeiros anos da década de 90 o número de casos de HIV no Brasil já passava dos 16.000 e o tratamento da doença foi adicionado na tabela do SUS, uma vez que o país já começara a produzir o AZT³ (azidotimidina). Nesta fase foi descoberto que o *coquetel* (terapia combinada de dois ou três antirretrovirais) impedia a transmissão vertical do HIV na gestação (mãe-bebê), e, com grande mobilização social foi aprovada no Congresso a Lei 9.313 que determinou a distribuição gratuita e universal do tratamento para a aids. Já no final desta década a mortalidade causada pela doença havia decaído em 50% no Brasil, a transmissão vertical

³ Fármaco utilizado como antiviral, indicado para o tratamento da aids.

também reduziu em mais de 50% e a qualidade de vida das PVHA melhorou significativamente, aumentando a sobrevida (MS, 2016).

Contudo, apesar dos avanços, a infecção pelo HIV aumentava entre as mulheres e jovens, entre a população de baixa escolaridade, baixa renda e, sobretudo nas camadas mais populares, adentrando para o interior das principais regiões do país. Neste momento, a evolução da epidemia da aids no Brasil já coexistia, em mesmo espaço, com outras “epidemias” – feminização, pauperização, juvenilização e interiorização – da doença, como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira. Em duas décadas (1980 - 2001) o total de casos de aids acumulados no Brasil já somava 220.000 (MS, 2016; Parker *et al.*, 1994; Parker & Camargo Jr, 2000; Porto, Silva & Vargens, 2014).

Um pouco mais à frente, no ano de 2006, o Dia Mundial de Luta contra a aids já teve sua campanha protagonizada por pessoas vivendo com aids, e em homenagem aos que morreram com HIV foi projetada em raio laser nas duas torres do Congresso Nacional a campanha “*Eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver*”, lembrando o apelo do Betinho antes de morrer, ao se referir que muitos morriam de aids por se esconder do tratamento e acabarem morrendo na clandestinidade por medo do terrível preconceito. Betinho reconhecia que a aids estava revelando, de forma trágica, o modo como a sociedade discrimina o direito das pessoas de existirem da forma como a consciência julga necessária, e o mais trágico para ele era que estas pessoas, ao internalizarem esse preconceito, adquiriam uma culpabilização e perdiam os seus direitos mais elementares, sobretudo, o direito “senão de viver, mas de morrer em paz” (Souza, 1987, p. 40).

Foi nesta mesma linha de reflexão que mais tarde Nelson Mandela, ex-presidente sul-africano, reforçou em seu discurso durante o Encontro anual da Fundação Infantil Nelson Mandela, o efeito da linguagem estigmatizante sobre a aids, comparando ao efeito causado sobre a hanseníase: “(...) o estigma pode fazer com que o mundo volte à época em que as vítimas

de hanseníase vivam segregadas em vilas. Muitas pessoas morrem devido ao estigma e isolamento das comunidades quando são infectadas pela aids”. (Folha de São Paulo, 2002, p.1).

No final do ano de 2009, apesar do Ministério da Saúde declarar recorde de distribuição de preservativos - 465,2 milhões de unidades foram distribuídas em todo o Brasil - as notificações de novos casos de HIV não cessavam, e já se passavam de meio milhão de pessoas infectadas em todo o país. Ao longo dos anos seguintes o Brasil foi ganhando cada vez mais destaque nos avanços clínicos referentes à epidemia e foi reconhecido pela ONU como importante protagonista no combate ao HIV/aids por ter validado estratégias pioneiras de combate à doença e inspirado diversos países (MS, 2015b).

Aqui merece destaque o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT) elaborado em 2013, dando mais um passo para a resposta à epidemia, a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de células CD4 no organismo, reduzindo a infecciosidade nestes indivíduos. Vários estudos (Cohen, Mccauley & Gamble, 2012; Lima *et al.*, 2015; Saldanha, 2011) demonstraram que o início cada vez mais precoce da TARV não só melhora a qualidade de vida das PVHA, mas também reduz o risco da transmissão, sendo tal recomendação posteriormente adotada por diversos outros países e, sobretudo, pela Organização Mundial de Saúde (MS, 2015).

Neste mesmo ano, o Brasil ampliou o protocolo da TARV como forma preventiva após uma exposição ao HIV, nomeada de Profilaxia Pós-Exposição (PEP), e iniciou as discussões para implementar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como mais uma estratégia interventiva, sendo uma base contínua com os antirretrovirais para exposições repetidas, e indicados em maior escala para os indivíduos pertencentes às populações-chaves, anteriormente denominados de *grupos de risco* (Baeten & Grant, 2013). Todavia, na eficácia observada, a PrEP tem trazido questionamentos em relação aos efeitos adversos clínicos e, sobretudo,

sociais, como a reprodução do preconceito ao reforçar crenças de promiscuidade para aqueles que fizeram o uso, reforçando a ideia dos grupos de risco que rodearam a epidemia no início (Batista, 2017).

Dando sequência aos acontecimentos, no ano de 2014 teve destaque o decreto e sanção da Lei 12.984 assinada pelo Governo Federal, a qual define o crime de discriminação das PVHA; e em seu art. 1º constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra a PVHA, em razão da sua condição:

Tabela 2. *Condutas discriminatórias contra a Pessoa que vive com HIV/aids constituindo crime punível*

I	recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;
II	negar emprego ou trabalho;
III	exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;
IV	segregar no ambiente de trabalho ou escolar;
V	divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;
VI	recusar ou retardar atendimento de saúde

(Fonte: Brasil, 2015)

No entanto, em contradição ao avanço estabelecido na lei 12.984, em 2015 a ABIA lançou um Boletim retratando o retorno do vírus ideológico, isto é, aquele sustentado e difundido pelo perverso tripé estigma, preconceito e discriminação que, segundo a associação:

Ao longo das mais de três décadas da epidemia nunca deixou de ser obstáculo, fosse qual fosse o modo pelo qual o Brasil escolhesse enfrentar o problema. O retorno do vírus ideológico marca de forma definitiva o retrocesso que, nos últimos anos, impulsionado pelo conservadorismo, tem impactado negativamente a sociedade brasileira na resposta à aids no país. Afinal, como nos antecipou o brilhante Herbert Daniel, o vírus ideológico é muito mais difícil de ser confrontado do que o vírus biológico (ABIA, 2015, p. 2).

O trecho acima descrito retrata a indignação frente a uma série de reportagens transmitidas em rede nacional por um importante veículo de comunicação brasileira sobre o suposto “clube do carimbo”, grupo formado por pessoas que supostamente transmitem o vírus da aids de propósito. Com efeito, imediatamente começaram a circular nas redes sociais mensagens falsas sobre PVHA que estariam transmitindo o vírus em situações causais por meio

de seringas contaminadas, por exemplo, reforçando o caráter pejorativo de periculosidade desses indivíduos (ABIA, 2015).

Ao redor do mundo diversos países já deliberaram formas de punição para essa transmissão, à exemplo dos EUA, em que 32 estados já possuem leis que criminalizam a transmissão do HIV. No Canadá, em 2012 uma decisão da Suprema Corte promulgou que caso a PVHA omita sua condição para o parceiro sexual, aquele pode pagar pena sendo acusado de ataque sexual agravado, assim sendo, tem o dever legal de clarificar aos seus parceiros sexuais sua condição viral (Unaid, 2014).

No Brasil, desde 1940 que foi previsto no artigo 130 do Código Penal vigente o crime de perigo de contágio venéreo. Porém, há muito se sabe que a aids não se contrai apenas pelo ato sexual, o que maximiza seu conceito para além de uma IST, podendo ser entendida como uma doença infecciosa, transmitida de diversas formas para além da conduta sexual. Entretanto, de acordo com o relatório divulgado pelo Unaid (2014) ainda que não exista um dispositivo penal exclusivo, desde os anos 2000 o poder judiciário tem proposto interpretações que definem como “agravantes de tentativas de assassinatos” casos de indivíduos que vivem com HIV e que mantêm relação sexual sem o uso de preservativo e sem que o parceiro saiba, correndo o risco de serem enquadrados pela lei penal. Além disso, o retrocesso maior adveio dos setores conservadores que se organizaram no Congresso Nacional e revigoraram um projeto de lei (cuja nova versão é o Projeto de Lei 198/2015) que criminaliza e torna hedionda a transmissão proposital do HIV.

Não obstante a importância da Legislação, pesquisadores como Godoi (2013); Terto Jr., (2013); Rocha Pereira e Souza Monteiro (2015); e o próprio Unaid (2015b) questionam e refletem em que medida essa criminalização do vírus HIV pode representar um grave dano às respostas ao HIV, podendo sinalizar um retrocesso tanto nas lacunas clínicas e epidemiológicas, bem como nas respostas psicossociais à epidemia. O perigo é acuar a população geral a uma

conduta vulnerável, uma vez que as afasta, por exemplo, da testagem, pelo medo de serem diagnosticadas soropositivas e, porventura, punidas judicialmente ao infectar alguém pela sua condição. Para Terto Jr. (2013) a criminalização da transmissão reforça o preconceito que envolve o vírus, e, sobretudo, a imagem da pessoa como alguém ameaçador, já bem presente no início da epidemia na década de 80. Como já ressaltava Velho (2003), reconhecer-se assim significa estar exposto a julgamentos, exclusão, tendo talvez como primeira ameaça não a doença enquanto processo fisiopatológico, mas a doença como provocadora de uma condição social patológica.

A reação da sociedade civil organizada em torno do P.L.198 também foi imediata. A ABIA convocou dezenas de instituições em todo o país que responderam positivamente e juntas enviaram à Brasília uma Carta Pública endereçada ao Congresso Nacional solicitando o arquivamento do mesmo. Recentemente, a deputada federal Laura Carneiro, titular da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), assinou e protocolou, parecer rejeitando o P.L. 198. A decisão foi tomada após um período de intensa interlocução com o DDAHV. A decisão está de acordo com as “Diretrizes Internacionais sobre HIV/aids e Direitos Humanos” da ONU que sustentam que “o respeito aos direitos humanos exige que, entre outras coisas, as pessoas que vivem com HIV/aids não sejam submetidas a penalização ou outras medidas coercitivas unicamente com base em seus status sorológico” (MS, 2015b).

Além disso, o Un aids (2015b) recentemente publicou um documento que afirma: “não existem dados que demonstrem que a aplicação generalizada de lei criminal à transmissão do HIV sirva para se fazer justiça ou para prevenir a transmissão”. Ainda de acordo com o texto, “pelo contrário, esse tipo de aplicação da lei arrisca minar a saúde pública e os direitos humanos”. Para a diretora do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), Adele Benzaken, a decisão representa um significativo avanço na luta contra a discriminação e o

preconceito, uma vez que está se falando de pessoas que até hoje sofrem discriminação por sua condição, e, leis desse tipo só reforçam esse estigma.

Nesse sentido, o emprego de leis que criminalizam a transmissão do HIV, pode levar, de acordo com o Unids (2015b), a erros judiciais e a outros danos, tais como: problemas no levantamento de provas ou evidências; o efeito seletivo da lei; a violação do direito de confidencialidade; e a avaliação equivocada dos agravos e riscos da infecção pelo HIV. O Unids também aponta enquanto agravo o fato de a criminalização poder colaborar para um aumento da violência contra as mulheres, alocando-as numa maior chance de se tornarem vítimas de processo criminal uma vez que, em boa parte dos casos, elas são as primeiras a tomar conhecimento do seu estado sorológico devido à rotineira oferta do teste de HIV no pré-natal e acaba sustentando a culpa de ter trazido o vírus para o relacionamento.

Atualmente, de acordo com o boletim epidemiológico divulgado pelo MS, estão registrados no Brasil 842.710 casos de aids, a maioria entre os jovens, sendo 519.183 (65,0%) casos em homens, computando uma proporção de 19 casos da doença em homens para cada 10 em mulheres (19:10). A região Nordeste concentra um total de 116.769 casos, sendo 6.958 concentrados na Paraíba. No entanto, vale salientar que existe uma subnotificação, a qual gera índices abaixo do esperado (MS, 2016).

O Ministério da Saúde divulgou em 2016 que o monitoramento clínico das PVHA é uma das mais importantes ferramentas para o acompanhamento dos avanços e esforços para maximizar os efeitos das intervenções e guiar as ações para conter o progresso da epidemia de HIV/aids (Brasil, 2016). Com isso, na reunião da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) foram acordadas três metas reconhecidas pelo Unids para o monitoramento de etapas fundamentais da cascata de cuidados contínuos. Conhecidas como metas 90-90-90, constam que os países devem atingir até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral (TARV), e 90% das PVHA em TARV com supressão

viral. No entanto, o Unids evidencia ainda que se faz necessário ir além das questões estruturais de atendimento, tratamento e estimativa de dados epidemiológicos, e com isso estabelece metas, sobretudo, no tocante às questões psicossociais do preconceito e discriminação enfrentados rotineiramente pelas PVHA. Considerando que no mundo, uma a cada oito PVHA relatam ter o acesso negado ao serviço de saúde, o Unids (2016) admitiu ainda que o preconceito e a discriminação são desafios que – mesmo após os quase 40 anos de resposta à epidemia de aids – ainda precisam ser vencidos se de fato se quiser chegar a uma resposta efetiva ao HIV, e acabar com os níveis epidêmicos da aids até 2030. Esta foi, também, uma das principais conclusões do painel de especialistas sobre o tema, realizado durante o 10º Congresso de HIV/aids que aconteceu em João Pessoa, Paraíba, em novembro de 2015.

É enfática a importância que o sistema de saúde exerce na promoção e defesa dos direitos humanos, por isso, o Unids estabelece que até 2020 lutará para que todos em toda parte do mundo vivam livre da discriminação e de abusos relacionados ao HIV/aids, como se pode perceber na fala da diretora do órgão aqui no Brasil, Georgiana Braga:

Precisamos começar a mensurar, de alguma forma, os atos relacionados ao estigma e à discriminação em relação ao HIV. O Índice de estigma sobre HIV/aids é um instrumento importante para a construção de políticas públicas nesta área, já que nos mostra muitos dos principais obstáculos a superar e nos indica também os caminhos possíveis para isso (Unids, 2015a, p.1)

Portanto, a partir do conteúdo exposto aqui, é notório que o Brasil avançou significativamente nas respostas à epidemia ao longo das quase quatro décadas da descoberta do HIV. No entanto, muito ainda se tem a evoluir, sobretudo porque os índices de infecção pelo vírus crescem significativamente a cada ano, e as lacunas psicossociais precisam ser discutidas e trabalhadas para que nenhum indivíduo sofra com medo de se tratar e pereça na escuridão do preconceito, fragmentando-se da sociedade e violando seus próprios direitos.

REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO II

O ESTUDO DAS CRENÇAS NA PSICOLOGIA SOCIAL

A relevância que as questões de saúde e as relações desempenhadas em torno delas assumem para as práticas na discussão aqui proposta é de caráter incontestável. Apreende-se que tais questões não podem ser separadas das circunstâncias culturais, sociais e econômicas, pois estas são significativas e influentes em seu processo de formação. De tal modo, é a maneira como os indivíduos compreendem essas circunstâncias que servem de orientação para a vivência de suas práticas e dão margem a possíveis interpretações na formação de seus aspectos subjetivos, tais como as crenças (Freire & Saldanha, 2010).

Assim, compreende-se que para refletir acerca das práxis ou mesmo das suas necessidades de mudança, se deve levar em conta os aspectos subjetivos que circundam os indivíduos. Logo, é cabível entender que ao mesmo tempo em que o indivíduo possui determinadas crenças, ele é, também, de certo modo, envolvido por elas e assim, passa a pensar, enxergar e agir no mundo através delas. Neste aspecto, a crença é, ao mesmo tempo, uma forma de orientação das condutas, bem como de limitação destas (Pátaro, 2007; Freire & Saldanha, 2010).

Nesse sentido, compreender os aspectos subjetivos que estão imersos na vivência dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, em suas práticas nos atendimentos, apresenta-se como uma das formas mais adequadas de investigar essa atuação. Segundo Gouveia (2006), é seguindo este eixo que se entende o arranjo do sistema de crenças que profissionais de saúde compartilham, as quais tornarão ou não as suas práticas de cuidado mais contextualizadas e adequadas, sobretudo para com as minorias. Acerca disto, pesquisadores (Amato, Silveira, Oliveira & Ronzani, 2008; Carvalho, 2015; Freire, 2010; Monteiro & Villela, 2013; Pereira, 2012) demonstraram que as crenças que os profissionais conceberem sobre dada situação de

saúde serão fundamentais na qualidade do atendimento aos usuários, e por sua vez, na prevenção, adesão, tratamento, qualidade de vida e bem-estar psíquico destes.

Sobre isto, a Psicologia Social também se deleitou no entendimento do fenômeno das crenças, tendo vários teóricos se debruçado sobre este construto, conforme se detalha a seguir. No princípio do século passado Le Bon (1947) já explanava que dificilmente, em matéria de opiniões e crenças, os indivíduos possuem algo que seja verdadeiramente inerente a eles. Para ele, as pessoas têm apenas opiniões e crenças coletivas, adquiridas e compartilhadas com os grupos sociais que convivem. Ademais, as crenças podem ser desenvolvidas por meio do simples contágio, tendo a autoridade ou o prestígio como bases para quem está anunciando. Le Bon (1947) dizia ainda que o indivíduo é apto a estabelecer conceitos mais concretos com relação a assuntos técnicos de uma profissão, por exemplo; todavia, sobre outras áreas de atuação, esse indivíduo, até sem raciocinar, acaba internalizando e repetindo os conceitos e ideias que são impostos por uma pessoa de prestígio.

Para ilustrar este pensar, basta perceber que a internalização de crenças e ações de determinado usuário de um serviço de saúde, por exemplo, seria um ponto crucial para a identificação da crença adquirida e compartilhada na pertença ligada aos profissionais de saúde que ali atuam. Dito de outra forma, se a PVHA se identifica com a prática desenvolvida dentro do serviço e, conseqüentemente, tem maior confiança nos profissionais que ali atuam, naturalmente identifica-se com as crenças vivenciadas naquele serviço. Da mesma forma os profissionais atuantes nesse serviço, que através do contato institucional com outros profissionais de prestígio ou modelos de autoridade, passam a reproduzir as crenças destes. Logo, para Le Bon (1947), as crenças não são inerentes apenas ao indivíduo, mas sim, adquiridas com base no sentido de pertença interacional e institucional.

Outro teórico que também se destacou no estudo das crenças foi Helmuth Krüger (1986), o qual afirmou que as crenças lançam conseqüências na cognição, na personalidade,

nas emoções, sentimentos e no comportamento, o que, para ele, justifica o empenho na investigação desse tipo de representações mentais simbólicas que se têm sobre as condições internas, percebidas como motivações, conflitos, expectativas, sentimentos e aspirações, bem como das condições externas como as pessoas e os fatos. Acerca da origem das crenças, Krüger (2004) defende que elas surgem das experiências pessoais, isto é, nas relações que o indivíduo constitui com o mundo social e nos seus próprios processos cognitivos, sendo as crenças formuladas no âmbito da percepção, do pensamento e raciocínio (Krüger, 2004).

Acerca disto, Valdes (2004) complementa que as crenças se constituem como uma das fontes de conhecimento que os indivíduos possuem, sendo formadas pela influência do conjunto das relações interpessoais e se situando dentro de um determinado cenário social, político e econômico. Ele afirma ainda que comumente a influência das crenças sobre o comportamento ocorre de forma inconsciente, incidindo até em alguns mecanismos de defesa como projeção, repressão ou racionalização.

Outro teórico que se destacou no estudo das crenças foi Rockeach (1981), que trouxe as crenças como “inferências feitas por um observador sobre estados de expectativas básicos. Sendo, entretanto, difícil de conhecer devido à subjetividade que permeia o ‘crente’” (p.1). Para ele, um sistema de crenças constitui o universo total de crenças de uma pessoa acerca do seu eu, seu mundo físico e social. E nesse sistema, o papel das crenças está no desempenho e determinação do comportamento de um indivíduo, haja vista que algumas mudam ao longo de uma dimensão nomeada de periférica-central, formando uma estrutura hierárquica em que quanto mais central for uma crença, maior será sua resistência à mudança. Ademais, segundo o teórico, quanto mais central for a crença alterada, tanto mais difundidas as repercussões no restante do sistema de crenças. Para um melhor entendimento dessa premissa, Rockeach (1981) afirmou existirem cinco tipos de crenças: tipo A e tipo B – Crenças primitivas; tipo C – Crenças

de autoridade; tipo D – Crenças derivadas e tipo E – Crenças inconsequentes, as quais são conceituadas e exemplificadas a seguir.

1) *Tipo A e Tipo B - Crenças Primitivas*: São relacionadas à identidade e natureza humana, realidade física e social, como por exemplo, “quem eu sou”. Estão no núcleo central no sistema de crenças, sendo estabelecidas no encontro do indivíduo com o objeto da crença que se referem e reforçadas por um consenso social unânime de pessoas e grupos. *As do Tipo B* distinguem-se apenas pelo fato de sua manutenção não depender do compartilhamento e consenso com outros indivíduos ou grupos, sendo mais resistentes a modificações.

2) *Tipo C – Crenças de Autoridade*: Rockeach (1981) afirma que são relativas às pessoas ou grupos de referência tidos como uma autoridade, independente de ser positiva ou negativa. São controvérsias, haja vista que indivíduos tidos como autoridade para algumas pessoas, não o são assim considerados para outras; logo, as autoridades podem diferir de um indivíduo para outro. O grupo dos profissionais de saúde exemplifica estas crenças, uma vez que são responsáveis por repassar aos usuários as informações acerca da prevenção, do autocuidado com a medicalização e do seu diagnóstico e tratamento em HIV/aids, por exemplo, podendo, deste modo, interferir, de forma positiva ou negativa nas crenças e comportamentos dos usuários dos serviços.

3) *Tipo D – Crenças derivadas*: a partir da confiabilidade na autoridade são internalizadas pelos indivíduos, assim, são estabelecidas mais com base no processo de identificação com a autoridade. Porém, assim como nas crenças do Tipo C, são sujeitas a controvérsias. Ainda dentro do exemplo trazido no Tipo C, se o indivíduo se identifica com o modelo de autoridade (Ministério da Saúde) e passa a encarar o resultado divulgado no boletim epidemiológico como confiável, e concorda, por efeito, com as práticas preventivas, ele estará versando às crenças derivadas. Outro exemplo significativo remete novamente aos profissionais de saúde, uma vez que as pessoas tenham confiança na capacidade profissional desses atuantes,

elas podem, em decorrência, incorporar crenças advindas dessas “autoridades”. Deste modo, ressalta-se a importância de os profissionais de saúde conhecerem as demandas ocorridas dos pacientes, tendo em mente a relevância do seu posicionamento coerente e preciso frente a estes, principalmente na influência nos mecanismos de enfrentamento às motivações de práticas de vulnerabilidade ao HIV/aids.

4) *Tipo E – Crenças Inconsequentes*: fazem referência às vontades mais casuais e facultativas, sendo assim nomeadas porque não mantêm ligação com as outras crenças e se originam diretamente da experiência com o objeto da crença e sua manutenção não depende de um consenso social. Tendo em vista isso, Rockeach (1981) afirmou que as crenças mais centrais são as do Tipo A e B, e as que estão na posição mais periférica são representadas pelos Tipos C, D e E.

Em continuidade, outro teórico de contribuições bastante significativas no processo de entendimento das crenças compartilhadas socialmente é o psicólogo social Daniel Bar-Tal (2000), o qual considera as crenças como proposições que expressam pensamentos, cujos conteúdos são de alcance ilimitado. São unidades básicas de categorias de conhecimento, tais como ideologia, valores, normas, decisões, hipóteses, inferências, metas, expectativas, dogmas religiosos ou justificativas, expressas através de vários produtos humanos, como filmes, pinturas, livros, revistas e etc., e encontram-se armazenadas na mente dos indivíduos (Bar-Tal, 2000).

Na sua teoria Bar-Tal (2000) certificou que qualquer conceito, ideia ou suposição sobre as crenças deve levar em conta o contexto social no qual elas são formadas ou construídas. Desse modo, percebendo-se as interações socioculturais e o grau de significância que cada indivíduo atribui aos objetos com os quais se inter-relaciona, é possível entender que são incontáveis as crenças que uma pessoa pode possuir. Todavia, o que garante ao objeto de crença o status de verdadeiro ou falso, correto ou incorreto, bom ou ruim, é o conteúdo da crença.

Segundo a perspectiva de Bar-Tal (2000), há dois tipos de crenças: 1) *Crenças Pessoais* ou *individuais* e 2) *Crenças comuns* ou *compartilhadas (grupais e/ou societais)*.

1) O primeiro tipo, as *crenças pessoais ou individuais*, pertencem às crenças formadas pelo indivíduo e que são unicamente armazenadas em sua mente, compondo um repertório privado. Porém, vale referir que esse tipo de crença não é completamente independente da natureza social, podendo se tornar uma crença compartilhada assim que é assimilada e comunicada com outras pessoas, através, por exemplo, da comunicação interpessoal, ou de mecanismos de comunicação social, com destaque para os serviços de saúde, as instituições sociais, como as escolas ou mídia; e ainda, as redes sociais, um canal de comunicação em alta atualmente, acessível à grande maioria das pessoas. Assim sendo, entre as categorias de disseminação mais salientes de crenças compartilhadas estão as novas informações como as notícias, os dogmas religiosos e o conhecimento científico que se propaga em diversas partes do mundo (Bar-Tal, 2000).

2) O segundo tipo, as *crenças compartilhadas*, são comuns no sentido de comunalidade, coletividade e podem ser compartilhadas por alguns indivíduos, um pequeno grupo de membros de uma sociedade, ou mesmo pela maioria dos seres humanos. De acordo com Bar-tal (2000), são usualmente adquiridas por fontes externas, exceto no caso em que os indivíduos formam uma crença pessoal e, conseqüentemente, disseminam e comunicam a outras pessoas. Se dividem em dois tipos: as *crenças grupais* e as *crenças societais*.

O que diferencia as *crenças grupais* de outros tipos de crenças é o alcance de seus conteúdos, características específicas e funções, visto que elas definem, unicamente e formalmente, a “coletividade” de um determinado grupo (Bar-Tal, 2000). Um exemplo ilustra esta diferenciação: supondo-se que um grupo de profissionais da saúde é questionado se faz uso do preservativo em suas relações sexuais e os membros deste grupo afirmam que não, pois não se consideram pertencentes aos grupos mais vulneráveis ao HIV/aids, tais como homossexuais,

profissionais do sexo ou UDI. Assim, percebe-se uma crença grupal estereotipada arraigada, a qual orienta as ações destes profissionais especificamente, que compartilham esta crença apenas entre si, e não no todo social a que pertencem.

Em contrapartida, os conteúdos das *crenças sociais* são de alcance amplo, tendo em vista que elas são definidas como socialmente construídas, o que significa que são formadas através de processos sociais nas situações sociais em que os significados sociais são estabelecidos. São crenças duradouras compartilhadas por membros de uma sociedade, cujos conteúdos são percebidos por seus membros como caracterizando sua sociedade e influenciando-a notadamente de modo funcional. Nesse caso, compartilham essas crenças que persistem um longo tempo e fazem parte do repertório individual e público, e que também se manifestam em vários meios culturais, tais como nos debates públicos, nos discursos de líderes, informações da mídia e materiais didáticos (Bar-Tal, 2000; Bar-Tal & Kruglanski, 2009).

As funções das crenças sociais são o seu suporte para o desenvolvimento da consciência de similaridade, de fornecer conhecimentos sobre a sociedade, identidade social, preservação das estruturas sociais existentes, interdependência e coordenação de ações sociais – tudo o que for necessário para o funcionamento do sistema social. Elas são as lentes pelas quais os membros da sociedade percebem os processos particulares da sua própria sociedade e admitem, deste modo, uma postura que varia da negociação à concordância incontestável. Os processos de negociação apontam que os membros da sociedade constroem o conhecimento sobre o que eles concordam, enquanto a concordância incontestável indica a aceitação passiva de crenças a partir de fontes externas, usualmente percebidas como autoridade de conhecimento.

Entretanto, em ambos os casos os indivíduos interpretam ativamente a informação; por exemplo, ao ouvir a afirmação: “*o principal problema do combate ao HIV/aids é o preconceito enfrentado na nossa sociedade*”. Há um processamento da informação recebida e uma atribuição de significado com base em seu próprio conhecimento armazenado. Assim, Bar-Tal

e Kruglanski (2009) constataram que ser membro de uma sociedade indica, em muitos casos, a aceitação de certas crenças compartilhadas pelos membros desta, uma vez que crenças sociais caracterizam a sociedade como um todo e deve ser visto como fenômeno social.

Constata-se assim, que o que torna as *crenças* sociais habituais e familiares são suas importantes consequências cognitivas, afetivas e comportamentais, tanto para os membros da sociedade enquanto indivíduos, quanto para a sociedade como um todo, sobretudo quando seus conteúdos referem a temas relacionados à vida em sociedade. Notadamente, estas crenças podem influenciar a natureza da realidade social que os seus membros constroem, o senso de solidariedade e união que eles experimentam, a intensidade e o envolvimento deles com estas crenças, a conformidade esperada, a pressão exercida sobre os líderes e a direção e ação tomada por todos (Bar-Tal & Kruglanski, 2009).

Partindo deste enfoque, Bar-Tal (2000) se propôs a classificar o estudo das crenças a partir de duas perspectivas: *microsocial* e *macrosocial*. A primeira traz as crenças pessoais que são armazenadas pelos indivíduos, explica seu processo cognitivo de formação e mudança, suas estruturas de organização da mente humana e a implicação individual de seus conteúdos. Já a perspectiva *macrosocial* analisa as unidades sociais tais como grupos, sociedades ou nações, apontando as crenças compartilhadas por seus membros de forma comum. Tal perspectiva desempenha um papel importante na explicação da estrutura e ação social ao sugerir que compartilhar crenças é uma necessidade social, visto que indivíduos que vivem em grupo e sociedade devem formar um ambiente compartilhado de comunicação para serem capazes de se comunicar de forma compreensível. Somente em tal ambiente pode-se ter a coordenação e planejamento das funções sociais, definição de metas, influências e etc. (Bar-Tal, 2000).

Portanto, ao trazera construção social e histórica da aids, foi adotada na presente tese, de acordo com o modelo teórico de Bar-Tal (2000), uma perspectiva *societal* de crenças a partir

de uma visão *macrossocial*. Deste modo, esta perspectiva se justifica na importância que as crenças adquirem enquanto instrumento subjetivo na construção e concretização das estruturas sociais, uma vez que desempenha influência significativa nas ações e relações que se constituem entre as PVHA e os profissionais de saúde. Portanto, as unidades sociais não foram analisadas individualmente, mas enquanto um todo coletivo, como um fenômeno que é compartilhado e construído socialmente, tendo consequências para as PVHA que necessitam dos serviços de saúde.

Diante disso, Freire (2010) complementa que as crenças fazem parte do cotidiano da vida das pessoas, já que elas continuamente são desenvolvidas acerca das coisas que as cercam, de suas experiências pessoais e de seus relacionamentos, por exemplo. O mesmo ocorre nas práticas de cuidado à saúde, as quais estão permeadas pelas crenças que os sujeitos envolvidos no processo de cuidar possuem, sejam os profissionais de saúde, sejam os usuários dos serviços. É nesse processo de interação no qual as crenças sobre saúde e/ou doenças são disseminadas.

Ainda contribuindo com esse pensamento, Ronzani (2007) acrescenta que as instituições são um dos principais formadores de crenças acerca de comportamentos e práticas em saúde. Logo, o profissional tende a seguir o que aprendeu durante o processo educativo, sendo a formação universitária embasadora na direção das práticas de cuidado no seu campo de atuação. Para o autor, as crenças dos profissionais de saúde são fatores essenciais para a concretização das políticas de saúde. Do mesmo modo como apontado por Oliveira e Albuquerque (2008), as crenças dos profissionais de saúde se estabelecem enquanto formas de compreensão de sua realidade e podem apontar para fatores positivos e negativos que influenciam a ação desta ação pública, contribuindo na identificação dos entraves e, consequentemente, na melhoria dessa política pública.

Ao seguir essa hipótese de que as crenças influenciam diretamente no desenvolvimento de estratégias em saúde, Amato et al. (2008) considerou que elas podem ser um entrave às

práticas de cuidado, inclusive nas de prevenção, indicando que o próprio tratamento, prevenção e abordagem adequada do problema trazido pelo usuário encontram como barreira a estigmatização deste e/ou da doença que ele possui, por parte dos profissionais de saúde. Desta forma, para Silva, Fontes, Saldanha e Araújo (2008), as crenças que os profissionais de saúde possuem, marcadas por estigmas e preconceitos desde o início da epidemia, representam impasses na luta pela prevenção e combate à epidemia, bem como na assistência às pessoas que vivem com o HIV/aids, visto que as coloca em uma posição complexa frente à vida, pois a discriminação potencializa o impacto da doença na vida destas. Diante de tal problemática, Vasconcelos e Saldanha (2009) apontam para a necessidade dos profissionais de saúde, e destaque os da atenção básica, participarem de cursos de capacitação, congressos e espaços de discussão sobre temas do seu cotidiano.

Sadala e Marques (2006) desenvolveram um estudo com profissionais de saúde que lidam com doenças infectocontagiosas e observaram que as crenças estigmatizantes em torno das PVHA persistem, havendo preconceito e discriminação com os pacientes homossexuais e usuários de drogas. De acordo com os profissionais, tais comportamentos levam o paciente a se esquivar dos atendimentos fora dos centros especializados, temendo serem excluídos. Também nesse mesmo estudo, sentimentos de ansiedade, angústia e impotência foram relatados pelos profissionais de saúde que atendiam os soropositivos, mostrando não estarem prontos para lidar com lacunas da sexualidade, uso de drogas e finitude. Os profissionais de saúde assinalaram ainda a necessidade de compreensão da complexidade sociocultural que cada usuário está imerso, levando em consideração o seu repertório de crenças e atitudes, bem como o respeito por seu estilo de vida, raça e orientação sexual como principais elementos para se endossar uma relação de confiança no trato em HIV/aids (Sadala & Marques, 2006).

Isto posto, destaca-se que o cuidado em saúde transcorre pelas diferentes crenças dos atores envolvidos nesta relação, sejam os profissionais, sejam os próprios usuários dos serviços;

e as crenças que os profissionais das redes de acesso em saúde possuem acerca da aids estão imersas em suas práticas de cuidado e prevenção à população assistida. A própria história da aids apresenta um intenso processo de preconceito frente às pessoas soropositivas, assinalando as crenças de toda uma população somadas às ações de saúde voltadas à epidemia como consequência.

CAPÍTULO III

O ESTUDO DO PRECONCEITO NA PSICOLOGIA SOCIAL

4.1 BASES TEÓRICAS ACERCA DO PRECONCEITO NA PSICOLOGIA SOCIAL

A sociedade brasileira, apesar de reconhecida internacionalmente pela mistura de raças, cultura e etnia, não é considerada de fácil acesso para tratar dos temas *preconceito* e *discriminação*. De acordo com Lima (2011), tais temas são de difícil reconhecimento nas discussões cotidianas, sendo evitados por muitos tanto nos ambientes privados quanto nos sociais. Alguns indivíduos chegam até a questionar: “eu? Eu não sou preconceituoso!” ou “Eu não tenho discriminação!”, como se a questão não fosse um problema daquele que fala, mas apenas do outro, seja o outro a vítima ou o causador (Pérez-Nebra & Jesus, 2011).

Para o sociólogo Fernandes (1960), o brasileiro tem “o preconceito de ter preconceito”, e independente do caráter incivilizado do tema, as manifestações do preconceito e discriminação no Brasil sempre existiram, pois basta nos voltarmos aos grupos étnicos marcados por três séculos de escravidão e apenas um século sem o regime escravocrata, que veremos sinais iminentes desses fenômenos (Fiske & Taylor, 2008; Guimarães, 2006). O problema está na naturalização dessas manifestações, que por vezes tão agressivas, passam despercebidas por *outrem*, enquanto ferem homossexuais, negros, mulheres, PVHA, doentes mentais, índios, obesos, idosos, umbandistas e demais pertencentes às minorias sociais.

Vale ressaltar que o caráter primitivo dos temas em questão tem algumas alusões históricas. No ano de 1930, o sociólogo pernambucano Gilberto Freyre em seu livro *Casa Grande e Senzala* designou um mito sobre a identidade nacional brasileira, uma vez que trazia na obra uma visão idílica das relações raciais, sendo assinaladas pela miscigenação de raças, luso-tropicalismo e cordialidade (Freyre, 1933/1986). Muito embora nesta época o preconceito racial no Brasil já se expressasse de forma velada e condicionada pela norma antirracista desde

o final da escravidão, o mito da democracia racial se instituiu e provocou um impacto acentuado, não apenas no cotidiano dos brasileiros, mas também na produção científica (Fernandes, 1960; Telles, 2014).

A produção na Psicologia foi uma das mais afetadas, pois, praticamente não se encontram trabalhos sobre tais temas no Brasil até o início dos anos 90. No que se refere às políticas afirmativas, desde 1950 que elas existem na Índia e nos EUA, todavia, no Brasil, somente a partir da década de 90 houve o reconhecimento da necessidade por parte do Governo Federal. Dessa forma, as crenças “recém-chegadas” e as discussões mal proferidas no assunto não poderiam ser diferentes para o cidadão comum (Telles, 2014). Para Chauí (2010), o mito da democracia brasileira é alicerce no imaginário social.

Contudo, embora no Brasil a autenticidade nessas questões tenha demorado a fluir, ao redor do mundo o preconceito já vinha levantando explicações desde 1920. Os Estados Unidos se estabeleceram como um Estado de direito a explicar a desigualdade a partir de características imanentes. Deram ênfase as inquietações sociais e políticas acerca de visões do mundo e do homem que começaram a surgir com a “psicologia das raças” que apoiava as hierarquias raciais, tendo o apoio da psicologia com os testes de inteligência (Duckitt, 1992; Guimarães, 2006).

Na década de 30 o preconceito passou a ser analisado como irracional, e consequentemente foi se fundando em um problema de pesquisa. A partir de 1940, sob a influência da psicanálise, o preconceito passou a ser entendido como uma defesa inconsciente, sendo visto nos processos universais. Já em 1950 os estudos focaram nas diferenças individuais, e em decorrência do holocausto surgiram indagações sobre o que torna as pessoas abertas ao preconceito (Lima, 2011).

Deste modo, entre os anos de 1930 e 1950 a psicologia se preocupava mais com os elementos individuais dos fenômenos, pois ela precisava ser identificada enquanto verdadeiramente científica e como disciplina independente. Logo, não se debruçava nos

construtos mentais não observáveis/mensuráveis, levando em conta tão somente o comportamento humano observável em laboratório. O resultado foi uma psicologia focada nas cognições do indivíduo e puramente experimental (Belo, Souza & Camino, 2010). Em decorrência desse contexto, no começo do século XX, as teorias sobre a natureza do preconceito caracterizaram-se por enfatizar mais os processos intraindividuais ou intrapsíquicos e interpessoais (Ferreira, 2011).

No começo dos anos 60 apreendeu-se que o paradigma das diferenças individuais não era suficiente para esclarecer o preconceito em contextos sociais como o da África do Sul, por exemplo, onde expressões de intolerância eram acirradas, bem como o conflito racial. Num contexto onde uma sociedade completa parecia ser racista, explicações arroladas na personalidade ou em termos psicológicos não eram convincentes. Logo, a Psicologia Social demonstrando maior inquietação com a estrutura social, se intensificou na Europa, e as explicações do preconceito deslocaram-se então do eixo das diferenças individuais para os fatores culturais, às relações intergrupais e às normas sociais (Ferreira, 2011; Tavares, 2012). Tal cenário demonstra a complexidade do fenômeno social aqui estudado.

Buscava-se assim, entender, se o preconceito era produto de uma personalidade preconceituosa ou se era proveniente de diferentes normas e influências culturais ou os dois. Questionava-se como as normas socioculturais influenciavam o preconceito, o que deu base para na década de 70 ele ser visto como uma expressão de interesses grupais (Lima, 2011).

Nesse contexto, a partir dos anos 80, o caráter universal e inevitável do preconceito nos conflitos culturais e intergrupais inclinou às análises deste construto em duas vertentes da psicologia social: a psicológica, que dá ênfase aos fatores psicológicos intraindividuais, especialmente os aspectos cognitivos automáticos e conscientes que levam à processos de categorização e aos estereótipos, por exemplo. E por outro lado, a vertente sociológica, que dá ênfase aos processos sociais de inclusão e exclusão para entendimento do preconceito, bem

como busca explicações sobre os conflitos sociais e embates ideológicos para o entendimento da discriminação (Duckitt, 1992; Rivera, 2009).

Tido como referência no entendimento do fenômeno do preconceito, o psicólogo estadunidense Gordon Allport (1962) certificou que é errôneo atribuir ao preconceito e a discriminação uma única gênese, seja ela o medo, a estranheza, a antipatia, os costumes, conflitos sociais, a crise econômica ou quaisquer outras. A discriminação foi tradicionalmente definida por ele como um comportamento negativo ou um conjunto de ações programadas contra um grupo, baseadas em julgamentos prévios sobre a natureza supostamente negativa dos membros desses grupos. O preconceito é, no caso, um desses julgamentos prévios, podendo se sustentar de todas àquelas etiologias, sejam elas baseadas em categorias intrapsíquicas, individuais ou de vasto alcance sociológico.

Diante deste panorama, Doise (2002) em seu artigo intitulado “Da psicologia social à psicologia societal”, colaborou de maneira significativa com a construção desta perspectiva quando afirmou que o objeto da Psicologia Social foi continuamente, articular explicações de ordem individual com explicações de ordem societal; de mostrar como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e, de maneira complementar, como dinâmicas sociais, particularmente interacionais ou de valores e de crenças gerais, pautam o funcionamento desses processos. Dito isto, atenta-se que na finalidade de situar o estudo desse fenômeno na história da psicologia social, existe na literatura uma ampla gama de definições e teorias acerca do preconceito, com diferentes apreensões, trazendo desde perspectivas individuais até explicações mais societais (Tavares, 2012). Tais teorias explicativas podem ser classificadas e entendidas de acordo com os níveis de análise de Doise (1982) das explicações dos fenômenos sociais: nível intraindividual, interindividual, intergrupar e societal, os quais serão abordados detalhadamente a seguir, a partir das teorias psicossociológicas presentes dentro de cada nível (Duckitt, 1992; Lima, 2011).

a) Teorias Intrapsíquicas e Interindividuais: aspectos psicológicos e da personalidade

Neste primeiro nível, o intraindividual, estão as teorias que explicam o preconceito com base nas dinâmicas psicológicas ou da personalidade do indivíduo; e no nível interindividual se destacam os aspectos ligados às relações que ocorrem entre um indivíduo e outro indivíduo em uma dada situação. De maneira geral, estas teorias propõem a explicação dos conflitos entre grupos com base na redução dos fenômenos sociais ao nível dos processos cognitivos básicos, eliminando fatores culturais e históricos relevantes para a apreensão da realidade (Falcão, Maracaípe, Pereira & Torres, 2004).

Assim, no nível de análise intrapsíquico, o preconceito era apreendido ora como consequência de uma frustração que implicaria em agressão e comportamentos hostis (Dollard, Doob, Miller, Mower & Sears, 1939), ora de uma personalidade autoritária resultante de processos de repressão das necessidades de socialização (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950), ora de uma "mente fechada", advinda da dificuldade de tratar novas e diferentes informações devido à rigidez cognitiva (Rokeach, 1960), e, por último, o preconceito ainda poderia ser uma resultante do contato estabelecido entre indivíduos ou grupos (Allport, 1962). Estas teorias serão brevemente explanadas a seguir.

A teoria da Frustração-Agressão (F-A) de Dollard *et al.* (1939) surgiu no final da década de 1940 e analisou as condições históricas de humilhação política e frustração econômica dos alemães depois da Primeira Guerra Mundial, concluindo como cerne da teoria que foram essas condições que produziram o antissemitismo da Segunda Guerra Mundial (Lima, 2011).

As primeiras formulações da hipótese da F-A apontavam que a agressão é sempre precedida de uma frustração, e a frustração produz, por sua vez, alguma forma de agressão no organismo. Dessa forma, o organismo agrediria para descarregar a energia psíquica represada, como numa “catarse” (Lima, 2011). A frustração era definida, segundo Berkowitz (1989), por um estado interno individual provocado pela interrupção de um comportamento emitido com a

intenção de conseguir um objetivo afetivamente importante; a agressão, por sua vez, era considerada como qualquer ato capaz de fazer mal a outro organismo.

Na década de 40, Hovland e Sears desenvolveram o principal suporte empírico para essa hipótese da F-A, ao analisarem os linchamentos provocados contra negros no Sul dos Estados Unidos nas últimas décadas. Eles concluíram que quando os agricultores brancos se sentiam frustrados com o preço baixo do algodão, encontravam nos trabalhadores negros a sua descarga catártica no alto número de linchamentos (Lima, 2011).

Contudo, apesar desta teoria ter se tornado principal marco teórico que inspirou a pesquisa experimental acerca da agressão, o foco da hipótese da F-A para explicar o preconceito foi questionado em vários aspectos, haja vista que o ponto central da teoria não era o preconceito em si, mas sim checar as causas da agressão, enfatizando a natureza instintiva dos impulsos agressivos (Álvaro & Garrido, 2007). Berkowitz e Bandura comprovaram que nem sempre a frustração determina a agressão e que muitas vezes a agressão que decorre do outro vem sem frustração prévia. Assim, as explicações começaram a considerar que não apenas a frustração subjetiva, isto é, o sentimento de ter sido frustrado, que pode produzir a agressão, uma vez que de uma forma geral, outros sentimentos negativos podem ocasionar violência e preconceito (Hogg & Vaughan, 1998).

Complementando esta crítica, Álvaro e Garrido (2007) discordam que a agressão é a resposta natural diante da frustração, pois se assim o fosse, o comportamento intergrupar seria emocionalmente orientado pela frustração ao invés de ser meta-dirigido. Para Pereira (2004), o ajuste desta teoria para explicar o preconceito se dá na hipótese do “bode expiatório”⁴, pois indica que quando os indivíduos ou grupos são frustrados tendem a voltar sua agressividade para grupos diferentes dos seus, de poder inferior e rejeição maior por parte do indivíduo ou

⁴A hipótese do bode expiatório foi formulada por Dollard *et al.* (1939) no contexto da Teoria da Frustração-Agressão, onde a diferenciação intergrupar seria produto do deslocamento da hostilidade produzida pelas frustrações inerentes à vida, sobre categorias sociais que, pelo seu status na sociedade, não podem rebater adequadamente.

grupo frustrado. Ademais, outra crítica recai na atribuição do caráter universal e transcultural a hipótese, bem como a desconsideração das características de personalidade dos indivíduos (Pereira, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial, com a pretensão inicial de entender como foi possível tamanha adesão ao nazi-fascismo, e depois para o entendimento do preconceito contras as minorias sociais e sua relação com a ideologia e a personalidade, Adorno, influenciado por Freud, começou a analisar o preconceito e este agora sendo considerado como consequência de uma estrutura relacional da personalidade formatada na primeira infância. Deste modo, o preconceito passou a ser visto como a expressão de uma necessidade interna gerada por uma personalidade basicamente patológica, o que deu origem a teoria da Personalidade Autoritária (TPA) (Adorno *et al.*, 1950).

Diferentemente da hipótese da F-A que põe sua ênfase nos processos psíquicos, a TPA fundamenta-se nas estruturas de personalidade que geram o preconceito e traz que uma pessoa discrimina outra por possuir um traço de personalidade autoritário que se define por um conjunto de características que abarcam obediência e respeito excessivos às figuras de autoridade, intolerância à ambiguidade, falta de realização pessoal e necessidade pelo controle das situações (Lima, 2011). Para Adorno *et al.* (1950), esses traços seriam armazenados na personalidade desde a infância e a tornariam, quando adulta, passível aos apelos do racismo.

Devido à influência das ideias psicanalíticas Adorno pensava que o desenvolvimento da personalidade autoritária envolvia necessariamente alguma repressão e o redirecionamento das pressões agressivas por força dos constrangimentos da vida social. Logo, a personalidade que se disciplina em ambientes austeros e severos levaria o indivíduo ainda na infância à transferência dos impulsos agressivos contra os pais para outros alvos considerados inferiores e pertencentes aos grupos minoritários, tais como, judeus, negros, homossexuais e etc. (Barros, Torres & Pereira, 2009).

Então, a teoria acreditava que apenas pessoas com disfunções ou distúrbios de personalidade poderiam tolerar ou participar das atrocidades do nazismo, mas que esses “distúrbios de personalidade” eram socialmente produzidos (Adorno *et al.*, 1950). Este é o ponto principal de diferença entre esta teoria e a da Frustração-Agressão, uma vez que esta desloca o impulso agressivo do “bode expiatório” (alvo fraco), para um alvo justificável (Pereira, Vala & Costa-Lopes, 2010). Logo, embora sua ênfase esteja na personalidade individual, a TPA é, talvez, a primeira teoria psicossocial que busca articular os fatores políticos, sociais e econômicos com os psicológicos na análise do fenômeno (Lima, 2011). Nessa perspectiva, Rivera (2009) aponta que o conjunto de valores políticos e sociais de uma pessoa seria a expressão de fortes tendências de sua personalidade.

Apesar da sua tentativa de articular noções do âmbito social com as do âmbito psicológico, a TPA recebeu várias críticas, uma vez que a literatura admite que a origem do preconceito não habita em qualquer particularidade ou disfunção da personalidade, mas nas normas sociais dominantes em cada lugar e momento histórico (Álvaro & Garrido, 2007; Barros *et al.*, 2009). Na década de 1950 o pesquisador Thomas Pettigrew (1958) realizou um estudo comparativo entre os racismos da África do Sul e do Sul dos EUA, concluindo que apesar do racismo ser mais frequente entre os brancos da África do Sul do que entre os dos EUA, eles não diferiam em termos de personalidade autoritária. Além disso, Crisp e Turner (2013) ressaltam a dificuldade da teoria em explicar a partir da educação autoritária, por exemplo, o fato de todo um grupo expressar preconceito em relação a um exogrupo.

Em 1960 o psicólogo social Rokeach deu abertura a teoria da Mente Fechada, a qual segundo Duckitt (1992) causou certa falta de consenso entre os autores ao classificar esta teoria em algum nível de análise proposto por Doise (1982), uma vez que ao mesmo tempo em que é considerada uma teoria psicológica e intrapessoal (Tavares, 2012), aponta para estruturas

cognitivas como crenças e valores sociais, sendo situada também no nível intergrupal de análise (Rivera, 2009).

A teoria da Mente Fechada foi pioneira em explicar a percepção das diferenças culturais na justificação do etnocentrismo; onde o próprio grupo do indivíduo é tido como centro de tudo e todos os outros grupos são pensados através dos seus modelos e valores. Desta forma, a causa do etnocentrismo seria um modo de relacionar-se com o meio ambiente, em que num extremo se situam os indivíduos com dificuldades para aceitar e entender posicionamentos e valores diferentes dos seus, isto é, pessoas de mente fechada (*closed mind*); e na outra ponta se situam os indivíduos que são tolerantes a valores diferentes dos seus, ditas “mentes abertas” (*open mind*) (Rokeach, 1960).

Além disso, Rokeach e Rothman (1965) acrescentaram a esse aspecto que indivíduos tendem a valorizar uma determinada crença, subsistema ou sistema de crenças na proporção do grau de semelhança com os seus próprios sistemas de crenças; e tendem a valorizar as outras pessoas na proporção do grau em que essas outras oferecem crenças, subsistemas ou sistemas de crenças em harmonia com os seus. De acordo com Rivera (2009), nesse ponto de vista a percepção das diferenças entre os valores culturais estaria subjacente ao preconceito.

Por conseguinte, indivíduos de mentes fechadas ou intolerantes à incongruência de crenças avaliarão o grupo de forma negativa uma vez que o percebam com um compartilhamento de crenças e valores distintos. Um exemplo que ilustra bem seria a origem do preconceito racial, que não estaria na percepção das diferenças raciais, mas sim na percepção de diferenças em crenças e valores relevantes ao grupo. Logo, os membros de grupos majoritários sentem orgulho deles, assumem que a sua forma de pensar é natural e correta, protegem o seu próprio grupo, e agem de forma hostil contra os membros de outras tribos.

Ainda nessa perspectiva, no ano de 1954, Gordon Allport em seu livro nomeado *The nature of prejudice* desenvolveu importantes traçados sobre o estudo do preconceito

conceituando-o como uma atitude negativa em relação a uma pessoa baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas a um grupo socialmente desvalorizado ou a um indivíduo por ser parte deste grupo. De tal modo, o preconceito é entendido como uma antipatia baseada numa generalização falha e inflexível, que pode ser apenas sentida ou claramente verbalizada e expressada. Neste contexto, considerando que existem vários grupos desvalorizados, podem-se ter tantos tipos de preconceito quantos pertencimentos a grupos minoritários na estrutura de poder (Lima, 2011; Pereira, Torres & Almeida, 2003).

Para Allport (1962), o preconceito é resultado de um processo cognitivo-emocional formado por dois componentes: um *cognitivo*, associado à generalização categorial falha e inflexível, e um *disposicional*, referente ao sentimento negativo expresso por antipatia, hostilidade e aversão que influenciaria no comportamento discriminatório. Assim, de início a pessoa age de maneira preconceituosa porque nota o objeto do preconceito de uma determinada forma; contudo, ela percebe desta forma porque possui uma determinada estrutura de personalidade e dinâmica cognitiva. A personalidade seria assim porque foi estabelecida ou socializada de um modo determinado. A estrutura social, a cultura, a família, o trabalho e os contextos históricos de cada grupo, são também fatores que incumbem nessa socialização e que resultam na formação do preconceito, e esta, por sua vez, é retroalimentada ou alterada pelo que produz, em um movimento dialético (Lima 2011).

Neste ínterim, merece destaque a proposta mais clássica da psicologia advinda de Allport (1962), nomeada de a *hipótese do contato*. Aqui se propõe que o contato entre os membros dos grupos pode, excetuando-se algumas condições, reduzir ou acabar com o preconceito e da discriminação. Portanto, o contato interpessoal entre membros de distintas categorias sociais pode cooperar para uma diminuição do preconceito, haja vista que este contato pode impedir a generalização de todos os membros de uma determinada categoria minoritária do conjunto de características normalmente negativas que lhe são atribuídas,

promovendo, deste modo, a diluição do preconceito. A influência dessa hipótese foi tão grande em 1954 que fundamentou a decisão da Suprema Corte Norte-Americana de segregar as escolas.

Foram demarcadas ainda por Allport (1962) quatro condições essenciais em que os efeitos positivos do contato intergrupar ocorrem, a saber: os grupos possuam *status* igual na interação, isto é, membros de minorias envolvidos no contato deverão ter posição igual ou superior à posição dos membros da maioria; desenvolvam atividades de cooperação com objetivos comuns; as relações sejam próximas e personalizadas; e por fim, o apoio das autoridades e normas para o contato (Pettigrew, 1998). Em análise realizada por Pettigrew, Tropp, Wagner e Christ (2011) em que foram considerados os avanços desta teoria, constatou-se que essas condições facilitam o efeito positivo do contato, mas não são condições necessárias.

Ainda nessa perspectiva, Pettigrew e Tropp (2006) realizaram uma metanálise, em primeira instância para entender encontros raciais e étnicos, e depois foi estendida sobre a relação do contato intergrupar com o preconceito. A partir de 515 estudos foi então constatado que em 94% dos casos o contato reduz o preconceito. Os teóricos apontam a necessidade de trabalhos futuros que explorem os fatores negativos que impedem o contato intergrupar de diminuir o preconceito.

Por fim, cabe referir a dificuldade de enquadrar a teoria proposta por Allport dentro de algum nível de análise proposto por Doise, uma vez que Allport transparece uma perspectiva intraindividual e psicológica do preconceito, ao pontuá-lo como uma generalização falha e uma condição cognitiva que se expressa através de sentimentos hostis frente a uma pessoa, ou como uma antipatia sentida como emoção e manifestada no comportamento (Belo *et al.*, 2010). No entanto, devido à hipótese do contato, Rivera (2009) situa esta teoria no nível interindividual de análise, pois quanto maior o contato entre indivíduos do intergrupo, menor preconceito será

manifestado. O nível societal de análise também aparece nas investigações de Allport, quando ele assinala que uma das condições para que o contato intergrupar promova a diminuição do preconceito provém do apoio da cultura, leis ou autoridades. Isto posto, nota-se que as ideias de Allport entusiasmaram vários estudiosos sobre o preconceito, destacando-se de maneira extremamente relevante na Psicologia Social.

Na próxima seção encontram-se as teorias situadas nos níveis intergrupar e societal de análise, as quais explicam o preconceito com base nos fatores intergrupais e socioculturais.

b) Teorias Intergrupais e Societais: contextos históricos, culturais e sociais

Na seção anterior, de forma geral, foram discutidas as teorias que explicam os conflitos entre indivíduos a partir da redução dos fenômenos sociais ao nível dos processos cognitivos básicos, excluindo fatores históricos e culturais que se mostram importantes para a compreensão da realidade (Falcão, Maracápe, Pereira & Torres, 2004).

Nesta seção veremos que o percurso teórico de compreensão do fenômeno do preconceito perpassa não apenas impulsos, ideias, crenças e atitudes preconceituosas, mas também as construções econômicas, políticas e sociais, bem como os processos de legitimação e justificação estimulados por esses mecanismos (Rex, 1992). Com base nisto, esta análise aponta para uma inquietação com a construção das relações de exclusão e discriminação nas quais se situam os grupos, sobretudo os minoritários (Costa Júnior, 2013).

No nível intergrupar de análise são pontuadas as relações que os grupos sociais mantêm com os outros grupos, explicando os fenômenos sociais com base na identificação que os indivíduos têm com esses grupos. Já no nível societal ou ideológico situam-se as explicações fundamentadas nas ideologias da forma como os grupos sociais se relacionam, sendo perceptível que mais do que um mecanismo de exploração e legitimação, o preconceito admite organizar a sociedade de forma que os grupos se percebam na estrutura social numa posição

adequada e legítima e produz práticas e retóricas sociais que legitimam as assimetrias de poder entre os grupos (Pereira, 2004; Miles, 1989).

Historicamente, as décadas de 60 e 70 carregaram a ênfase dos aspectos históricos, culturais e sociais nos estudos do preconceito, enfatizando-se o caráter normativo deste construto especialmente em sociedades altamente preconceituosas, como o sul dos Estados Unidos que se destacou pelo nível elevado de racismo (Pettigrew, 1959). Nesse sentido, a imagem influente do preconceito passou a ser então a de uma norma, mas não no sentido de leis fomentadas por autoridades, e sim enquanto costumes e crenças incorporados no ambiente social de maneira informal, sendo geralmente motivados por um nível de consenso. Neste contexto, o desafio passou a ser compreender como as atitudes preconceituosas e discriminatórias são motivadas por essas normas, sendo apontados processos de conformidade e socialização (Duckitt, 1992).

O psicólogo social Muzafer Sherif (1935), interessado pelo estudo dos grupos, constatou que as pessoas em situação de grupo constroem facilmente padrões comuns de resposta. Estes padrões seriam mantidos mesmo quando testados individualmente, porém, o inverso não acontece, isto é, os padrões individuais não são mantidos em grupo. Pessoas testadas isoladamente tendem a construir padrões individuais de resposta, diferentes de pessoa a pessoa, padrões que manteriam em situações seguintes. O grupo seria, assim, um fator importante na construção das normas que as pessoas utilizam para guiar o seu comportamento.

Neste prisma, na década de 60, Sherif e colaboradores (Sherif &, 1969; Sherif, Harvey, White, Hood & Sherif, 1961), indo, de certo modo, de maneira contrária ao pensamento hegemônico da Psicologia Social norte-americana, realizaram três clássicos experimentos de campo, denominados de “Os estudos das colônias de férias”. Inicialmente, houve a divisão dos participantes em dois grupos distintos e separados, de maneira que impossibilitasse a interação entre eles. A partir deste momento já surgiram normas próprias em cada grupo. Em seguida, foi

instituído um conflito entre os grupos através do arranjo de atividades esportivas. A finalidade desta fase foi promover alterações comportamentais a partir do favorecimento do grupo de pertença. E finalmente, na última etapa, ocorreu a diminuição deste conflito mediante atividades de cooperação.

Como conclusão do experimento, Sherif *et al.* (1961) notaram uma considerável diminuição de comportamentos agressivos e favoritismo pelo grupo de pertença, levando a cooperação entre os grupos; e concluíram que o favoritismo quanto aos membros do próprio grupo e a discriminação dos membros do exogrupo eram resultantes do conflito de interesses. Foi visto também que a hostilidade existente entre grupos não pode ser aplicada tão somente a traços de personalidade dos membros de cada grupo, mas às características objetivas que a relação intergrupal possui, sobretudo, as condições de conflito real entre os grupos (Álvaro & Garrido, 2007).

No entanto, na década de 70 e 80 as pesquisas desenvolvidas por Tajfel, Billig, Bundy e Flament (1971) sobre as bases cognitivas do preconceito, se dirigiam, de certo modo, a contestar as ideias centrais de Sherif, uma vez que apontaram que o simples conhecimento da afiliação a um grupo bastava, e que o conflito não era necessário para que a pessoa discriminasse os membros de outros grupos e favorecesse os membros do seu grupo. Na tentativa de confirmar essa hipótese, Tajfel desenvolveu algumas pesquisas que ficaram conhecidas como o *paradigma do grupo mínimo*.

Os trabalhos do grupo de Tajfel (1982) fizeram uso de processos psicológicos estritamente individuais, a exemplo da comparação social e autoestima, para esclarecer um fenômeno social complexo como o da identidade social, que explica a disposição que as pessoas possuem de beneficiar sistematicamente membros de seu grupo, com vistas a promover ou reforçar sua identidade, até mesmo em ocasiões em que não há conflito com outros grupos. Assim, nota-se que a diferenciação intergrupal não é consequência de um conflito de interesses,

mas sim da necessidade que o indivíduo tem de dar significado à situação intergrupar de maneira que a sua identidade social fique assegurada, potencializando-se ou criando-se discrepâncias entre os grupos (Álvaro & Garrido, 2007).

Nessa perspectiva, a simples consciência da presença de um exogrupo é suficiente para provocar respostas intergrupais competitivas ou discriminatórias (Duckitt, 1992). Pode-se citar como exemplo hipotético deste fenômeno o fato de profissionais de saúde apresentarem maior disposição a discriminar às PVHA na tentativa de favorecer ou proteger o seu endogrupo e reforçar sua identidade. Dessa forma, eles podem maximizar as diferenças entre os grupos, alegando o seu acesso à informação como fator de proteção ao vírus, e apontando as PVHA, por sua vez, como desinformadas.

Com efeito, Tajfel (1982) acrescenta que os indivíduos são motivados a buscar e a nutrir uma identidade social positiva, a qual cooperaria para um sentimento de autoestima positiva. Para Pereira *et al.* (2003), quanto maior o sentimento de identificação com um determinado grupo, maior seria a disposição do indivíduo de discernir entre o endogrupo e os exogrupos para sustentar uma identidade social positiva.

A inovação desta análise está em expandir a investigação de aspectos micro para macro, compreendendo elementos outrora ignorados e fornecendo uma perspectiva potente, inovadora e notoriamente psicológica para a assimilação de problemas sociais significantes (Costa Júnior, 2013). Neste panorama, o preconceito e a discriminação intergrupais passaram a ser idealizados como um produto inevitável da categorização cognitiva naturalizada e universal, que trabalha de modo a simplificar a complexidade do mundo social que cerca o indivíduo. O desafio tornou-se, então, descobrir como este processo cognitivo basicamente automático e habitual determina elementos intergrupais como conflitos, estigmas, preconceitos e discriminação.

Entretanto, essa perspectiva cognitivista foi vista como uma abordagem limitada por Duckitt (1992), uma vez que não provê uma explicação na íntegra do preconceito nas relações

intergrupais. Ademais, ao defender o viés intergrupar como consequência da necessidade do indivíduo de alcançar e manter uma identidade social positiva, Pereira *et al.* (2003) concorda que Tajfel caiu no mesmo reducionismo psicológico que se aponta nas teorias da frustração-agressão e da personalidade autoritária. Isto posto, nota-se que a relação de que se funda entre o endogrupo e o exogrupo não se dá num vácuo social, pois também depende das relações intergrupais históricas, políticas e culturais estabelecidas.

Vale salientar que aqui não se pretende negar o caráter subjetivo do preconceito, pois embora se perceba que este faz parte de processos mais amplos, não se quer dizer que ele não possua sua própria dinâmica psicológica; porém, busca-se enfatizar a função política dessa disposição psicológica. Deste modo, o entendimento do preconceito exige ainda, no nível societal das relações de poder dentro de uma sociedade, uma análise em termos do funcionamento da sociedade (Falcão *et al.*, 2004; Fernandes, Costa, Caminho & Mendoza, 2007). Nesta lógica, os preconceitos não se constituiriam apenas enquanto conjuntos de sentimentos, antipatias, crenças negativas e distorcidas sobre grupos sociais, mas estariam basicamente relacionados aos comportamentos e às práticas discriminatórias frente a membros dos grupos sociais por pertencerem a esses grupos (Lima Nunes & Camino, 2011).

Partindo desta ótica, tem sido concebida uma abordagem mais societal para a interpretação do preconceito nas relações intergrupais, a qual situa o viés do endogrupo e o preconceito com o exogrupo no quadro característico dos conflitos ideológicos que se estendem numa sociedade. Além disso, acrescenta explicações que enfatizam as relações de poder entre os grupos, onde aparecem ideologias que justificam as disparidades sociais existentes (Lacerda, Pereira & Camino, 2002; Lima Nunes & Camino, 2011; Pereira *et al.*, 2003). Essa abordagem explica o favoritismo endogrupal não mais enquanto motivações psicológicas, mas como resultado da própria dinâmica das relações de poder entre os grupos, diferenciando-se, assim,

da base motivacional proposta por Tajfel (1982). Neste contexto, Pereira *et al.* (2003, p. 97-98) define o preconceito enquanto:

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. Nesse sentido, os discursos ideológicos, ao apresentarem as características psicossociais que organizam os processos cognitivos e afetivos, justificam as diferenças sociais existentes e dão suporte aos processos de exclusão social. Assim, a compreensão dos preconceitos sociais passa pela análise de como as representações ideológicas se expressam nas teorias de senso comum sobre a natureza dos grupos sociais.

Contribuindo com a argumentação, Camino, Silva, Machado e Pereira (2001) apontam que o preconceito pode ser considerado como uma forma de relação intergrupar que se constrói dentro da dinâmica de exclusão social, e assim, no processo das relações de dominação entre grupos elaboram-se ideologias negativas e discriminatórias frente a membros de um grupo, pelo fato de fazerem parte desse grupo. De fato, pesquisas usando medidas implícitas das atitudes sociais apontam as pessoas avaliando negativamente os grupos sociais percebidos como minoritários (Fernandes *et al.*, 2007; Pereira & Vala, 2011).

Vale referir que a ideologia aqui é apreendida como uma construção mental justificadora que embora siga o conjunto de leis psicológicas dos sistemas afetivos e cognitivos, tais como os processos de categorização e o de construção de estereótipos, nasce nas condições objetivas e concretas das relações de poder (Camino *et al.*, 2001; Lacerda *et al.*, 2002). Com efeito, Lima, Machado, Ávila, e Vala (2006) consideram então que as ideologias ou normas sociais determinam a direção e o conteúdo do preconceito numa sociedade, uma vez que são assimiladas como regras implícitas e explícitas que designam condutas.

Portanto, os preconceitos sociais são entendidos à medida que se analisa os discursos ideológicos que se expressam nos estereótipos e nas crenças causais essencialistas acerca da natureza dos grupos sociais; ou seja, os estereótipos e as crenças voltados a um determinado grupo social são firmados em ideologias e normas sociais. As normas culturais formam as

crenças e atitudes, de forma que é a cultura que dá um caráter social para os processos intrapsíquicos e automáticos. Logo, determinadas normas sociais ou ideologias podem agir favorecendo ou dificultando a expressão do preconceito, bem como operam no desenvolvimento de estereótipos e crenças, elementos que tem a função de justificar e legitimar o preconceito e a discriminação. (Allport, 1962; Lima & Vala, 2004a; Pereira & Vala, 2011).

Em meados do século XX houve um fluxo de relevantes mudanças sociais e políticas que convergiram para o estabelecimento de normas sociais que evitam a expressão do preconceito de forma aberta e direta, tornando este fenômeno antinormativo. Como atenuantes dessas mudanças pode-se nomear a crítica ao regime nazifascista, a Declaração dos Direitos Humanos em 1948, a condenação da UNESCO às classificações raciais em 1950, as lutas pelos direitos civis nos EUA e vários movimentos sociais importantes na Europa que resultaram em legislações mais elaboradas (Costa-Lopes, Dovidio, Pereira & Jost, 2013; Lima & Vala, 2004b; Pereira & Costa-Lopes, 2012).

Deste modo, nas últimas décadas, um conjunto de teorias dentro da perspectiva societal tem tentado explicar essas “novas” formas de expressão do preconceito e da legitimação das desigualdades sociais na estratificação da vida social. Dentre as principais destaca-se aqui: o *racismo aversivo* nos EUA (Gaertner & Dovidio, 1986), a teoria da *justificação do sistema* elaborada por Jost e Banaji (1994), a teoria da *dominância social* (Sidanius & Pratto, 1999), o *preconceito sutil* na Europa (Pettigrew & Emeritense, 1995) e a *discriminação justificada* (Pereira, Vala & Costa-Lopes, 2010; Pereira & Costa-Lopes, 2012). O ponto em comum neste conjunto de teorias é a ideia de que a discriminação aberta, a qual aponta crenças ao minimizar o grupo discriminado e rejeita o contato íntimo com os membros deste grupo, está sendo substituída por maneiras mais indiretas e sutis de discriminação (Camino *et al.*, 2001).

De acordo com Gaertner e Dovidio (1986), o quadro do racismo aversivo se caracteriza pela integração dos valores igualitários no autoconceito dos indivíduos, repercutindo na ação

por meio de apoio direcionado a grupos desfavorecidos e a presença de afetos e crenças negativas, que necessitam ser negadas. Nestas circunstâncias, os racistas aversivos podem se envolver em comportamentos que, em última instância prejudicam as minorias, mas de maneira que lhes permita manter a autoimagem de que não são preconceituosos e possa isolá-los de reconhecer o seu comportamento como ilegítimo. Um exemplo que pode ilustrar este caso é o dos americanos brancos que possuem fortes valores igualitários, mas que vivenciam uma ambivalência que resulta do conflito entre crenças associados a valores igualitários e ao mesmo tempo sentimentos negativos em relação aos negros, geralmente desconforto, medo e ansiedade (Lima & Vala, 2004).

Segundo a Teoria da Justificação do Sistema elaborada por Jost e Banaji (1994), as pessoas são motivadas a defender, justificar e reforçar os aspectos do status quo, incluindo os sistemas sociais, econômicos, políticos e instituições existentes. Este quadro se concentra nos processos sociais e psicológicos pelos quais as pessoas - como indivíduos e como membros de grupos - legitimam as instituições e os programas na sociedade, muitas vezes chegando a ver a desigualdade social não só como legítima, mas também como natural e necessária. Pereira & Vala (2011) afirmam que a motivação para a justificação do sistema pode levar as pessoas a acreditar, por exemplo, que a pobreza de um grupo e o sucesso de outro é natural e coerente, justificando a manutenção do status quo ao invés de questionar a legitimidade do sistema que causou as desigualdades entre os grupos. Conforme Jost e Toorn (2012) observaram:

System justification motivation is theorized to manifest itself in a number of different ways (e.g., in terms of stereotyping, ideology, attribution), to occur implicitly (i.e., nonconsciously) as well as explicitly, and to serve underlying epistemic, existential, and relational needs (p. 313).

Neste âmbito, os autores consideram que as ideologias que justificam o sistema são instrumentos potencialmente poderosos para legitimar a desigualdade, a perpetuação das disparidades sociais e manter o apoio para o status quo. E os sistemas sociais que os indivíduos estão motivados para justificar podem ser pequenos em tamanho e escopo, como (a nível mais

micro de análise) díades de relacionamentos e unidades familiares, ou eles podem estender às organizações, instituições e hierarquias de status formal e informal, ou (nível mais macro de análise) até mesmo nações inteiras ou sociedades (Costa-Lopes *et al.*, 2013; Jost & Banaji, 1994).

Atenta-se aqui para um ponto na problemática lançada neste estudo acerca do preconceito dos profissionais de saúde frente às PVHA, uma vez que esses profissionais inseridos num sistema macro (redes de atenção em saúde, seja básica ou especializada) incorporam ideologias do seu endogrupo, as quais justificam o sistema de pertença institucional no qual estão inseridos, naturalizando e legitimando o preconceito frente às PVHA, através, por exemplo, do sentimento de invulnerabilidade por serem profissionais de saúde, associando apenas ao outro a chance de contrair o vírus do HIV. E vista disso, compreender a dinâmica dessas necessidades básicas de justificação do sistema fornece insights importantes sobre por que as pessoas aprovam, defendem e reivindicam ideologias que promovem a manutenção do status quo, mesmo quando este apoio legitima a desigualdade social (Costa-Lopes *et al.*, 2013).

A Teoria da Dominância Social (TDS) desenvolvida por Sidanius e Pratto (1999) tem sua ênfase no entendimento das relações de poder estabelecidas entre grupos. O entendimento desta teoria aponta para sociedades humanas que tendem a organizarem-se como hierarquias sociais com base em grupos, onde pelo menos um grupo tem maior status social e poder do que outros grupos. Esses sistemas de hierarquias grupais são resistentes à mudança, uma vez que promovem consensos sobre as ideologias de superioridade de alguns grupos sobre outros (Costa-Lopes *et al.*, 2013).

De tal modo, essas ideologias se comportam então, como mitos legitimadores da desigualdade social e, arditamente, podem ser utilizadas para dar legitimidade ao comportamento discriminatório contra minorias sociais. Assim, o papel ideológico dos mitos legitimadores é a manutenção das hierarquias dos grupos dominantes sobre os grupos

dominados, haja vista se enquadrarem como justificações socialmente aceitas, devido a sua “neutralidade” nas atitudes discriminatórias. A ideologia meritocrática configura-se como um exemplo típico de um mito legitimador de aumento da hierarquia identificada dentro dessa teoria, uma vez que se define como uma forma de liderança que se baseia no mérito, nas capacidades e nas realizações alcançadas, em detrimento da posição social (Costa-Lopes *et al.*, 2013).

As pesquisas desenvolvidas por Pettigrew e Meertens (1995) acerca do preconceito racial na Europa apontaram para os componentes que formam o que eles caracterizaram como preconceito flagrante e preconceito sutil. Para eles, as atitudes preconceituosas, além de envolver o afeto e a cognição, conforme mostrou Allport (1962), também tendem a formar grupos ideológicos de crenças que justificam a discriminação. O preconceito flagrante e o sutil representam duas expressões distintas desse fenômeno; assim sendo, esses dois tipos de preconceito se relacionam, mas são essencialmente diferentes. O preconceito flagrante é caracterizado como “quente”, aberto e direto; e, o preconceito sutil é descrito como “frio”, distante e indireto.

Desenvolvido por Pereira, Vala e Costa-Lopes (2010), o modelo de Discriminação Justificada aponta para a discriminação motivada por fatores percebidos como não preconceituosos. Aqui a legitimação é um mecanismo de mediação pelo qual o preconceito leva à discriminação em contextos aparentemente igualitários. Para exemplificar, na pesquisa desenvolvida pelos autores, quando os participantes portugueses foram solicitados a pensar sobre os turcos como sendo menos humanos, perceberam estes como uma ameaça simbólica para a sociedade europeia, e consequentemente foram mais propensos a se opor a entrada destes na União Europeia - mas apenas quando uma norma igualitária também foi ativada (Pereira & Costa-Lopes, 2012).

Ante o exposto, vale destacar que no interior de uma sociedade desigual que tem preconceito e exclui as PVHA, se desenvolvem ideologias que continuam promovendo a desigualdade entre os grupos ao mesmo tempo em que são usadas como mitos legitimadores para justificar a discriminação desse grupo social. Prontamente, a presente tese toma como base a perspectiva societal não só para o estudo das crenças, mas também para a compreensão do preconceito frente às PVHA, considerando-o ainda como resultado das relações desiguais de poder entre o grupo majoritário (profissionais de saúde) e o grupo minoritário (PVHA). Essa relação assimétrica de poder produz ideologias sociais representadas por crenças, estruturas consideravelmente difundidas entre os grupos sociais, que resultam em expressões e sentimentos de preconceito e atitudes discriminatórias (Allport, 1962; Lima Nunes & Camino, 2011; Pereira *et al.*, 2003).

Assim, é importante destacar que nesta tese se adota ainda uma definição *tridimensional da atitude preconceituosa*, a qual envolve a cognição, o afeto e o comportamento. Neste cenário, o preconceito é caracterizado como uma atitude negativa fundamentada no julgamento antecipado frente ao exogrupo ou a membros deste, que envolvem *componentes cognitivos* (as crenças e os estereótipos), *afetivos* (sensações, emoções, antipatias e aversões) e *disposicionais ou conativos* (conduta ou orientação para agir com comportamentos objetivamente discriminatórios, segregativos e excludentes ao exogrupo com base na pertença grupal) (Dovidio, Brigham, Johnson & Gaertner, 1986; Santos, Gouveia, Navas, Pimentel & Gusmão, 2006; Techio, 2011).

Neste cenário, a estigmatização e a discriminação, ocorrem, portanto, quando as pessoas agem com base neste preconceito, por exemplo: "eu não atendo pessoas soropositivas ao HIV em meu consultório porque tenho medo delas, são perigosas e eu posso acabar me contaminando também" (Gunther, 2013). Assim, nota-se que o estigma (periculosidade) e a discriminação (não atender) consistem numa forma de prévia avaliação, relacionamento e

atendimento desfavorável e distinto a um grupo ou a membros que fazem parte dele, propriamente porque são objetos de preconceitos sociais (Kruger, 2004).

Numa perspectiva intergrupar, um comportamento será tido como discriminatório na medida em que for mais negativo em relação ao exogrupo do que relativamente ao endogrupo, e a discriminação é definida como um comportamento ou conjunto de ações contra um grupo-alvo ou indivíduos pertencentes a esse grupo. A ação que favorece um grupo em detrimento do outro grupo é condição suficiente para a efetivação da discriminação; todavia, essas ações devem ser observadas num sentido amplo, de modo que se considera como ações discriminatórias não exclusivamente o comportamento que é observado, como a não contratação de candidatos com HIV para um emprego, por exemplo, mas também as orientações comportamentais contra os grupos sociais, tais como, a oposição às políticas de inclusão social e o apoio a políticas discriminatórias (Pereira, 2007).

No capítulo a seguir será explanado o Modelo Teórico de Vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.* (2012), o qual nos dará um maior entendimento acerca de como os fenômenos sociais explanados nestes últimos capítulos se identificam com os diferentes níveis de vulnerabilidades envolvidos no modelo, uma vez que para entender as vulnerabilidades em que as PVHA estão expostas, se faz necessário compreender os elementos sociais que circundam e influenciam as mesmas.

CAPÍTULO IV

MODELO TEÓRICO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Nas práticas de saúde sempre foi notória a necessidade de se desenvolver e consolidar estratégias nos quadros conceituais, que por um lado fortaleçam a participação ativa e autônoma de indivíduos e comunidades na definição de meios e fins das ações de saúde, e por outro lado, aumentem o enfoque interdisciplinar e intersetorial nas proposições técnicas. Para tanto, se faz necessário sair da associação dos *fatores de risco* nas práticas de saúde enquanto condicionantes para o adoecimento, em especial nas de base epidemiológica, que limitam grande parte da atenção dos profissionais da saúde à prevenção de comportamentos e ambientes patogênicos (Campos, Barros & Castro, 2004). Nesta ótica, de acordo com Castiel e Dias (2007), tais comportamentos e ambientes, de caráter objetivo, quando identificados, por um lado, podem ser prevenidos e assistidos, porém, por outro, impõem ampla responsabilização aos indivíduos.

Partindo do processo de construção social da aids, a partir da década de 80 o conceito de *fatores de risco* foi gradualmente substituído pelo de *grupos de risco*, cujas origens surgem na epidemiologia clássica, se referindo a alguns grupos característicos de indivíduos, como profissionais do sexo, homossexuais ou usuários de drogas injetáveis, sendo caracterizados por todos aqueles que seguissem determinados tipos de comportamentos que os expusessem ao maior risco para o HIV. Nesta época, os estereótipos em torno da aids expressavam os “culpados” e as “vítimas”, isto é, aqueles que se enquadravam nos grupos de risco eram responsáveis pela aquisição do HIV, e as crianças infectadas, as mulheres do lar e os hemofílicos, por exemplo, eram tidos como “inocentes” e vitimados socialmente, classificação que certamente não contribuiu no controle da epidemia, haja vista muitas vezes afastar ou impedir que indivíduos se percebessem como vulneráveis ou até mesmo procurassem o teste anti-HIV, já que não se identificam com o rótulo de “promiscuidade” e ainda temiam serem apontados como “aidéticos” (Paiva, 2000).

Posteriormente, esta caracterização deu abertura a uma nova avaliação de perspectiva, a de *comportamentos de risco*, na medida em que se reconhecia que a aids não atingia exclusivamente estes grupos mais vulneráveis. Porém, este conceito semelhantemente ao anterior ainda associava a PVHA a questões culpabilizantes e que geravam, por sua vez, estigma e preconceito numa ordem estritamente individual, trazendo à tona a discriminação apoiada no fato das pessoas apresentarem comportamentos arriscados e associando-os a um estilo de vida devasso e irresponsável. Por isso, eram tidas como merecedoras daquela condição de soropositividade. Assim, tal conceituação teve como principal limitação o fato de reforçar a ideia de “responsabilidade individual” do risco e da prevenção, atribuindo ao próprio indivíduo o dolo por suas enfermidades, uma vez que a prevenção aqui era dirigida à transmissão da informação sobre comportamentos de risco e estímulo à mudança em nível meramente individual (Ayres, 2002; Malbergier & Stempliuk, 1997; Oliveira, 2013).

Deste modo, o problema do conceito de comportamento de risco foi que o trabalho de prevenção continuou tendo uma ótica individual, isto é, caso o indivíduo contraísse o HIV, é porque teve um comportamento de risco, e conseqüentemente, a “culpa” é dele, não se levando em consideração, por exemplo, que uma doença tem, enquanto modos de transmissão, razões mais sociais do que individuais. Logo, segundo Paiva (2000), não se resolvem essas questões buscando estigmatizar indivíduos por suas atitudes tomadas ou rotulá-los a partir de modelos de comportamento, mas, sim, compreendendo as causas que levam essas pessoas ou grupos a estarem em situações mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids.

Nesse contexto, a partir do início da década de 90 buscou-se ultrapassar essa compreensão do risco, ampliando o campo das reflexões para além do comportamento individual, que só pode ser entendido como resultado da interação de fatores sociais, econômicos e culturais. Por isto, vem sendo utilizado na reflexão e preparação de ações preventivas em HIV/aids voltadas para um conjunto de fatores de níveis e magnitudes

diferentes, cuja interação aumenta ou restringe as possibilidades de uma pessoa contrair o HIV (Ayres, 2002).

O esforço em direção à superação da prevenção atrelada a esse conceito de risco e carga individual responsabilidora foi inicialmente formulado por Mann *et al.* (1993), em seu livro “A aids no mundo”, onde foi apresentado um método para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV com um quadro de referência que fornecesse critérios aplicáveis desde o nível individual até o plano nacional de prevenção à aids. O comportamento individual é concebido por esse autor como determinante final da vulnerabilidade à infecção, sendo adequado, então, focalizar as ações no indivíduo, apesar de não ser suficiente para controlar a epidemia. Sendo assim, não se pode deixar de considerar outros fatores que podem influenciar no âmbito individual, e é proposta, deste modo, uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social.

Embora este cenário se passasse ainda nos primórdios da epidemia, Mann *et al.* (1993) tentava demonstrar que o comportamento individual dizia respeito à autoavaliação através de perguntas, a fim de se analisar aspectos como o conhecimento, as condutas, o *status* social e o acesso à informação, verificando-se como a doença pode ser transmitida. Logo, a vulnerabilidade no âmbito coletivo dizia respeito à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia. E por fim, a vulnerabilidade social, que estava relacionada à avaliação da realidade social por meio de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Era ainda sugerida por Mann *et al.*, (1993) a aplicação de um sistema de escores que classificaram a vulnerabilidade como alta, média e baixa, isto é, sob esta perspectiva os indivíduos são responsáveis pela prevenção da doença.

Observou-se, no entanto, que tal modelo proposto por Mann *et al.* (1993) era considerado como ainda impregnado na tradição norte-americana, e com base nisto, Paris (1999) apresentou um estudo sobre vulnerabilidade à aids numa perspectiva psicossocial, a

partir da população de mulheres acometidas, e decodificou o conceito em três aspectos: vulnerabilidade relacionada aos conceitos estruturais da sociedade (desigualdade de renda, educação e de acesso aos serviços); vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação - o conceito de risco e a maneira como se expressa no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história.

Também em meados da década de 90, na busca e na continuidade da construção de um quadro conceitual da vulnerabilidade mais ampliado, Ayres (1996; 2002) adaptou para o Brasil o modelo de Mann *et al.*, (1993), focando a unidade analítica indivíduo-coletivo. Assim, o autor considerou a vulnerabilidade constituída por três planos interdependentes de discussão e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da sociedade. Em vista disso, avaliou que as diferentes situações de vulnerabilidade das pessoas (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o comportamento individual ou a vulnerabilidade individual; o contexto social ou vulnerabilidade social; e por último, do programa de combate à doença ou vulnerabilidade programática/institucional; as quais lançam às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? Vale salientar que as três dimensões da vulnerabilidade propostas pelo autor estão interconectadas, isto é, elas perpassam uma a outra.

A vulnerabilidade individual diz respeito ao grau e a qualidade da informação sobre os problemas de saúde de que dispõe os indivíduos, assim como a sua elaboração e aplicação na prática. Em outras palavras, compreende os comportamentos que formulam situações que levem as pessoas ao adoecimento. Isso não quer dizer, no entanto, que esses comportamentos associados a uma maior vulnerabilidade sejam resultantes diretamente da ação voluntária das pessoas, pois também é necessário se considerar, nesse intervalo, as condições objetivas do

ambiente, as condições culturais e sociais em que se realizam os comportamentos, assim como o grau de consciência que permeiam essas condutas e o poder, que, de fato, as pessoas têm de transformá-las (Ayres *et al.*, 2012).

No ponto de vista biológico, praticamente todos os indivíduos são susceptíveis à infecção pelo HIV se expostos ao vírus através do contato sexual ou através do sangue. Consequentemente, o comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade à infecção. Esse componente individual é inconstante, ou seja, pode se modificar durante os diversos estágios da vida da pessoa, admitindo uma grande influência de fatores sociais (família, parceiro/a, amigos, comunidade, serviços de saúde e a realidade sócio-cultural). A vulnerabilidade individual está, deste modo, relacionada ao acesso à informação as redes de serviços, como também as influências sociais que ampliam ou reduzem o “poder” pessoal (Ayres, 2002; Ayres *et al.*, 2012b).

A vulnerabilidade individual, segundo Ayres *et al.* (2003), pode ser compreendida a partir de dois cenários: o interpessoal, com suas relações sociais, e o cenário intrapsíquico. A relação do indivíduo com o grupo social que o cerca, o número, a natureza e a qualidade das relações com esse grupo, definem indicadores que representam a interação social. Esse mundo social é fonte de suporte tanto emocional quanto instrumental, promovendo companhia, informação e referência como padrão de conduta, podendo afetar profundamente a subjetividade do sujeito, logo, o comportamento individual. Um exemplo que ilustra esta diferenciação se dá com o investimento crescente dos meios de comunicação em massa nos primeiros anos da doença através de propagandas que traziam a aids como a mensageira da morte, levando as pessoas à esquivas da testagem e ao isolamento e silêncio frente ao diagnóstico, passando a vulnerabilidade a ser uma das consequências desta situação (Ayres, 2002; 2009; Joffe, 2003).

Acerca do discutido, Torres e Camino (2013) apontam que as explicações para fenômenos sociais que partem de processos meramente individuais ou psicológicos suscitam, por sua vez, intervenções que colocam no indivíduo isoladamente, a culpa ou responsabilidade pelas variações sociais. No caso do preconceito e discriminação, explicações que privilegiam as características idiossincráticas do indivíduo que é vítima do preconceito ou do indivíduo preconceituoso, tendem a gerar também intervenções que colocam em segundo plano a necessidade de mudanças sociais. Logo, a dificuldade não estaria nas relações de poder existentes entre os respectivos grupos de pertença, mas sim nos indivíduos. Em decorrência, a saída consistiria, por exemplo, no desenvolvimento, do lado da vítima do preconceito, de estratégias de enfrentamento de situações adversas; e já do lado do dominante, a saída seria o desenvolvimento de tolerância para com o diferente. Porém, de acordo com o estudo, dessa forma o *status quo* se manteria sem progressos (Torres & Camino, 2013).

A vulnerabilidade no plano social está relacionada a aspectos culturais e sócio-políticos interconectados, como o acesso à obtenção das informações, o poder de metabolizá-las e introduzi-las nas suas práticas cotidianas, o acesso a instituições sociais como escolas e serviços de saúde, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas, a possibilidade de superar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas, e ainda os processos de estigmatização ou a discriminação sistemática de direitos, as quais devem ser incorporadas às análises de vulnerabilidades e aos projetos educativos derivados.

Assim, essa perspectiva de vulnerabilidade pode ser apreendida como um reflexo das condições de bem-estar social que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. É necessário para avaliar o grau de vulnerabilidade social, conhecer as circunstâncias de vida das comunidades através de aspectos como: a) legislação em vigor e sua aplicação; b) condição de acesso aos serviços de saúde por

parte das pessoas de diferentes classes sociais; c) qualidade dos serviços de saúde acessíveis (Ayres *et al.*, 2012a; 2012b).

A vulnerabilidade programática ou institucional também está interconectada às dimensões individual e social e está associada aos programas responsáveis pelo controle das enfermidades, e também ao grau de qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção, que tem um importante papel no sentido de identificar necessidades, canalizar recursos e aperfeiçoá-los. De acordo com Ayres (2012a), essa vulnerabilidade pode ser avaliada a partir dos aspectos: 1) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; 2) ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; 3) coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho e etc.). Na Tabela 1 consta um apanhado entre as três modalidades de vulnerabilidades propostas por Ayres *et al.* (2012a).

Tabela 3. *Quadro da Vulnerabilidade & Direitos Humanos: dimensões individual, social e programática.*

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente em seus contextos*;	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural;	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal Recursos pessoais Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social Subjetividade Intersubjetividade Valores (em conflito?)	Liberdade Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos Acesso a: Emprego/Salário Saúde Integral Educação/Prevenção Justiça Cultura	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação Multissetorial Governabilidade Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência; Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares

Crenças (em conflito?)	Lazer/Esporte	Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
Desejos (em conflito?)	Mídia/Internet	Compromisso e responsabilidade dos profissionais
Atitude em Contexto*		Participação comunitária na gestão dos serviços
Gestos em Contexto*		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
Falas em Contexto*		Responsabilidade social e jurídica dos serviços.
Interesses em Contexto*		
Momento Emocional		

As ações educativas no âmbito do conteúdo programático da vulnerabilidade ultrapassam o caráter normativo e centrado no objeto, o que permite articular as intervenções em saúde e as ações programáticas, e especialmente, reconsiderar o cuidado em saúde como um encontro de indivíduos, onde se faz necessário que se observe os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando “*a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço*” (Ayres *et al.*, 2012, p. 127).

Estes três componentes constitutivos do quadro conceitual da vulnerabilidade articulados entre si, primam análises e intervenções multidimensionais, que avaliam que os indivíduos não são em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e a outros não, sob algumas condições, em determinados momentos de suas existências (Meyer, *et al.*, 2006). Além de trabalhar as dimensões sociais (vulnerabilidade social), é um desafio constante e de longo prazo aprimorar os programas de prevenção e auxílio, abrindo espaço para a compreensão acerca das barreiras mais estruturais dos meios preventivos e para as suas variadas experiências disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano das crenças, atitudes, desejos, conhecimentos e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção (Ayres *et al.*, 2012).

Portanto, foi partindo dessa ótica, que o termo *vulnerabilidade* enfim superou o conceito de risco empregado pela epidemiologia clássica nos primórdios da epidemia e passou a

significar, de acordo com Ayres *et al.* (2012): “maiores chances de exposição das pessoas ou populações, em dada situação, a problemas e danos em saúde e a disponibilidade de recursos para o seu enfrentamento”.

Constata-se, mediante o exposto, que o conceito de vulnerabilidade vai além do componente individual, que, equivocadamente, atribui ao indivíduo à sua vontade, seu comportamento sexual de risco, como se este comportamento não fosse em parte culturalmente determinado, e respondesse a processos sócio-históricamente construídos. Nunes (2004) complementa que esta perspectiva se torna um viés teórico, fazendo com que a maioria das medidas preventivas e assistenciais desenvolvidas acabe respondendo em um nível comportamental e informativo, abolindo assim, grande parte do necessário protagonismo das pessoas para mudanças culturais importantes a serem realizadas, a exemplo do uso do preservativo e da própria testagem.

Os componentes individuais e coletivos se tornam, deste modo, indissociáveis de uma “atitude compreensiva” de conhecer, com a qual se admite que as “partes” com as quais os profissionais de saúde, por exemplo, lidam cotidianamente, fazem sentido dentro de um conjunto que as torna perceptíveis, e de certa forma decodificáveis, para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais (Ayres *et al.*, 2012; Meye *et al.*, 2006).

Considera-se que a conceituação de vulnerabilidade também pode ser utilizada para interpretar-se outros agravos que não a aids apenas, ampliando-se a atuação em saúde e gerando-se reflexões que possam contribuir na formulação de políticas nessa área, a partir das necessidades da coletividade. Essa perspectiva propõe, portanto, a construção de estratégias e ações que atendam as necessidades dos seres humanos, que realizem seus trabalhos junto às comunidades e realizem diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais de maneira participativa, além de redefinir os objetivos de intervenção e analisar com um olhar crítico para

as práticas de saúde a fim de reconstruí-las direcionadas às necessidades dos indivíduos e da coletividade (Sanchés, 2007).

Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade representa uma força propulsora à renovação das práticas de saúde mais voltadas para uma dimensão social e histórica, trabalhando-se com diversos setores da sociedade de forma transdisciplinar, e possibilitando assim, reavaliar tais práticas, crítica e dinamicamente. É um novo norte de atuação que funciona mais que na transmissão de informações e passa a estimular uma resposta social capaz de transformar os aspectos culturais, morais, cognitivos, políticos e econômicos que promovam impacto nos perfis epidemiológicos (Paiva, 2000). Portanto, a prevenção e a promoção da saúde ganham uma nova dimensão, pois se transformam em lócus de esclarecimento da população sobre seus direitos e sobre a forma de conquistá-los e garanti-los, sendo a única maneira de construir as redes de mobilização necessárias para que as transformações contextuais venham de fato a acontecer (Parker, 1997).

Partindo dos pressupostos teóricos aqui explorados, a seguir será apresentada a aplicação destes em cada estudo empírico proposto, bem como seus detalhamentos metodológicos, contribuindo para esclarecimento do fenômeno social aqui abordado.

II. ESTUDOS EMPÍRICOS

O QUE É ESTA TESE?

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais os preconceitos e as percepções de vulnerabilidades de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids?

OBJETIVO GERAL

Analisar os preconceitos e as percepções de vulnerabilidades individual, social e/ou programática de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids.

TESE

Para alcance do objetivo geral, parte-se da seguinte tese: Ao se analisar as crenças dos profissionais de saúde que perpassam ideologicamente o preconceito e a discriminação revelados nas relações estabelecidas dentro dos serviços de saúde, abordam-se as percepções de vulnerabilidade individual, social e programática sobre as PVHA, como resultantes a esse processo. A figura 1 retratada abaixo ilustra essa afirmação:

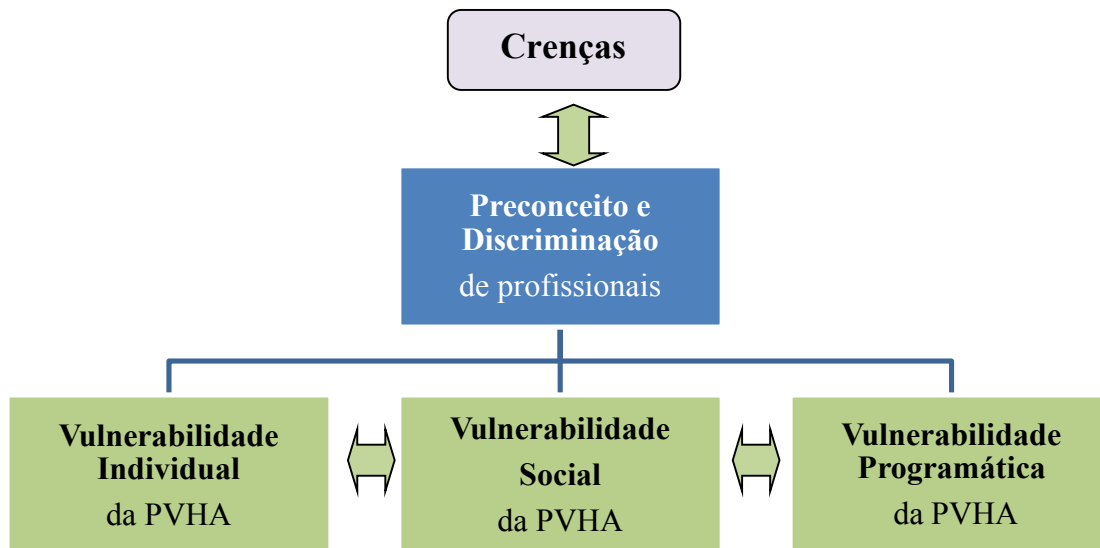


Figura 1. As crenças que antecedem o preconceito e a discriminação dos profissionais da saúde situam as PVHA num plano de vulnerabilidade individual, social e/ou programático.

Para tanto, contou-se com a realização de **três Estudos empíricos independentes, porém, interrelacionados**, a partir de amostra única, descrita a seguir:

PARTICIPANTES E LÓCUS DE PESQUISA

Contou-se com uma amostra não-probabilística por conveniência, composta por 31 profissionais de saúde atuantes em dois lócus de investigação: Atenção básica em Saúde (AB) e nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE, CTA e Hospitais de doenças infectocontagiosas) do estado da Paraíba. Esta tese possibilitou uma análise de ambos os lócus de pesquisa, sobretudo no que se refere ao cuidado fundamentado nas crenças da equipe de saúde sobre o usuário do serviço que vive com HIV.

A escolha da AB como lócus a ser investigado se justifica por este serviço compor um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento (de alguns) e a reabilitação. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de

entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2006).

Já os Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (AEHA) compõem os SAEs materno-infantil, os CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento) e os Complexos Hospitalares de Doenças infectocontagiosas que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às PVHA e/ou demais ISTs. Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em IST, HIV/aids. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde (MS, 2016).

O Ministério da Saúde preconiza como parte mínima da equipe: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos. No entanto, para o presente estudo contou-se tão somente com médicos e enfermeiros, tendo em vista que são os profissionais que tem contato físico mais direto, objetivo e frequente com as PVHA.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e trabalhar nas áreas de saúde aqui investigadas há no mínimo 6 (seis) meses; e como critérios de exclusão: recusa a participar e/ou ausência de informações importantes. O número de participantes foi determinado pelo ponto de saturação, que consiste num tipo de amostragem não probabilística em que os primeiros participantes indicam outros participantes e assim por diante até que seja atingido o ponto de saturação, o qual acontece quando a fala dos que já responderam começam a coincidir com o que os novos participantes falam (Minayo, 2004). Vale salientar ainda que os profissionais de saúde de ambos os lócus foram entrevistados em unidades diversas de saúde,

tomando-se o cuidado para não coletar vários profissionais numa mesma instituição, evitando-se assim, o viés nas respostas.

Para apreciação e discussão dos dados, nos estudos aqui abordados foi feita a diferenciação com relação à variável *locus de atuação profissional (Atenção básica e Atenção Especializada)*, pois é notório que esta, mais do que apontar possíveis diferenças quanto à atuação dos profissionais no contexto da aids, poderão também apresentar particularidades no que se refere às crenças e percepções que subjazem a prática nos serviços de saúde com as PVHA. Desta forma, embora não seja um objetivo central e direto desta tese, mas também foi direcionada uma análise de dados à comparação descritiva e categorial temática desses dois grupos de profissionais, de maneira a verificar quais elementos, diferenciadores e/ou semelhantes, tornam a prática destes dois grupos consonantes ou divergentes para com os objetivos aqui propostos nos estudos.

Com base nos critérios estabelecidos, contou-se com 16 profissionais da Atenção básica, sendo oito (8) da enfermagem e oito (8) da medicina; e com 15 profissionais da Atenção Especializada em HIV/aids, sendo sete (8) da enfermagem e sete (7) da medicina, como se percebe na Tabela 4abaixo:

Tabela 4. *Participantes por função exercida e locus de pesquisa*

<i>Profissão/Área de atuação</i>	<i>Atenção básica</i>	<i>Atenção Especializada em HIV/aids</i>	<i>Total</i>
<i>Médicos</i>	8	7	15
<i>Enfermeiros</i>	8	8	16
<i>Total</i>	16	15	31

A tabela abaixo apresenta o perfil sociodemográfico dos profissionais investigados com base nas variáveis exploradas de acordo com os serviços de saúde.

Tabela 5. Frequências referentes aos Dados sociodemográficos dos participantes (N=31)

<i>PARTICIPANTES</i>			<i>LÓCUS DE PESQUISA</i>		<i>TOTAL</i>
			<i>Atenção básica</i>	<i>Atenção Especializada</i>	
<i>I - Dados Gerais</i>	<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>(f)</i>	<i>(f)</i>	<i>(f)</i>
	<i>Sexo</i>	Feminino	10	12	22
		Masculino	07	02	09
	<i>Faixa etária</i>	De 25 a 34 anos	12	--	12
		De 35 a 44 anos	01	06	07
		De 45 a 54 anos	01	04	05
		De 55 a 64 anos	03	04	07
	<i>Estado Civil</i>	Solteiro	09	02	11
		Casado	08	11	19
		Divorciado	--	01	01
	<i>Religião</i>	Católico	11	12	23
		Evangélico	02	01	03
		Espírita	02	--	02
		Outra	01	01	02
	<i>Religiosidade</i>	Pouco religioso	--	--	--
		Moderadamente rel.	08	09	17
		Muito religioso	07	05	12
<i>II – Formação Profissional</i>	<i>Área de Atuação</i>	Enfermagem	09	08	17
		Medicina	08	06	14
	<i>Pós-graduação</i>	Sim	12	10	22
		Não	05	04	09
	<i>Tempo de Atuação</i>	06 meses a 2 anos	03	02	05
		De 02 a 05 anos	08	02	10
		De 06 a 10 anos	03	04	07
		Mais de 10 anos	03	06	09
<i>III – HIV/aids</i>	<i>Capacitações em HIV/aids</i>	Sim	03	10	13
		Não	14	03	17
	<i>Conhece alguém com HIV/aids</i>	Sim	11	10	21
		Não	04	03	07
	<i>Grau de Proximidade</i>	Amigo distante	02	01	03
		Amigo próximo	03	05	08
		Familiar próximo	--	01	01
		Colega, apenas	06	03	09

Conforme se observa na Tabela 6, a maioria dos participantes são do *sexo feminino* ($f=22$), com as idades variando de 25 a 64 anos ($M = 41,3$; $DP = 12,6$), sendo a faixa etária

predominante a de 25 a 34 anos ($f=12$). A maior parte declarou-se *casados* ($f=19$), de *religião católica* ($f=23$) e *moderadamente religiosos* ($f=17$).

Ao se discutir o cuidado em saúde, é notório a prevalência da figura feminina, tendo este fenômeno também sido observado nesta tese, sobretudo na área da enfermagem, confirmando as tendências de feminização dessa categoria profissional, como mostraram os estudos de Gutierrez e Minayo (2010) e Pereira (2012). Como apontam esses autores, o cuidar ao longo das eras se tornou quase como um sinônimo para mulher, pois sempre fez parte do universo feminino, da esfera privada, do seio da família, do lar ou dos hospitais, sendo as mulheres percebidas enquanto possuidoras de um saber informal de práticas de saúde.

A respeito das variáveis, *faixa etária* e *tempo de atuação*, apesar da maioria dos participantes terem entre 25 a 34 anos e apresentarem de 02 a 05 anos de atuação profissional, apontando a rápida inserção no mercado de trabalho, houve também considerável frequência de participantes nas faixas de idade mais avançadas e com mais de 10 anos de atuação, seja na atenção básica ou na especializada, demonstrando a continuidade e permanência no mercado de trabalho na área da saúde, o que é um fator positivo, de acordo com Pereira (2012), visto que o profissional acaba conhecendo bem as demandas apresentadas pelos usuários, aperfeiçoando as suas práticas em saúde.

Quanto à *formação profissional*, 17 participantes são *enfermeiros*, tendo 22 afirmado já ter feito *pós-graduação* e o maior *tempo de atuação* alegado foi de 02 a 05 anos ($f=10$), seguido de *mais de 10 anos* ($f=9$). Ao serem questionados se no tempo de atuação já tinham tido capacitações em HIV/aids, 17 participantes afirmaram que *não*, representando a maioria.

Sabe-se que o processo de capacitação deve acontecer de acordo com as necessidades que emergem da prática do serviço de saúde, no entanto, não é cabível esperar que esta necessidade venha à tona prejudicando o usuário, para que só assim este processo ocorra. Pesquisas (Araújo, Signes & Zampier, 2012; Ferraz, 2008; Freire, 2010; Pereira, 2012;

Tarsilla *et al.*, 2016) já demonstraram que a falta de profissionais preparados torna-se um entrave no processo de articulação entre as ações de prevenção às ISTs/aids e os serviços de atenção em saúde. Para se renovar e modificar as ações em saúde, transformando as práticas de cuidado em HIV/aids, Ferraz (2008) sugere a promoção de espaços de discussão e reflexão sobre o processo de trabalho no serviço de saúde, a partir de supervisões e capacitações, a fim de promover parâmetros mais humanitários, de solidariedade e cidadania frente os usuários.

No intuito de compreender quão próximo esses profissionais eram de alguém que vive com o vírus da aids, 21 participantes alegaram que *conhecem alguém que vive com o vírus*, tendo 09 profissionais referido ser seu *colega*, seguidos de 08 participantes que referiram ser seu *amigo próximo*.

Diante dos dados sociodemográficos aqui esmiuçados, a seguir serão apresentados os três estudos empíricos que fizeram uso dessa amostragem, e suas possíveis articulações.

ESTUDO I

CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as crenças dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids?

OBJETIVO GERAL

Identificar as crenças dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Levantar as crenças modais salientes dos profissionais de saúde.
2. Verificar se há diferença entre as crenças dos profissionais da atenção básica e os da atenção especializada em HIV/aids.
3. Verificar se há diferença entre as crenças nas categorias profissionais de médicos e enfermeiros.

HIPÓTESES

H1: Os profissionais de saúde da atenção básica apresentarão crenças mais arraigadas acerca das pessoas que vivem com HIV/aids.

H2: Os profissionais médicos evocarão mais crenças cognitivas enquanto os enfermeiros crenças afetivas.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Quantitativo, exploratório, valendo referir que se tratou de um estudo preliminar e introdutório, de caráter não analítico, com amostragem não probabilística, por quotas conforme

sua origem: se atuantes no Serviço de Atendimento Especializado em HIV ou na Atenção básica.

PARTICIPANTES

Fizeram parte do estudo 31 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, atuantes no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (N= 15) e na Atenção básica (N=16), conforme já descrito.

INSTRUMENTO

Foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) que consistiu em solicitar ao participante que fizesse uma reflexão individual, durante um espaço determinado de tempo pré determinado (15 segundos) acerca do que o mesmo considerava mais importante a respeito do objeto de estudo. Neste caso, o participante foi convidado a pensar acerca das “*Pessoas que vivem com HIV/aids*”(enunciação); e em seguida foi solicitado que evocasse quais as cinco primeiras palavras mais importantes que pensou durante o estímulo (evocação), tendo sido anotadas pelo pesquisador. Por último, foi realizada a etapa de *averiguação*, na qual o participante falava, com a maior riqueza de detalhes possível, sobre cada palavra evocada (ver anexo C com descrição detalhada do instrumento).

COLETA DOS DADOS

O estudo foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com o intuito de seguir todos os procedimentos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A partir da autorização do comitê de ética foi iniciada a fase de coleta de dados.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora responsável nos próprios serviços de saúde do Estado, em dias diferentes e alternados. Foi agendado dia e horário para a realização da TALP, sendo realizada em uma sala reservada nos próprios serviços, e em alguns casos nas residências dos participantes, caso preferissem.

Foi apresentado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constava que a participação era voluntária e a pesquisa de caráter científico, bem como que poderia ser interrompida a qualquer momento. Após leitura, caso o participante consentisse em participar do estudo, solicitava-se sua assinatura no termo, ressaltando a confidencialidade e o sigilo das informações (os participantes da pesquisa não são identificados) e que os dados da pesquisa serão usados para publicações científicas, como estabelece a Resolução 466/2012.

ANALISE DOS DADOS

As respostas foram organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo, conforme modelo de Bardin (2012), da seguinte forma: (a) Listagem de todas as crenças (palavras) emitidos pela amostra; (b) Recorte das Unidades de Contexto Elementar (UCEs); (c) Agrupamento das UCEs de significado semelhante; (d) Organização das UCEs de significado semelhantes em categorias, subcategorias, unidades temáticas; e (e) Contagem da frequência, por subcategoria, com que cada crença foi eliciada para cada comportamento.

Para selecionar as crenças modais salientes, foi adotado o critério da frequência mínima, cujo valor fosse igual ou superior a 15% do total das crenças eliciadas. Posteriormente, foi gerado um banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18, onde foram efetuados testes estatísticos descritivos e de associação (qui-quadrado).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas 155 evocações, dentre as quais, seguindo o critério de frequência mínima (15% do total), permaneceram 142 evocações, distribuídas em duas categorias de crenças denominadas de *Crenças Cognitivas* e *Crenças Afetivas*, detalhadas a seguir.

Como *Crenças Cognitivas* ($f=30$), para este estudo, foram tomadas aquelas que derivam do conhecimento ou da prática profissional e dizem respeito ao que os profissionais pensam com relação à atenção, cuidado, orientação e respeito que remetem ao protocolo de Acolhimento e Aconselhamento do Ministério da Saúde (MS, 2007), constituindo a subcategoria *Psicossocial* ($f=17$). Já no que se refere à adesão ao tratamento, ao próprio tratamento em si e à medicação, constituiu a subcategoria *Clínica* ($f=13$).

A categoria nomeada de *Crenças Afetivas* ($f=112$) se refere a palavras que evocam sentimentos inferidos pelos profissionais aos pacientes ou a si mesmos como decorrentes do viver com aids, como a tristeza, medo, incerteza, preocupação, compondo a subcategoria *Sofrimento* ($f=78$) referente aos problemas e complicações enfrentados no cotidiano do viver e conviver com a aids. Com relação ao estigma, discriminação, exclusão social e responsabilização individual da PVHA que remontam ao sexo, drogas e desinformação remetendo aos primórdios da epidemia, buscando a causa da infecção nos então denominados grupos de risco ou na desinformação, denotaram a segunda subcategoria nomeada *Preconceito* ($f=34$). Este esquema categorial pode ser visualizado na tabela 6 abaixo:

Tabela 6. Crenças, categorias, subcategorias e evocações dos profissionais de saúde

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PRINCIPAIS EVOCAÇÕES
	Cognitivas ($f=30$; 21%)	Psicossocial ($f=17$)	Atenção Cuidado Orientação Respeito
		Clínica ($f=13$)	Adesão Tratamento Medicação

CRENÇAS (<i>f</i> =142)	Afetivas (<i>f</i> =112; 79%)	Sufrimento (<i>f</i> =78)	Tristeza Medo Incerteza Preocupação Complicado Estigma
		Preconceito (<i>f</i> =34)	Preconceito Discriminação Exclusão Social Responsabilização da PVHA

Contrariando as hipóteses desse estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as crenças dos profissionais de saúde dos serviços de atendimento especializado e os da atenção básica, bem como entre as duas categorias profissionais, médicos e enfermeiros. Não obstante, analisando por evocação individual, a palavra *desinformação* foi referida apenas pelo grupo de profissionais da atenção básica (*f*=06 – $X^2=6,975$; *df*=1; *p*=0,01). Da mesma forma, idiossincraticamente, as palavras *resignação* e *impotência* emergiram apenas entre os profissionais da atenção básica. Por outro lado, as palavras *cuidado*, *orientação*, *medicação*, *família*, *drogas* e *decepção* foram evocadas por profissionais do serviço especializado em HIV/aids.

A categoria de *Crenças Cognitivas*, minoritária entre os participantes (21%), remeteu a aspectos técnico-instrumentais (Clínico) e ao Atendimento Psicossocial, conforme preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS, 2007). São evocações que apresentam um modo naturalista e pragmático de ver as coisas, com predomínio do pensamento científico e remetem à prática profissional.

A categoria *Crenças Afetivas*, predominante entre os participantes (79%), foi assim denominada por referir a aspectos emocionais e afetivos no viver com a doença, bem como ao preconceito enfrentado. Apesar de parecer positiva e empática, verifica-se a presença de um conjunto de crenças ambivalentes, paternalistas e negativas sobre as PVHA, ressaltando o

sofrimento e dificuldades na vida, a exemplo das evocações *tristeza, medo, incerteza, preocupação e complicado*. Tais evocações, sobretudo a *tristeza*, foi verbalizada pelos profissionais como uma emoção aparentemente boa e positiva, no entanto, não acrescenta nenhum aspecto benéfico ou construtivo sobre as PVHA. De acordo com Malbergier e Stempliuk (1997) e Tarsilla *et al.*, (2016), o desconforto ou desprazer que os profissionais de saúde sentem em relação aos pacientes soropositivos pode interferir no atendimento, gerando pré-disposição negativa, evitação e pouca disponibilidade para dar continuidade ao acompanhamento terapêutico. Efetivamente, verificou-se ainda a presença de estigmas e estereótipos, bem como à responsabilização da PVHA, denotando aos antigos grupos de risco e, conseqüentemente à atribuição de vulnerabilidade individual, discutida pelo modelo de Ayres *et al.* (2012a).

Por fim, de um modo geral pode-se dizer que as crenças levantadas levam a indicadores para avaliação cognitivo-afetiva das propensões do grupo de profissionais de saúde quanto às atividades de atendimento à aids, envolvendo principalmente os limites determinados pelo estigma e pelas dificuldades psicossociais. De acordo com Bar-Tal(2000), compartilhar crenças é uma necessidade social, uma vez que indivíduos que vivem em grupo e sociedade formam um ambiente compartilhado de comunicação para serem capazes, por exemplo, de se comunicar de forma compreensível. Somente em tal ambiente pode-se ter o planejamento das funções sociais, influência, elaboração de metas e etc.

Isto posto, cumprindo com os objetivos de levantar as crenças modais salientes dos profissionais de saúde e verificar possíveis diferenças entre as crenças dos profissionais da atenção especializada e da atenção básica de saúde, bem como entre as crenças das categorias profissionais de médicos e enfermeiros, o que não se verificou, estes resultados nortearam o aprofundamento da análise das crenças estigmatizantes, do preconceito e das narrativas de

discriminação dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids, endossadas no estudo II descrito a seguir.

ESTUDO II

CRENÇAS ESTIGMANTES, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO⁵ DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

PROBLEMA DE PESQUISA

Como se manifestam o estigma, preconceito e a discriminação¹ de profissionais da saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids?

OBJETIVO GERAL

Analisar o estigma, o preconceito e as narrativas de discriminação dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as *crenças estigmatizantes* em torno das PVHA;
2. Verificar o *preconceito* dos profissionais de saúde relacionados às PVHA;
3. Apreender narrativas de *discriminação* dos profissionais de saúde frente às PVHA;
4. Comparar as verbalizações de estigmatização, preconceito e as narrativas de discriminação frente às PVHA dos profissionais de saúde da atenção básica e da atenção especializada.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Qualitativo, de levantamento, transversal e descritivo.

PARTICIPANTES

⁵ Ao referir “discriminação” no título e objetivo geral, vale salientar que a investigação aqui se dá com base na descrição das narrativas de discriminação frente às PVHA, vivenciadas pelos profissionais de saúde no convívio/cotidiano com outros profissionais, dentro dos serviços de saúde. Vale salientar que se levou em conta a desejabilidade social como um possível fator impeditivo para que o próprio profissional entrevistado se sinta à vontade em compartilhar se já discriminou algum usuário dentro do serviço de saúde.

Participaram do estudo 31 profissionais médicos e enfermeiros atuantes nos Serviços de Atendimento Especializado (N= 15) e Atenção básica (N=16), conforme já descrito anteriormente.

INSTRUMENTO

✓ ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A modalidade de entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, no qual o questionário tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Sendo assim, para possuir uma aproximação com a amostra desse estudo, a coleta foi feita através da pesquisa de campo, que conforme Minayo (2010) é um meio que permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou indagações, além de estabelecer uma interação com os participantes conforme a realidade.

Assim, os dados deste estudo foram coletados através da técnica de pesquisa qualitativa denominada entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro semiestruturado versando em oito questões com o objetivo de responder ao objetivo geral e específicos apresentados nesse estudo. As questões do roteiro encontram-se descritas no anexo C ao final desta tese.

COLETA DOS DADOS

Os participantes foram abordados pela pesquisadora responsável nos serviços da AB e da AEHA em dias diferentes e alternados. Foi agendado dia e horário para entrevistas, sendo todas realizadas em uma sala reservada no próprio serviço. Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas logo após a aplicação do TALP, utilizado no estudo I desta tese.

Na entrevista semi-estruturada e no questionário sociodemográfico detalhados anteriormente, não constou identificação dos participantes. Para tanto, foram atribuídos apenas

as iniciais de cada entrevistado na descrição dos dados com o objetivo de resguardar a identificação e privacidade destes.

PRODUÇÃO E APRECIACÃO DOS DADOS

A análise dos dados no que se refere à entrevista é um processo contínuo que tem início desde o primeiro contato com o entrevistado, quando o pesquisador trilha pelos temas suscitados, tendo continuidade na escuta das gravações e transcrições, que trazem o incremento de ideias, conceitos e suposições, dando o sentido inicial aos dados.

O registro e o recorte das falas das participantes foram feitos com base em categorias temáticas (algumas preestabelecidas tendo por base os objetivos do estudo e outras criadas a partir das falas das participantes) processadas em uma série de etapas de acordo com a proposta de Figueiredo (1993). Tal proposta é explicitada na Tabela 7.

Tabela 7. Etapas dos procedimentos para a análise categorial temática

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	PROCEDIMENTO ADOTADO
PRIMEIRA FASE (SUJEITOS/SESSÕES)	A. Leitura Inicial
	B. Marcação
	C. Corte
	D. Primeira Junção*
	E. Notação
	F. Organização e primeira síntese
SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)	Segunda Junção**
	G. Leitura inicial
	H. Organização
	I. Notação
	J. Redação final.

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Esse processo de análise foi realizado através do registro e recorte das falas dos participantes que tem o objetivo de identificar o conteúdo comum nas falas destes com base em categorias temáticas - algumas preestabelecidas tendo por base os objetivos do estudo e outras

criadas a partir das falas das participantes. São processadas em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), procedimento que abrange duas fases descritas a seguir (Monteiro & Figueiredo, 2009):

Primeira Fase

Cada entrevista foi analisada individualmente, onde são identificados os conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista. A primeira junção, que ocorreu à posteriori, se concentrou nos conteúdos comuns dentro de cada fala. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, se referindo às questões particulares de cada indivíduo. Tal fase é dividida nas seguintes etapas:

- A. **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura foram identificados alguns pontos preliminares ligados à situação da entrevista, como ambientação, dificuldades de interação entre entrevistada e pesquisadora, disponibilidade e estado afetivo da entrevistada.
- B. **Marcação:** neste momento, foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às categorias preestabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- C. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- D. **Primeira Junção:** a partir desse momento, os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- E. **Notação:** em seguida, foram feitas observações marginais sobre os trechos selecionados, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto social.
- F. **Discussão:** realizada de maneira a procurar captar as especificidades de cada participante, a partir de suas vivências e condições de vida.

Segunda Fase

Nesta segunda etapa, as entrevistas também foram consideradas individualmente, porém a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas elas. Logo, diferente da etapa anterior, a segunda junção objetivou agrupar e estudar as entrevistas em função da equivalência dos conteúdos das falas obtidas, referindo-se, portanto, às questões comuns, dentro de cada categoria temática. Este segundo momento abarcou as seguintes fases:

G. Leitura Inicial: onde foi realizada uma leitura para que se pudesse identificar os trechos cujos conteúdos eram comuns, dentro de cada categoria.

H. Organização: Etapa onde os trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base no protocolo de análise.

I. Notação: Etapa onde em alguns casos necessários foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.

J. Discussão Final e Redação: por fim, foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas e o que aponta a revisão da literatura entre outros estudos sobre a temática aqui abordada.

Vale salientar que todas essas etapas da análise dos dados foram realizadas pela pesquisadora responsável, bem como a responsabilidade pela guarda de todo o material referente à pesquisa.

Para análise dos dados qualitativos, o procedimento de categorização temática das entrevistas foi feito com a assistência do software MAXQDA versão 11. Para os dados do questionário sociodemográfico foi construído um banco de dados a partir da digitação dos mesmos, com prévia codificação de respostas, utilizando o Software SPSS for Windows – versão 20.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

✓ ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Nesta seção serão apresentados os resultados da análise categorial de Figueiredo (1993), que leva em consideração o que os participantes trazem em comum em suas falas, as quais foram organizadas em classes temáticas, categorias e subcategorias que emanaram das entrevistas, as quais, ao serem realizadas, partem dos pontos mais relevantes enunciados por cada participante.

Para o presente estudo vale salientar que foi adotada a definição tridimensional da atitude preconceituosa, a qual envolve a cognição, o afeto e o comportamento. Neste panorama o preconceito é considerado como uma atitude negativa baseada no julgamento antecipado frente ao exogrupo ou a membros deste, que envolve *componentes cognitivos* (as crenças e os estigmas), *componentes afetivos* (sensações, emoções, antipatias e aversões) e *disposicionais ou conativos* (orientação para ação com comportamentos objetivamente discriminatórios, segregativos e excludentes ao exogrupo com base na pertença grupal) (Dovidio *et al.*, 1986; Santos *et al.*, 2006; Techio, 2011).

Dessa forma, três classes temáticas foram identificadas a partir das verbalizações dos profissionais de saúde, ampliando os achados no Estudo I, a saber: A) *Componente Cognitivo do Preconceito*; B) *Componente Afetivo do Preconceito* e C) *Componente Disposicional ou Conativo do Preconceito*.

A primeira classe temática tem como característica a descrição do *Componente Cognitivo do Preconceito*, que demonstra como os profissionais de saúde pensam e percebem as PVHA. Aqui o preconceito é representado pela generalização categorial ou categorização social feita pelos profissionais de saúde acerca das PVHA, isto é, pela percepção do que aqueles pensam sobre estas, o que fundamentou a identificação das principais crenças estigmatizantes

marcadas desde o início da epidemia e que ainda se fazem presentes no repertório dos profissionais entrevistados.

A segunda classe temática se refere ao *Componente Afetivo do Preconceito*, que demonstra o que os profissionais entrevistados sentem frente ao atendimento com as PVHA. Aqui se resgata os sentimentos atribuídos às PVHA, frutos das vivências dos profissionais de saúde.

A terceira classe temática nomeada de *Componente Disposicional ou Conativo do Preconceito* resgata as experiências vivenciadas pelos participantes no que se refere à conduta ou orientação - deles mesmos ou de outros profissionais - para agir com comportamentos discriminatórios, segregativos e excludentes às PVHA. Resgata também às experiências dos profissionais que passaram por discriminação pelo fato de atenderem PVHA, e ainda, a discriminação justificada. Abaixo se encontra descrito na tabela 8 como se discorreu a organização das classes temáticas, categorias e subcategorias neste estudo.

Tabela 8. *Classes temáticas, categorias e subcategorias que emergiram dos discursos.*

CLASSE TEMÁTICAS	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A) Componente Cognitivo do Preconceito	1) Crenças Estigmatizantes	1. Silêncio
		2. Sentença de Morte
		3. Periculosidade
B) Componente Afetivo do Preconceito	1) Sentimentos dos profissionais de Saúde	4. Isolamento social
		5. Promiscuidade
		6. Corpo Marcado
C) Componente Disposicionaldo Preconceito	1) Discriminação* nos serviços frente ao usuário	1. Pena
		2. Medo
		3. Tristeza
	2) Discriminação nos serviços frente ao profissional especializado	

3) Discriminação Justificada

*Narrativas de discriminação

Dessa forma, as três classes temáticas que surgiram demonstram a forma que os profissionais de saúde *pensam, sentem e orientam* suas ações, fundamentados na atitude preconceituosa frente ao exogrupo (PVHA).

De acordo com uma meta-análise realizada a partir de 57 estudos elaborados por Talaska, Fiske e Chaiken (2008) que trataram esses fenômenos sociais aqui abordados, sendo que nas relações étnicas e raciais, observou-se que os estigmas, estereótipos e crenças (cognição) preveem muito menos a discriminação do que preconceitos emocionais e afetivos, conforme conceituam os autores. Logo, acredita-se que o que os indivíduos fazem frente ao exogrupo é consideravelmente relacionado a como se sentem e um pouco menos relacionado à como pensam. Nota-se ainda na pesquisa que a cognição pode orientar a discriminação, enquanto que as emoções e os afetos podem energizá-la, torná-la mais forte. Para os autores, a forma que as pessoas processam a informação através dos estigmas, estereótipos e crenças pode direcionar vigorosamente os comportamentos destas, no entanto, são as emoções e afetos que decidem se um comportamento é ou não realizado quando estas pessoas interatuam com um membro do exogrupo.

Partindo do exposto, a seguir tem-se o detalhamento dos resultados obtidos a partir das categorias e subcategorias aqui emergidas, bem como a discussão, considerando, também, outras pesquisas.

A) Componente Cognitivo do Preconceito

Esta classe temática descreve como os profissionais de saúde *pensam* a aids frente às pessoas infectadas, isto é, como elas estão sendo categorizadas socialmente ou generalizadas categorialmente.

Em virtude do aparato cognitivo humano normal, todas as pessoas tendem a categorizar os objetos sociais, e, conseqüentemente, todas são susceptíveis aos pré-conceitos, haja vista os seres humanos possuírem uma propensão natural ao pré-julgamento, de acordo com Allport (1962). Para Goffman (1988), a sociedade é a responsável por definir as categorias sociais, enquadrar nelas os indivíduos e designar quais características são comuns e naturais de cada uma dessas categorias. Logo, tudo o que é tido como diferente e desviante passa a ser estigmatizado. Fundamentado nessa relação de estigmatização é que vai se constituindo a diferenciação entre “nós, os normais” e “os outros, os estigmatizados”, onde os primeiros discriminam os últimos. Sendo assim, esta classe temática faz jus ao processo através do qual as minorias sociais (PVHA) são rotuladas e organizadas mentalmente pelo grupo dominante (profissionais de saúde) e sua função é, além de gerar a identificação das PVHA, direcionar os profissionais de saúde a interatuar com este determinado grupo com base nas experiências anteriores (Fiske, 2005). Tais questões nos ajudam a entender como a estigmatização faz as desigualdades parecerem aceitáveis.

Partindo deste âmbito, esta classe temática é composta por uma única categoria denominada *Crenças Estigmatizantes* ($f=54$), a qual deu voz a seis subcategorias a partir das falas dos profissionais de saúde: *Silêncio*; *Sentença de morte*; *Periculosidade*; *Isolamento Social*; *Promiscuidade e Corpo Marcado*, respectivamente, em ordem decrescente de frequências (Tabela 9).

1) Crenças Estigmatizantes

Uma das formas de se estudar as crenças estigmatizantes é entendendo as mesmas enquanto fruto do processo social (Bar-Tal, 2000). Nesse sentido, como a estigmatização é um processo que envolve relações sociais, ela é permeada por relações de dominação e poder (de classe, de gênero, por exemplo), e tais relações dependem da produção de simbolismos que

associam um “desvio” à pessoa, seja no plano das relações interpessoais, seja no plano macrossocial da cultura ou das instituições e normas. As crenças estigmatizantes de profissionais de saúde, da forma como se apresentam, possuem papel central na produção e reprodução das relações de controle, o que faz com que alguns grupos se sintam superiores enquanto outros são desvalorizados, uma vez que apontam o grupo minoritário até como possuidor de uma maior vulnerabilidade individual, fator que se torna relevante para o surgimento de desigualdades sociais e, conseqüentemente, constituir uma barreira à adesão e/ou continuidade ao tratamento antirretroviral das PVHA (Ayres, *et al.*, 2000; Bar-Tal, 2000; Parker & Aggleton, 2001).

No caso da aids, hoje em sua quarta década, uma série de metáforas sombrias ainda legitimam e reforçam processos de estigmatização das pessoas que vivem com o vírus (Monteiro & Villela, 2013). Imagens que marcaram o início da epidemia e que ainda persistem, relacionam a infecção à opressão do silêncio, segregação social, morte iminente e até mesmo à periculosidade envolta daqueles que possuem o HIV (Paiva & Zucchi, 2012). A tabela 9 detalha a categoria referida, bem como as frequências de cada subcategoria contabilizada a partir das verbalizações e diferenciadas por redes de atuação em saúde (AB ou AEHA) do profissional.

Tabela 9. *Categoria, subcategorias, e frequências por rede de acesso em saúde*

Categoria	Subcategorias	Atenção básica	Atenção Especializada	Total
Crenças Estigmatizantes	1. Silêncio	08	08	16
	2. Sentença de morte	05	09	14
	3. Periculosidade	07	04	11
	4. Isolamento Social	04	04	08
	5. Promiscuidade	-	03	03
	6. Corpo marcado	01	01	02

A subcategoria **Silêncio** foi a mais fortemente verbalizada ($f = 16$) dentro da categoria *Crenças Estigmatizantes*, sendo apresentada, equitativamente, entre os profissionais da AB e

da AEHA. Nela, os profissionais enfatizaram a aids como um “segredo” que as pessoas que vivem com o vírus insistem em guardar, ora no momento em que se descobre o diagnóstico, ou mesmo sobre sua condição crônica de soropositividade.

A partir da percepção dos profissionais de saúde, o que impede as PVHA de exporem o seu diagnóstico e consequentemente se manterem numa condição de anonimato frente à infecção, até mesmo dentro dos serviços de saúde, é devido o tabu que a aids ainda carrega ou até mesmo por vergonha, medo da rejeição do profissional de saúde e até mesmo dos familiares, companheiro (a), recusa no ambiente de trabalho e etc., como se pode vê nos exemplos a seguir:

“Tabu, porque ninguém toca no assunto, ninguém chama a doença pelo nome. Tabu como muita coisa. (...) E apesar de conviver bem com a doença, me parece que os pacientes com HIV convivem bem melhor com um segredo. A questão é essa, convive bem, mas não toque, não fale (...) Tinha outra paciente lá (...), ela não queria que os vizinhos soubessem porque uma vizinha tinha comentado com ela há um tempo atrás que se soubesse de alguém que tinha não entraria mais na casa da pessoa. Então tem muito tabu acerca disso, as vezes até com a própria equipe de saúde [Médica AB1].

“É difícil para aquele paciente chegar e dizer a você “eu sou soropositivo”, é difícil esta verdade. São 30 anos nessa área e a doença não vem na testa, a gente tem que adivinhar. Então é o que sempre digo aos meus alunos: “usem sempre o EPI, mesmo que a instituição não lhes forneça, vocês tem que cobrar”. Só teve um paciente que chegou com a verdade: “olhe, enfermeira, eu vim tomar injeção, mas cuidado que sou soropositivo”. Foi muito viável ele assumir que tem o vírus, porque muitos escondem” [Enfermeira AB2].

“Muitos não falam nem pra sua própria mãe, às vezes escondem do companheiro e fica aquela situação. E logo de início fica logo pensando em esconder” [Enfermeira AEHA2].

Deste modo, o silêncio emerge, consequentemente, como uma proteção para a PVHA, um mecanismo de defesa ante a atitude preconceituosa do outro. Ora, o serviço de saúde, um ambiente que deveria ser o lugar de maior conforto, confiança e confidencialidade para essas pessoas, acaba, pois, se tornando também um campo minado. Há pacientes que até se esquivam

do tratamento em função do medo de serem descobertos na sua condição sorológica, como se pode vê na fala da enfermeira da atenção especializada abaixo:

“Mas tem um ou outro que insiste e não quer ir para (nome do hospital público de testagem) ou conhece alguém e pela questão do sigilo não quer se tratar lá, uns dizem assim: se eu for pra lá é melhor morrer, porque lá tem fulano que me conhece e tal. (...) Eu acredito que quanto ao sigilo, ninguém se libertou ainda não, é igual lá no início da doença. (...) não é fácil de jeito nenhum, porque tem o emprego, tem a patroa. Aqui tiveram casos de domésticas que foram demitidas trabalhando muitos anos na casa, mas na hora que a patroa soube do vírus, dispensou” [Enfermeira AEHA2].

A violação da privacidade e do sigilo tem sido repetidamente citada como um problema recorrente nos ambientes de cuidado à saúde, conforme apontaram pesquisas anteriormente desenvolvidas (Daniel & Parker, 1991; Malcolm *et al.*, 1998). Em pesquisa realizada em Porto Rico por Varas *et al.* (2004), foram apontados vários motivos para as PVHA não revelarem seu status sorológico, dentre eles está a preocupação com o sofrimento das outras pessoas e também o medo de retaliações familiares, sendo todos os motivos relacionadas à discriminação ou ao potencial de enfrentar as situações de estigmatização.

Outros estudos (Daniel & Parker, 1991; Almeida & Labronici, 2007; Malcolm *et al.*, 1998; Masini & Mwampeta, 1993; Parker, 2013) demonstraram que há evidências significativas no que se refere às dúvidas ligadas à revelação da sorologia positiva em si – quando dizer, a quem e porque falar – o que pode impedir algumas pessoas de terem acesso ao tratamento na comunidade onde moram devido o potencial medo de que neste movimento sua identidade e seu status sorológico sejam desvendados. Mergulhados nesse receio, desconsideram até das leis de proteção aos seus direitos, afinal, poucos estão dispostos a discutir em juízo pelo simples temor das reações hostis dos outros (Parker & Aggleton, 2001).

Apesar de ser considerado universal, o estigma apresenta-se de formas diferenciadas em cada sociedade, devido a fatores como a epidemiologia local do HIV e os preconceitos pré-existent dentro da cultura (Nascimento, 2009). Em pesquisa desenvolvida na Índia pelo

Unaid (Bharat, Aggleton & Tyrer, 2001) foi revelado que há países, por exemplo, que colocam cartazes próximos as PVHA com indicativos como ‘HIV positivo’ e ‘aids’, ou até mesmo prontuários de pessoas soropositivas que são pegos e seus nomes anunciados sem o seu consentimento para a polícia e para imprensa.

Nas relações cotidianas, Nascimento (2009) afirma que a “informação social” sobre o indivíduo estigmatizado é usada quando interessa, quando os conflitos emergem ou simplesmente quando há embate de interesses. A concepção de “confidencialidade”, por exemplo, também muda de uma cultura para outra, e segundo Campbell *et al.* (1997), o termo ‘*confidencialidade* compartilhada’ foi desenvolvido para representar uma circunstância em que a família e membros da comunidade de algumas culturas supõem que têm o direito de saber sobre a condição de soropositividade de familiares, amigos e até de vizinhos. Este é um conceito que pode ser utilizado para justificar ou encobrir o estigma e/ou práticas discriminatórias.

O permanente silêncio das PVHA até os dias atuais também foi influenciado pela forma como os meios de comunicação em massa propagaram a doença no início da década de 80. Nesta época, a aids era transmitida ao imaginário popular como a mensageira da morte e as propagandas enfatizavam a doença como um animal peçonhento (aranha caranguejeira para mulheres e escorpião para homens), aumentando o mistério e sigilo acerca da doença não apenas para os soropositivos, mas também no discurso popular, afastando as pessoas da testagem, tratamento e aumentando assim, a vulnerabilidade enquanto consequência desta situação (Ayres, 2002; 2009; Joffe, 2003).

Diante deste cenário é que também se discute a segunda subcategoria aqui decorrente, nomeada ***Sentença de morte***, representada por um total de 14 verbalizações, sendo mais pontuada pelos Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids ($f=9$). Aqui vale fazer um adendo, que embora os conteúdos tenham sido enquadrados na mesma categoria, é perceptível uma diferença destes entre os profissionais da assistência especializada e os da atenção básica,

haja vista os da AEHA referirem mais a crença do usuário em associar a aids à morte, reforçada pela ligação com o medo que muitos referem ao receber o diagnóstico positivo. Já os profissionais da AB trouxeram mais discursos em que eles mesmos ainda percebem a contaminação pelo HIV nesta noção de finitude, podendo a qualquer momento levar a PVHA à morte iminente, mesmo eles sabendo do acesso universal e sucesso que é a TARV, principalmente no Brasil. Abaixo os exemplos clarificam esta explicação:

“É a morte... Porque é um dilema na pessoa que tem esse diagnóstico, ela queira ou não, ela precipitou. Então, é uma oportunidade dela se colocar frente às questões relativas à morte, né?” [médico, AB5]

“Medo, o medo da morte (...). Você vê assim no olhar deles uma certa tristeza, eu acho que não tem esperança, porque sabe que tá com a doença, sabe que tá com o vírus e mais pra frente vai desenvolver as doenças né, que são na realidade as maiores causadoras da morte e fica (...) sem ter perspectiva. (...) É uma doença que é vista como se fosse o fim da vida, dizendo assim mais no popular, “ah, to com HIV, vou morrer, não vou viver muito tempo”. E querendo ou não gera um conflito familiar, porque a família fica com aquele medo também, e o paciente também, o medo da morte” [Enfermeira AB1]

“A paciente me perguntou, “e eu vou morrer?” Esse é o grande questionamento deles” [Enfermeira AEHA3]

“(...) porque vem sempre logo a pergunta: Ah, será que eu vou morrer? Vou fazer tudo isso e será que vai adiantar? A gente fala, fala e muitas vezes uns não acreditam, aí dá logo a tristeza, choram achando que vão morrer logo, sair do cenário da vida, acham que não vão poder criar os filhos (...) a gente nota mesmo esse pesar, parece até que a gente tá determinando a morte deles. Por isso eu digo logo; olhe, aqui ninguém fala em morte, só em vida e em saúde, eu não dou atestado de doença, só de saúde” [Enfermeira AEHA2]

Até 1997 a imprensa brasileira personificava a pessoa soropositiva em camas de hospital, numa condição clínica de degradação passiva e fatal, como nas imagens divulgadas do cantor Cazuza pela revista veja em 1989, com grande prejuízo para as PVHA, uma vez que se anexou a isso o entendimento popular de que a aids é a doença do corpo mortificado e inevitavelmente letal. Nesta época, o Ministério da Saúde tentava consolidar a informação

acerca da doença, todavia, a mídia, de alguma forma, transmitia aversão e terror através das propagandas e noticiários. Uma caveira entre dois corações sinalizava o símbolo mundial de luta contra a aids, o que associava o amor à morte, e a aids à sentença do final da vida, até as frases de efeito eram com frases do tipo: “O amor pode matar: use camisinha” (MS, 2015; Souza, 1994; Parker, 2013).

Tais episódios repercutiram de modo tenso à epidemia, uma vez que a aids foi associada à várias outras crenças estigmatizantes ligadas ao medo da doença e da morte, sendo um dos principais deles o de *periculosidade* das PVHA, que representa a terceira subcategoria aqui identificada. Surgiram nela 11 verbalizações dos profissionais de saúde, sendo a maioria ($f=7$) da rede de AB. Aqui os participantes destacaram o perfil ameaçador em torno PVHA, salientando a conotação de agressividade, vingança, perfil criminoso e até imprevisível que alguns soropositivos trazem sobre si, ao cobiçar, por exemplo, atacar os profissionais no momento que recebem o diagnóstico ou mesmo tentarem fazer uso de seringas para feri-los durante o tratamento, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Porque muitas pessoas pensam assim “se eu tenho vou querer transferir pra outras” e assim vai aumentando os casos, né? Até mesmo pode acontecer do paciente querer nos agredir, pode ter algum caso de um paciente agitado, e a gente for fazer alguma medicação e ele querer nos agredir com a agulha usada já nele. Já ouvi falar em casos de agressão de alguns pacientes de não aceitar a doença, não aceitar que está com o vírus, e vão fazer o tratamento forçados, aí descontam nos profissionais de saúde” [Enfermeira AB1]

“O meu medo é esse e sem falar no medo que eu tive da paciente me bater, porque realmente tem umas que são muito rebeldes. (...) Teve gente que já veio com faca querendo matar doutor. É tudo isso, a gente corre esses riscos.” [Médica AEHA1]

Foi possível notar nas verbalizações que a crenças em torno do estigma de imprevisibilidade da pessoa que vive com HIV/aids foi menos endossado pelos profissionais que tem maior contato com elas; prontamente, os da atenção especializada. Tal dado remete à contribuição de Allport (1962) sobre a hipótese do contato, ao referir que o contato interpessoal

entre indivíduos de categorias sociais diferentes pode cooperar para uma redução do preconceito, uma vez que este contato pode impedir a generalização de todos os indivíduos de um dado grupo minoritário do conjunto de características normalmente negativas que lhe são atribuídas. No entanto, a literatura ainda não apresenta um consenso acerca dessa questão, pois há estudos que mostram o alto índice de preconceito entre os familiares de pessoas que vivem com HIV/aids (Barreto de Almeida & Labrocini, 2007; Botti *et al.*, 2009; Parker & Agleeton, 2001).

A associação do vírus da aids com a periculosidade não é algo recente. No início da propagação da epidemia até meados da década de 90, o exercício profissional de cuidado em aids era caracterizado pelo horror, medo e morte, se associando às práticas profissionais de acentuada defesa e cuidado, marcada pelo distanciamento físico e o uso de técnicas de autoproteção exacerbadas. Ademais, o distanciamento psicossocial também marcou esta fase, sendo vivenciado no contato interpessoal com os pacientes durante as intervenções. Para Oliveira (2013), as relações estabelecidas entre as representações e a prática do profissional da época, caracterizava-se, “por um processo de precedência de práticas profissionais determinando as formas de pensar a aids (p.8)”.

Mais recentemente, precisamente em 2015, a ABIA emitiu um boletim retratando sua indignação no regresso do “vírus ideológico”, nomeando assim, o vírus do HIV sustentado pela tríade *estigma, preconceito e discriminação*. No boletim, a associação referiu-se a um importante veículo de comunicação brasileira que divulgou numa série de reportagens o suposto “clube do carimbo”, caracterizado por um grupo de PVHA que supostamente transmitiam o vírus da aids deliberadamente. Em consequência, logo as redes sociais estavam infestadas de postagens falando que as PVHA estariam transmitindo o vírus através de seringas infectadas, reforçando tão acentuadamente o conceito de periculosidade em torno do HIV/aids (ABIA, 2015).

Outro exemplo dos dias atuais que ilustra a persistência desta categoria é o projeto de lei 198/2015 que vigora no Congresso Nacional, cuja proposta é criminalizar a transmissão proposital do HIV (Unaid, 2016). Na ocasião, a sociedade civil se organizou para contestá-lo, tendo em vista avaliarem que a criminalização da transmissão do vírus só aumenta o estigma sobre o HIV, e, principalmente, o conceito da PVHA como alguém perigoso e ameaçador. Se remetermos ao famoso bordão “quem vê cara não vê aids”, veiculado por campanhas da mídia de incentivo à prevenção, perceberemos que por trás dele há um estigma “disfarçado” da suposta “ameaça sem rosto”, como algo profundamente assustador no imaginário social. Para Monteiro e Villela (2013), a cara da aids não é nenhuma em particular. Em termos globais, as PVHA hoje são, para os autores, “tão diversas como são diversas quaisquer outras populações em um mundo profundamente heterogêneo e injusto” (p. 97).

O anúncio de um diagnóstico de HIV para uma pessoa, de acordo com a psicóloga clínica Martin-Chabot (2010), indica, por si só, um estado de periculosidade. “Periculosidade para si mesma, uma vez que não há tratamento para curar, e periculosidade para o outro, uma vez que há riscos de transmitir o vírus” (p. 4). Esse sentimento de periculosidade pode ser reforçado, segundo a autora, se na intervenção psicológica o profissional tentar advertir a pessoa moralmente com um aconselhamento do tipo “Para a saúde dele, é importante que você conte”, se referindo, neste caso, ao companheiro (a), por exemplo. Apesar da intervenção está sendo fundada no cuidado com o outro, mas nesse momento não tem a ver com o sofrimento do paciente que está sendo atendido.

Retomando as três categorias aqui anteriormente mencionadas - *silêncio*, *sentença de morte e periculosidade* -, tem-se em sequência a quarta categoria aqui denominada, a partir das falas dos profissionais de saúde: ***Isolamento Social***. Ela soa como uma resultante das categorias anteriores, uma vez que advém de processos estigmatizantes nos quais o indivíduo se isola do meio social, da família e até mesmo do companheiro (a) para não ter que abrir o seu

diagnóstico e acabar, pois, levando sofrimento aos seus e passando por situações de discriminação dentro da própria casa. Para alguns profissionais de saúde, as pessoas são solitárias e perdem, inclusive, a perspectiva de se relacionar amorosamente devido sua condição de soropositividade, conforme demonstra a fala da médica da atenção básica a seguir:

(...) e eu acho que muitas vezes são pessoas muito solitárias pela dificuldade de se relacionar, de encontrar parceiros mesmo (...). É a questão de que muitos realmente perdem a perspectiva do futuro, a questão de seguir em frente, de trabalhar, de ter uma família, casar, ter filho, de viver sem preconceito. Muitas vezes eles mesmos colocam isso na cabeça deles também. (...) Muitas vezes são pessoas sozinhas [Médica AB2]

“são pacientes isolados. (...) porque eu acho que ele vê a reação das pessoas negativa em relação a ele e ele tem aquele medo do profissional de saúde e da sociedade no geral deixar ele de lado” [Enfermeira AB1]

O afastamento do convívio social para a pessoa soropositiva é, na maioria vezes, para se proteger do julgamento social e até mesmo do sofrimento em ter que abrir seu diagnóstico e, por vezes, enfrentar a não aceitação. A PVHA quando se vê sem apoio diante de um diagnóstico positivo teme o abandono, o isolamento e até mesmo sofrer a perda do emprego ou violência física diante de sua condição patológica (Parker & Aggleton, 2001; 2003). Em circunstâncias extremas já foram referidas até mortes prematuras por meio da eutanásia ou de suicídio (Malcolm *et al.*, 1998). Foi o que Herbert Daniel nomeou de “morte civil”, que precede a morte física, pois a pessoa não se sente mais parte da sociedade tendo os seus direitos e sua cidadania violados por não conseguir mais ter o apoio e o acesso aos serviços que tanto precisa (Daniel & Parker, 1991). A fala expressa pela participante abaixo ilustra um pouco do que foi discutido neste parágrafo:

“A parte da desvalorização tanto vem em cima do sujeito com HIV/aids, que por si só já se desvaloriza e já se menospreza na sua condição de saúde (...), acaba se desvalorizando e provocando a própria exclusão da sociedade, ele acaba se marginalizando. Ele se afasta da família, se afasta dos amigos e dificulta o acesso da equipe de saúde (...)” [Enfermeira AB8].

Em sequência, tem-se a penúltima categoria nomeada de **Promiscuidade**, que apesar de ter sido mencionada por apenas três participantes da AEHA, é sempre apontada na literatura existente em torno do estigma em HIV/aids como um fenômeno recorrente até mesmo nesta quarta década da epidemia. Boa parte da sociedade ainda associa as pessoas soropositivas a um estilo de vida vulgarizado e promíscuo, adotando explicações para a sorologia positiva fundamentadas na culpabilização das mesmas. Vale salientar que nesta tese os profissionais da atenção especializada mencionaram a promiscuidade em suas falas, todavia, mais em tom crítico àqueles que ainda fazem esta menção associando-a ao HIV/aids. Para eles, a doença não é característica de pessoas com estilo de vida vulnerável.

Todavia, obtendo dados diferentes destes, em pesquisa desenvolvida por Atanázio (2016) com 90 estudantes residentes dos cursos de medicina e enfermagem no contexto Paraibano, foi possível perceber que a maioria deles associa a mulher soropositiva à vulgaridade e prostituição. Do total da amostra, em média 40 residentes fizeram essa associação no teste de associação realizado. Para Nascimento (2009), a associação do vírus do HIV à promiscuidade é a principal causa da estigmatização em aids, haja vista o estigma ser mais presente “em doenças que são consideradas como responsabilidade pessoal, contraída voluntariamente ou decorrentes do comportamento desaprovado socialmente – o que causa mais raiva e moralismo do que compaixão” (p. 40). As falas a seguir demonstram a visão dos profissionais da assistência especializada acerca da promiscuidade:

“Se a pessoa tem sífilis, a gente acha assim “Ah, tá tudo bem, tratou, curou”, mas a questão do HIV parece que está associado à promiscuidade, o que não é verdadeiro. Esse conceito é muito frequente entre as pessoas de um modo geral e entre os profissionais de saúde mesmo, achar, associar, a questão do HIV à promiscuidade. Não necessariamente profissionais do sexo, mas a pessoas que tem múltiplos parceiros, e isso não é verdade” [Médica AEHA4]

“Quando você tem um câncer, todo mundo lhe chama de guerreiro, mas quando você tem o HIV todo mundo acha promíscuo, e acha safado, acha irresponsável, e a conduta é outra.” [Enfermeira AEHA7]

Por fim, mas não menos importante, foi categorizado *O Corpo Marcado* como último elemento desta classe temática. Embora se trate de uma idiossincrasia por estar representada apenas por duas falas, é uma categoria relevante na relação com o HIV/aids. Nos resultados obtidos o profissional da AB revelou a preocupação que seus pacientes têm em não parecerem magros demais, para evitar que sejam confundidos com pessoas soropositivas ao vírus, como se reporta abaixo:

“As pessoas têm medo de ficar magras demais, porque acham que vão pensar que tem HIV. Os pacientes, eles não gostam de emagrecer, é uma coisa que me chama muita atenção. (...) Também tem o estresse físico, você emagrece (...) então é uma doença bem impactante, em todos os sentidos” [Médico AB3]

Na fala do médico é notória uma problemática estigmatizante que se vivencia até os dias de hoje no imaginário popular: a magreza física na aids. De acordo com Bertoni *et al.* (2011), tais percepções não são veiculadas de forma explícita, mas são perceptíveis em função do seu suposto inverso, como na ideia ainda persistente entre diferentes populações, de que é seguro praticar sexo sem proteção com pessoas de “boa aparência” ou aparentemente mais fortes, saudáveis.

Referente a isto, a aids teve um momento específico de transição, sendo o ano de 1996 um “divisor de águas” para a epidemia. A aids “aguda”, anterior a 96, momento em que não havia distribuição gratuita da TARV, e a aids crônica, após 96, com a inserção da TARV no SUS. Alencar, Nemes e Veloso (2008) revelaram que o que mudou a “cara da aids” foi a TARV, uma vez que a doença deixou de ser representada pela magreza de Cazuza e foi substituída por alterações corporais provocadas pela lipodistrofia, isto é, pela distribuição e acúmulo irregular de gordura no corpo do indivíduo soropositivo.

Segundo Goffman (2008), é como se a PVHA adquirisse uma nova identidade após receber seu diagnóstico; seja como homossexual, promíscua ou com a magreza excessiva, a identidade da pessoa soropositiva fica marcada por preconceções deterioradas e formadas com

base em expectativas normativas para o autor. Considerando que estas crenças são socialmente compartilhadas, para Bar-tal e Kruglanski (2009), elas podem influenciar a natureza da realidade social que os seus membros constroem, o senso de união e solidariedade que eles experimentam, a intensidade e o envolvimento deles com estas crenças, a pressão exercida sobre os líderes, a conformidade esperada e a ação tomada por todos.

Diante das análises aqui detalhadas nesta primeira categoria, conclui-se que há ainda a existência de processamentos cognitivos negativos e pejorativos associadas ao HIV/aids e presentes na constante percepção de alguns profissionais de saúde de ambas as redes de acesso em saúde (AB e AEHA) investigadas, não havendo fortes discrepâncias em termos de frequências. Notou-se que há, ainda, a vinculação da infecção ao HIV a crenças estigmatizantes ou estereotípicas como horror, morte, crime, perigo, solidão, vergonha e etc., podendo resultar em conflitos sobre a conduta do profissional de saúde frente ao cuidado com a PVHA, bem como no afastamento dessas pessoas dos serviços, resultando em maiores agravos de vulnerabilidade e déficits na qualidade de vida, como já é reportado na literatura (Parker & Aggleton, 2003; Zambenedetti, 2014; Unaid, 2015a).

B) Componente Afetivo do Preconceito

Esta classe temática descreve o componente afetivo do preconceito expresso pelos profissionais de saúde, isto é, o que os profissionais *sentem* em relação às pessoas que vivem com HIV/aids, compreendendo quais sentimentos negativos, paternalistas ou depreciativos permeiam suas práticas. Efetivamente, este componente foi preliminarmente identificado no estudo I desta tese com as *crenças afetivas*, então, pretende-se neste estudo ampliar a discussão também sobre o mesmo.

Conforme anteriormente mencionado, considera-se nesta tese o preconceito como uma forma de relação intergrupar a qual produz discursos ideológicos que justificam a expressão de

atitudes negativas e discriminatórias em relação aos membros de grupos minoritários. Tais discursos ideológicos são permeados por características psicossociais que constituem os processos cognitivos e afetivos, como a categorização social e a atribuição de estereótipos e sentimentos que nascem nas condições objetivas e concretas das relações de poder entre os grupos (Camino *et al.*, 2001; Pereira *et al.*, 2003; Lacerda *et al.*, 2002).

Os preconceitos sociais são formados, segundo Kruger (2004), por estruturas psicológicas de maior complexidade advindas de sentimentos voltados a um determinado grupo humano. Dito de outra forma, para o autor, a articulação entre sentimentos favoráveis ou desfavoráveis, de aceitação ou rejeição dos grupos visados, causa, na ocorrência combinada de crenças e estereótipos negativos, um preconceito social.

Os sentimentos e estereótipos desvalorizantes associados especificamente à aids fundamentaram polarizações que prescrevem, desde os primórdios da epidemia, o bem e o mal, o certo e o errado, deixando a noção sobre as pessoas acometidas de “vítimas” (mulheres casadas, crianças e hemofílicos) ou “culpadas” (profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homossexuais), classificação que obviamente não contribuiu em nada no controle da aids (Ayres, *et al.*, 2012a; Paiva, 2000). Ora, de um lado, o posicionamento moral da sociedade gerou as pessoas que padecem em pena e tristeza, e do outro, as culpadas, envoltas por medo e rejeição.

Na tabela abaixo se encontram as frequências da categoria e subcategorias que emergiram nesta classe temática, comparando-se também os profissionais da Atenção básica com os da atenção especializada neste ponto.

Tabela 10. *Categoria, subcategorias e frequências por redes de acesso em saúde.*

Categoria	Subcategorias	Atenção Básica	Atenção Especializada	Total
Sentimentos dos profissionais de saúde às PVHA	1. Pena	09	12	21
	2. Medo	06	08	14
	3. Tristeza	05	04	09

1) Sentimentos dos profissionais de saúde frente às PVHA

Em 1984, o psicanalista húngaro Michael Balint já se referia através de sua obra “O Médico, Seu Paciente e a Doença” à atenção dos profissionais de saúde nas dimensões psicológica e social do cuidar. Para ele, a personalidade do médico é o primeiro "medicamento" que se prescreve aos pacientes dentro do serviço de saúde (Balint, 1984).

Um estudo realizado com médicos brasileiros por Malbergier e Stempliuk (1997) na primeira fase da aids, com o objetivo de analisar as atitudes, preconceitos e entraves destes profissionais frente às PVHA, foi verificado que boa parte dos médicos, ao relatar as peculiaridades que diferenciam os pacientes soropositivos de outros, aludiram às dificuldades no atendimento, destacando que há uma sobrecarga sobre o médico. Os principais sentimentos foram: angústia, frustração, irritação e depressão, respectivamente. Mais da metade da amostra referiu sentir raiva dos seus pacientes soropositivos pelo uso de drogas ou devido o comportamento sexual corrompido. Uma década depois Sadala e Marques (2006) apresentaram uma pesquisa a partir da percepção de profissionais de saúde que lidam com doenças infectocontagiosas, tendo concluído que os preconceitos em torno das PVHA persistem, sendo relatados sentimentos de angústia, ansiedade e fragilidade pelos profissionais, demonstrando não se sentirem preparados emocionalmente para lidar com tal demanda.

Partindo desse contexto, esta primeira categoria refere-se aos *Sentimentos dos profissionais de saúde frente às PVHA* ($f=44$), que resultou nas subcategorias: *pena, medo e tristeza*, respectivamente. A subcategoria **Pena** foi a mais frequente na fala dos profissionais, apresentando 21 verbalizações, sendo a maioria advinda dos profissionais da atenção especializada em HIV/aids ($f=12$), que em sua maioria fizeram menção à casos específicos de pacientes que passaram por suas vivências dentro dos serviços de saúde e despertaram neles tal

sentimento. Ao passo que os profissionais da AB ($f=09$) referiram o sentimento de forma mais genérica, conforme se ilustra nas verbalizações abaixo:

“Pena? Muita! Eu vou me lembrar de n casos, mas algumas situações são muito específicas, por exemplo, uma paciente muito antiga minha que a primeira experiência sexual dela foi com um noivo que ela tava prestes a casar, e assim, se descobriu infectada já às portas do casamento. E ela viveu pouco tempo porque já descobriu o diagnóstico com doença avançada (...). Vou me lembrar de n outras situações de pacientes meus jovens que foram abusados sexualmente. Pena de situações onde é... não houve a chance de escolha, pacientes jovens que foram submetidos a situações de abusos mesmo e se infectaram, mulheres casadas (...)” [Médica AEHA4]

Eu como profissional sentia muito dó, pena deles, por eles serem pessoas muito excluídas, ainda hoje são muito excluídas [Enfermeira AB3]

“Pena, já senti, porque a gente sabe que é uma patologia que você pode tá bem no momento, mas em outra você pode tá ruim, então dá pena de saber que aquela pessoa vai passar por muitas coisas que podem descontrolar sua vida” [Enfermeira AB4]

Em função desses aspectos, a “pena” aqui foi referida como expressão de emoção aparentemente positiva e benevolente, no entanto, coloca a PVHA num lugar de passividade, submissão, incapacidade e falta de autonomia perante a sociedade e a sua própria vida. Este sentimento trata-se de uma atitude, conforme Melo (2017), paternalista e assistencialista, uma vez que restringe ainda mais a autonomia das PVHA, pois concebe estes indivíduos como limitados, dependentes e indefesos, que ficam aquém de novas possibilidades. Portanto, a disposição à benevolência seria, de acordo com Pedrão, Avanci e Malaguti (2002), não a presença de estima ou afetividade pela pessoa, mas a aderência ao paternalismo caritativo.

Em pesquisa bibliográfica realizada por Carvalho, Moraes, Koller e Piccinini (2007), foi enfatizado que o preconceito frente à pessoa soropositiva mistifica a questão do bem-estar psicológico, qualidade de vida e resiliência como estados incoerentes e contraditórios na vida destas; isto é, não se julga que estes sejam estados presentes na dinâmica existencial das PVHA, haja vista o preconceito mapeá-las como meramente impotentes subjetivamente.

Vale referir, deste modo, que alguns profissionais, mais especificamente da atenção especializada, fizeram questão de ressaltar que o que sentiam pelas pessoas soropositivas ao vírus não era necessariamente pena, mas sim compaixão, por considerarem a pena um sentimento que, subjetivamente, enfraquece o indivíduo soropositivo, como se observa na verbalização a seguir:

(...) pena não, é compaixão, que é diferente de pena [Enfermeira AEHA2]

Não, pena propriamente não, porque eu acho eles tão fortes, seria mais compaixão, porque assim, eu já ouvi falar também, que a gente não pode ter sentimento de paternalismo com o paciente né, porque ele não é digno de pena, ele é digno de ajuda, tem mais é que ajudar, mas pena propriamente não, não senti pena, mas compaixão [Enfermeira AEHA6].

A segunda subcategoria mais pontuada foi **Medo** ($f=14$), evocação que também se fez presente no estudo I desta tese, e a qual chamou atenção, pois, apesar de ter pontuado mais nos serviços de atenção especializada ($f=8$), os profissionais pertencentes a esta rede de acesso, referiram, na grande maioria ($f=6$), não o medo da pessoa soropositiva em si, mas sim o medo da pessoa que tem transtorno mental ou dependência química associada ao vírus, alegando receio de violência ou de um surto no momento do atendimento. Os exemplos a seguir demonstram essa explanação:

“Medo, já senti quando fui realizar uma testagem de um dependente químico. Chamei até uma técnica pra ficar comigo porque tive medo de ficar sozinha na sala com ele” [Enfermeira AEHA3]

“Olhe, medo também já senti, principalmente porque tem pessoas que não só tem o HIV, às vezes tem um problema psiquiátrico e tem algumas pessoas que são mais trabalhosas porque são uma ameaça” [Enfermeira AEHA1]

“Medo, (...) assim, por ter eventualmente pacientes com transtornos psiquiátricos e por atender marginais” [Médica AEHA4].

Nota-se que há preconceito imbuído na fala destes profissionais, uma vez que associar comportamentos violentos a pacientes psiquiátricos e dependentes químicos já é algo que a

literatura científica aponta como um problema, pois só aumentam o estereótipo de periculosidade e de imprevisibilidade frente a estes indivíduos já tão estigmatizados, sobretudo os que têm transtorno mental, como demonstrado na pesquisa de Melo (2017).

Em pesquisa realizada com 25 profissionais de saúde conduzida por Maciel *et al.* (2008) na Paraíba, foi notório que impera uma visão pejorativa da pessoa com transtorno mental, associando-os à indignidade devido a falta de razão ou juízo e a ameaça de convívio em sociedade. Corroborando esses dados, de acordo com pesquisa bibliográfica feita por Ross e Goldner (2009), o preconceito é uma das principais causas de repulsa ou afastamento dos pacientes psiquiátricos dos serviços de saúde.

Nos demais dados aqui achados, apenas uma médica da AEHA referiu ter medo de ser infectada com sangue após contato acidental em partos de gestantes, por exemplo, ao mesmo tempo em que todos os profissionais de saúde da AB ($f=6$) referiram que seu medo frente à PVHA é este, o eventual contato com o sangue, como se vê na fala a seguir:

“E a gente como profissional, diretamente a gente não discrimina, mas a gente tem aquele receio, né? Até enquanto você não sabe, você atende normal, como se tivesse atendendo qualquer outra pessoa, mas a partir do momento que ele diz que é soropositivo, vem o receio. Eu quero que você pergunte a qualquer um dos enfermeiros, a qualquer um dos profissionais de saúde que estiver atendendo um soropositivo, duvido aquele que não tenha receio nesse atendimento, receio de contaminação, receio de como se vai enfrentar a doença. (...) Medo já senti e até demais, de contrair, de acidente. (...) E já, já pensei em me recusar ao atendimento! Sou sincera a te dizer, por receio, não discriminando a pessoa, mas por medo de me contaminar porque eu não tinha o material necessário pra fazer o procedimento com ela. Mas, tive que fazer correndo o risco e com três dias corri e fui fazer o teste” [Enfermeira AB2]

“(...) Claro que eu fico receosa que aconteça alguma coisa comigo, mas é mais isso mesmo de insegurança de acontecer alguma coisa (...) Todo mundo tinha medo de trabalhar naquele setor, e quando todo mundo falava que tinha medo, você tinha medo da doença, e você não vê as pessoas que trabalhavam lá (...) elas já chegavam lá toda empacotada com medo até de respirar o mesmo ar” [Enfermeira AB3]

“Dá medo, dá insegurança, até mesmo sobre o que falar com a pessoa. (...) E também o medo que a gente tem de manipular, todo profissional vai ter medo dessa questão de contaminação (...), mas eu sempre tento me controlar pra não deixar esse medo transparecer” [Enfermeira AB4]

Aqui cabe destacar a insegurança que a maioria desses profissionais da atenção básica referiu no manejo do cuidado, seja este técnico, clínico ou subjetivo, aos pacientes soropositivos, transparecendo um despreparo nestes aspectos, o que reflete numa vulnerabilidade programática. A discussão que se ergue aqui é até que ponto os pacientes não sofrem com este despreparo no profissional da Atenção básica? Até que ponto esta insegurança revela-se como um dos pontos de afastamento do usuário soropositivo da Atenção básica em saúde?

Acerca desse aspecto, dois profissionais de saúde da atenção especializada fizeram menção em suas entrevistas à política de descentralização do cuidado de pessoas soropositivas da atenção especializada em HIV/aids para a atenção básica em saúde, demonstrando preocupação com a privacidade dos pacientes e com o preconceito associado. Esta política objetiva estabelecer a atenção básica como primeira e única porta de entrada para a atenção em HIV/aids, descentralizando o cuidado clínico da atenção especializada, e esta última, pois, teria o cuidado mais intenso de agravos específicos das doenças infectocontagiosas. Os trechos a seguir reportam as verbalizações da enfermeira e da médica:

“A estratégia do Ministério de descentralizar pra lá, pra Atenção básica, por exemplo, eu acho que não dá muito certo não, até por conta do preconceito do pessoal, por exemplo, e do preparo dos profissionais mesmo, porque eu vejo casos que os médicos da Atenção básica não querem atender de forma alguma o paciente e mandam pra cá, às vezes uma coisa simples, uma febre, uma diarreia que você pode tratar em qualquer unidade de saúde, eles não querem e mandam pra cá. Aí eu me pergunto como o Ministério da Saúde quer descentralizar, se esses profissionais não têm preparo? O medo não deixa que as pessoas se preocupem em aprender pra atender!” [Enfermeira AEHA8]

“(...) Tanto é que meus pacientes, por exemplo, na época da vacina eles poderiam tomar no posto, era só dizer, mas eles dizem que não tem confiança

de dizer o diagnóstico de HIV/aids no PSF, porque se conversa muito e um passa pro outro” [Médica AEHA5]

Com o objetivo de investigar o motivo que leva as PVHA a não buscarem os serviços do SUS, mesmo este sendo em seus bairros e próximos as suas residências, Almeida e Labrocini (2007) perceberam que essas pessoas preferem a invisibilidade e o segredo devido o “receio antecipado” do estigma e da discriminação. Estes elementos se tornam, pois, centrais, sendo considerados os principais motivos para afastar os usuários das unidades de saúde.

Vale salientar que em alguns estados brasileiros, a exemplo de Curitiba, essa política de descentralização já foi efetivada e os relatórios emitidos pelo Ministério da Saúde apontam, notadamente, vários aspectos positivos (MS, 2015). Contudo, Zambenedetti (2014) demonstrou que a política passou a analisar a aids como uma doença crônica de necessidade muito mais biológica e clínica do que psicossocial, desconsiderado a complexidade do fenômeno, haja vista a política, cuja proposta é a ampliação da “porta de entrada” da atenção básica, levar boa parte da população ao medo da revelação do seu diagnóstico, e acabar, paradoxalmente, afastando-se do serviço.

Então, tendo desenvolvido sua pesquisa de doutorado em 2014, numa unidade de Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Zambenedetti contou com a participação de gestores, da equipe de saúde e dos usuários. A proposta foi fazer na atenção básica uma apreciação entre a dimensão paradoxal do território e os processos de estigmatização da aids nesta rede. Os resultados apontaram aspectos positivos baseados na maior proximidade do serviço de suas residências, a exemplo do melhor acesso ao diagnóstico e às ações de prevenção. Em contrapartida, os aspectos psicossociais são permeados pelo estigma, boicotando o acesso à unidade de saúde.

No entanto, no que se refere à atenção especializada em HIV/aids, ainda não é consensual entre as pesquisas se esta rede de acesso está totalmente isenta de profissionais com

emoções contrárias e depreciativas ou com ações discriminatórias sobre as PVHA. Visando compreender o significado atribuído pelos profissionais desta rede especializada aos cuidados que prestavam às PVHA, Sadala e Marques (2006) conduziram uma investigação com 10 profissionais de saúde. Os resultados mostraram, apesar dos avanços significativos, que há discriminação no tratamento em HIV/aids, associada a sentimentos de insegurança e medo frente à enfermidade, o que poderia ser esclarecido, de acordo os autores, pela falta de capacitações apropriadas tanto nos hospitais gerais como nos serviços.

Outra pesquisa realizada por Porto, Silva e Vargens (2014) acerca do cuidado de mulheres com HIV/AIDS, investigou a perspectiva de 12 mulheres profissionais de saúde atuantes em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro, RJ. Constatou-se que há, nessa amostra, inquietações do ser mulher/profissional cuidando de mulheres com HIV, haja vista as profissionais ainda trazerem consigo percepções arcaicas da doença, contribuindo até mesmo para o aumento da vulnerabilidade de gênero no HIV, preconceito e discriminação.

Já outra análise realizada por Oliveira *et al.* (2015) com 20 enfermeiros cuidadores de PVHA em um hospital público universitário também no Rio de Janeiro, os resultados foram mais evolutivos e promissores. Com o intuito de analisar as representações sociais destes profissionais sobre o tratamento dos soropositivos, os autores observaram que o tratamento da PVHA é reconhecido, na rede de representações dos enfermeiros, em suas dimensões física, relacional e psicossocial, não se reduzindo apenas à terapia medicamentosa em termos de adesão ao tratamento clínico ou na busca quantitativa de metas.

Por fim, ainda dentro desta categoria foi nomeada a subcategoria **Tristeza**, que também esteve evocada no estudo I desta tese, apresentou nove verbalizações, sendo cinco advindas dos profissionais da atenção básica. Atenta-se que esta subcategoria segue a mesma linha de interpretação da anteriormente discutida *Pena*, uma vez que se trata de um sentimento que é expresso pelos profissionais como uma emoção supostamente boa e benéfica, no entanto, não

acrescenta nenhum aspecto positivo, útil ou construtivo sobre a PVHA, como se nota nas verbalizações das enfermeiras escritas abaixo:

“(...) eu fiquei triste (...) sempre quando eu vejo algum paciente com HIV eu fico triste (...) quando eu vejo assim um caso que não tem cura (...). Eu, como profissional de saúde ainda me sinto triste, porque se tudo fosse fácil, né, teria cura (...) eu fiquei triste, me senti muito mal, porque a gente vê cada coisa e não pode fazer nada” [Enfermeira AB1]

“Tristeza, porque sou sincera a te dizer, vem logo na minha cabeça “o coitado”!” [Enfermeira AB2]

“Em relação à tristeza, (...) se eu fosse portador do vírus eu teria uma tristeza profunda e o medo do que pode vir da evolução da doença que é muito incerto e improvável” [Enfermeiro AB7]

Vale referir que os profissionais da AEHA que mencionaram a *tristeza*, referiram-se às crianças, justificando que estas se infectam inocentemente, e acabam, pois, tendo que carregar a condição soropositiva por toda a vida.

“É traumático, (...) principalmente porque atendo crianças, e por vezes envolve a mãe enquanto adesão. Quando a gente vê uma criança adoecer, morrer, mesmo sendo profissional, traumatiza.” [Médica AEHA2].

“Assim, tem alguns que você fica assim meio pensativo, porque, por exemplo, criança, a gente aqui quase não atende criança, mas às vezes aparece alguma e me deixa triste pelo fato [para de falar e se emociona, enxuga as lágrimas e tenta continuar, mas o choro não cessa facilmente] dos coitados não terem culpa. Então, geralmente, o atendimento infantil sempre me marca [pausa novamente e chora mais]. Quando você trata um adulto, quer queira, quer não, ele tem consciência do que fez” [Enfermeiro AEHA8].

Conforme se nota, esse foi um momento de extrema sensibilidade para o enfermeiro da AEHA entrevistado. A entrevista foi pausada e o mesmo foi questionado se sentia-se confortável para continuar; ele afirmou que sim, e após alguns minutos foi dado prosseguimento à entrevista.

Ao discutirem o cuidado medicamentoso à criança com HIV com seus desafios e dilemas, Tosoli e Evangelista (2009) desenvolveram um estudo a partir da percepção de 13

familiares cuidadores de crianças soropositivas em uso contínuo da TARV em seus domicílios. Concluíram que o início do uso é dificultado pelos efeitos colaterais sobre a criança e, por isto surgem indagações quanto à necessidade do uso, além de que o cuidado é permeado por estigmas e preconceitos. Tendo em vista esses aspectos, os autores destacaram o importante papel na assistência a este público que a equipe de enfermagem tem, englobando desde a prevenção de doenças oportunistas à educação em saúde, auxiliando no processo de empoderamento dos familiares cuidadores, na adesão à terapêutica e no aumentando da qualidade de vida das crianças.

C) Componente Disposicional do Preconceito

Esta classe temática engloba o componente conativo ou disposicional do preconceito, isto é, denota a intenção ou realização de uma ação, tratando-se de narrativas de discriminação outrora vivenciadas pelos profissionais de saúde, bem como a discriminação justificada que alguns profissionais expressaram, trazendo a comparação entre os profissionais da atenção básica com os da atenção especializada em HIV/aids, obtendo um total de 27 frequências verbalizadas.

Várias fontes (Foreman, Lyra & Breinbauer, 2003; Onusida, 2005; Parker & Aggleton, 2002; Unids, 2017) relacionam o estigma e o preconceito com a discriminação, caracterizando esta última como um tratamento injusto em forma de ação ou omissão, com base na ciência sobre o status sorológico de uma pessoa. De tal modo, a discriminação corresponde ao modo de expressar, através de ações, o estigma (o que eu penso) e/ou o preconceito (o que eu sinto). São considerados sinais de discriminação: pedir o exame anti-HIV sem consentimento; negar assistência médica ou atendimento hospitalar em função da condição sorológica; negar emprego também pela condição; excluir a pessoa com HIV de atividades coletivas e etc.

Através da busca de fontes internacionais que tratem do tema discriminação e HIV/aids (Daniel & Parker, 1991; Foreman, Lyra & Breinbauer, 2003; Onusida, 2005; Parker & Aggleton, 2003; Parker, 2013; Unaid, 2008; 2015a), tornou-se bem claro que estes dois elementos constituem um problema relevante em nível mundial a ser enfrentado. O Unaid recorda que:

Em 1987, Jonathan Mann, o então diretor do Programa Mundial contra a Aids da Organização Mundial de Saúde, previu três componentes da epidemia de HIV: o primeiro seria o HIV; o segundo, a Aids; o terceiro, o estigma, a discriminação e a negação. Previu que o estigma, a discriminação e a negação seriam tão centrais quanto à enfermidade por si mesma (Unaid, 2008, p. 21).

Nesse contexto, merece destaque a pesquisa desenvolvida dentro dos serviços de saúde por Foreman, Lyra e Breinbauer (2003) para investigar especificamente a manifestação da discriminação. Os autores deram abertura a uma série de estudos feitos em vários países com o objetivo de identificar, dentro dos serviços, as atitudes dos profissionais de saúde, e, por sua vez, as experiências das pessoas soropositivas. O estudo mostra a presença de discriminação em boa parte dos serviços, muito embora também aponte para a redução das práticas discriminatórias em comparação com os primórdios da epidemia. Os autores chegam a indicar a melhoria nas capacitações da equipe de saúde para ampliar as informações e reduzir o preconceito.

Ao averiguarem a relação médico-paciente, Herrera *et al.* (2008) perceberam, a partir do relato de pacientes, que há aspectos envolvidos que afetam tanto a adesão como a qualidade de vida das pessoas soropositivas. Os resultados encontrados assinalam a existência de discriminação nos serviços de saúde, bem como a escassez de capacitação dos profissionais, levando alguns a não solicitarem o teste de HIV no momento propício, tendo como efeito o diagnóstico tardio.

Diante desta problemática, e concomitante com os achados citados anteriormente, este estudo vem demonstrar que ainda há discriminação dentro dos serviços de saúde, seja nos

serviços de abrangência básica ou especializada, conforme será descrito nas categorias detalhadas na tabela 11 a seguir.

Tabela 11. Categorias e *Frequências por redes de acesso em saúde*.

Categorias	Subcategorias	Atenção básica	Atenção Especializada	Total
1. Discriminação nos serviços frente às PVHA	—	10	09	19
2. Discriminação nos serviços frente ao profissional	—	1	3	4
3. Discriminação justificada	—	3	1	4

1) Discriminação nos serviços de saúde frente às PVHA

Nesta categoria, nomeada de ***Discriminação nos serviços de saúde frente às PVHA***, emergiram 19 verbalizações no total, sendo 10 na rede de atenção básica. Aqui os profissionais expressaram narrativas sobre situações de discriminação que já vivenciaram, principalmente, a recusa de atendimento por outros profissionais, consoante se vê nos exemplos abaixo:

“Teve um amigo meu um dia desses que foi examinar um... fazer perguntas a um aidético, meu Deus! Ele parecia que tava numa nave espacial, assim, todo paramentado. Eu não quero discordar se ele estivesse com alguma gripe, alguma baixa de imunidade, alguma coisa desse tipo que pode haver. Mas assim, a gente notava que era por preconceito mesmo, ele se recusava praticamente até a tocar. Aí eu cheguei perto dele e disse: “Ei, rapaz, deixa ele comigo, porque eu já o conheço da semana passada e a gente já deu umas conversadas, e ele tá tomando coquetel, ele não tá infectando ninguém, ele não tem lesões”. Aí a gente começou a cuidar daquele moço porque era necessário. Até a família dele discriminava”. [Médico AB4].

“Uma vez eu tava num plantão (...) chegou um paciente com HIV e tava com um quadro respiratório grave bem comum nessas pessoas. Um dos técnicos de enfermagem caiu em cima, dizendo que eu não coloquei luvas pra examiná-lo. Mas era só uma ausculta, não precisava, e eu expliquei surpresa, mas expliquei para aquele profissional de saúde, que aids não se passava

assim, que era mais fácil eu pegar uma bactéria do trato respiratório. Mas ele preferiu colocar uma luva pra levar o paciente de cadeira de rodas até a sala ao lado. (...) Quando chegou essa mãe lá na AB a equipe veio me perguntar se havia riscos de pegar alguma coisa porque iam vacinar a criança. E a criança nem tinha HIV”. [Médica AB1]

Já nos serviços de atendimento especializado, nove profissionais narraram situações de discriminação que presenciaram de outros profissionais, todavia, na maioria, referindo-se a situações experienciadas com profissionais da rede de atenção básica, como se nota abaixo:

“(...) porque eu vejo casos que os médicos da atenção básica não querem atender de forma alguma o paciente e mandam para cá. Às vezes, uma coisa simples, uma febre, uma diarreia que você pode tratar em qualquer unidade de saúde, eles não querem e mandam para cá. Ai eu me pergunto como o Ministério da Saúde quer descentralizar se estes profissionais não têm preparo?! O medo não deixa que as pessoas se preocupem em aprender para atender!” [Enfermeira AEHA8]

“Tive uma paciente aqui que chegou, ela não era paciente da casa, ela tava enfartando, e eu atendi porque ela tava na rua e foi trazida e a gente tem que prestar os primeiros socorros. Tentei transferir ela, e quando eu disse, olha, sou a doutora do Clementino, falei a palavra-chave “do Clementino”, “não, não tem vaga”. O paciente não era da casa, e mesmo que fosse, como já aconteceu, o paciente já enfartando, aqui a gente não teve suporte para ele, e foi negada a vaga. Ser negado exatamente porque é do (nome do hospital especializado). Eu ameaçava: “Oh, se você não aceitar, eu quero o seu CRM pra denunciar você, você não pode fazer isso. Não é porque ele tem HIV que ele vai passar HIV porque você vai fazer uma consulta, isso ou aquilo, pra seu título de informação ele é indetectável”.” [Médica AEHA5]

Tais dados trazem à tona, novamente, a reflexão acerca da eficácia da política de descentralização da assistência e tratamento em HIV/aids para atenção básica em saúde, uma vez que os próprios profissionais de ambas as redes referem isso como um problema devido o despreparo clínico e psicossocial na rede de saúde não especializada.

Em pesquisa desenvolvida por Senna, Guimarães e Pordeus (2005) com o objetivo de identificar fatores associados à disposição para o atendimento odontológico de PVHA a partir da perspectiva de 145 cirurgiões dentistas do SUS de Belo Horizonte, MG, do total da amostra, a prevalência de disposição para o atendimento foi de 55%. Os dentistas que tiveram acidente

perfurocortante foram os que alegaram menor disposição para atender, demonstrando que o medo do contágio é a principal fonte de ansiedade para os trabalhadores da saúde com relação ao atendimento de pacientes com HIV/aids. Ainda no mesmo estudo, a regressão logística indicou que a disposição para o atendimento foi estatisticamente significativa, associando-se, respectivamente à: percepção correta sobre o risco ocupacional, ter experiência profissional com PVHA, ser contra o exame diagnóstico compulsório anti-HIV dos pacientes e etc.

Anos mais tarde, merece ser destacada a pesquisa de mestrado desenvolvida por Pereira (2012) que contou com a participação de 19 profissionais de saúde distribuídos em diversas unidades básicas da Paraíba e objetivou compreender as crenças, práticas de cuidado e prevenção das IST/aids na atenção básica. As entrevistas trouxeram à tona discursos dos profissionais, que revelaram, entre outras considerações, a presença de crenças preconceituosas e de discriminação dentro dos serviços frente às pessoas soropositivas e à própria doença em si.

Como se não fosse suficiente os usuários sofrerem discriminação nos serviços de saúde devido sua condição de soropositividade, alguns profissionais respondentes, sobretudo os da atenção especializada, emitiram verbalizações alegando já terem passado por situações desse tipo, tão somente pelo fato de pertencerem à esta rede de saúde e trabalhar diretamente com o vírus do HIV. Este fato aqui discutido deu nome à segunda categoria desta classe temática: ***Discriminação nos serviços frente ao profissional de saúde***, totalizada por quatro verbalizações, como se lê nos exemplos abaixo:

“Eu me sentia uma profissional excluída também, porque é como se fosse aquele setor do hospital que é esquecido, tanto os profissionais quanto os pacientes”. [Enfermeira AB3]

“Sim, tem não só um olhar discriminatório sobre mim, mas às vezes até perguntam: “Ah, você trabalha naquele lugar, com aquele tipo de doença?” E às vezes, pronto, ontem eu tava comentando com as meninas que quando a gente sai com algum paciente para outro hospital, o pessoal já fica assustado só em comentarmos que trabalhamos aqui. E aí já aconteceu comigo algumas vezes do pessoal dizer “aff maria, você trabalha ali?” Aí eu escuto, quando

termina eu digo “olhe, o fato de eu trabalhar lá não me dá risco nenhum. O que eu acho engraçado é que todo mundo tem medo de trabalhar lá, vocês criticam o fato, mas transam sem camisinha por aí. Então lá eu não vou transar com ninguém, lá eu vou atender um paciente e vou usar os equipamentos, então, provavelmente, eu vou encontrar uma de vocês lá!” Aí ficam todas assustadas olhando para minha cara (sorri alto)” – [Enfermeiro AEHA8]

“(...) porque assim eu tive que brigar pra ser respeitada por outros colegas, pela escolha que eu estava fazendo de tratar HIV (...)” [Médica AEHA4]

No início da epidemia este fator era bem mais predominante, pois não se conhecia o agente causador da aids e os médicos viviam situações de altíssimo estresse divididos entre prover a assistência aos doentes, o medo de infectar-se e ainda a discriminação da sociedade ao saber que eles estavam lidando com aquele tipo de doença (Shimma, 2010).

Para concluir, nesta classe temática surgiu ainda a terceira e última categoria denominada ***Discriminação Justificada***, com quatro emissões, sendo representada mais pela rede de atenção básica ($f=3$). A discriminação justificada é um fenômeno recentemente observado na Psicologia Social e assim designado por Pereira, Vala e Costa-Lopes (2010), que traz a discriminação numa ótica motivada por fatores apreendidos como não preconceituosos, isto é, o indivíduo encontra cognitivamente uma justificativa para embasar aquele comportamento e torná-lo menos marginalizador, socialmente falando. As falas a seguir ilustram esse achado:

“Eu acho que os profissionais são discriminatórios sim com a pessoa que tem o vírus, mas não é nem por maldade não, é porque por mais que às vezes você tenha o conhecimento, é algo que nos incutiram porque a gente pegou essa geração do HIV como se fosse algo monstruoso e pra você tirar alguns paradigmas, desconstruir isso, por mais que você tenha algum conhecimento em saber que não pega, é... Causa mais impacto psicológico, é até involuntário, às vezes. Tem profissionais que tem esse preconceito por insegurança, sabe, talvez falta de informação também de alguns, porque tem condutas de profissionais que vejo e às vezes nem acredito, talvez déficit na educação universitária que tá muito fraca, então às vezes é falta de conhecimento mesmo. Tem gente que faz um curso por status, enfim.” [Médico AB3]

“Eu acho que tem muito profissional que tem medo! Discriminam por medo! (...) Então, assim, tem profissionais que não tem medo, entendeu? E têm outros que tem um medo extremo, que acham que “poxa vida! Só em eu pegar aqui, pronto!”[Médico AEHA6]

Os dois trechos reportados acima por médicos de ambas as redes ilustram este tipo de fenômeno, tendo um justificado a discriminação no fato de fazer parte de uma geração que conheceu o HIV no início da epidemia e certamente associa a doença ainda ao seu caráter assustador que se disseminou na época, e o outro profissional já usa o medo como um sentimento que justifica a discriminação do profissional frente à PVHA.

Portanto, como se pôde observar, neste estudo há a presença de *componentes cognitivos, afetivos e disposicionais* do preconceito que permeiam as crenças e o cuidado em saúde dos profissionais frente às PVHA, estruturando-se numa interface de complexidades, uma vez que coloca em jogo o que é compartilhado por esses profissionais, tanto contextualmente, dentro dos serviços de saúde, como socialmente, nas relações estabelecidas. Representados pelas crenças estigmatizantes, emoções, sentimentos depreciativos e negativos, além das atitudes de repulsa ou esquivas frente às pessoas soropositivas, tais processos podem repercutir de forma direta nas práticas de saúde desses enfermeiros e médicos, refletindo, também rigorosamente, na qualidade do atendimento, nas orientações de prevenção, no desenvolvimento de estratégias de saúde para adesão e tratamento desses usuários, e, portanto, em níveis de vulnerabilidades, sobretudo programáticos, já que se tratam de profissionais de saúde inseridos em redes de acesso aos serviços. Tais fatos, conseqüentemente, podem resultar no aumento da vulnerabilidade dessas pessoas, como num processo retroalimentado.

Tendo em vista os resultados obtidos neste segundo estudo, a seguir será reportado o terceiro estudo desta tese, o qual explora as vulnerabilidades como ponto central do debate, complementando o fenômeno até então aqui especificado.

ESTUDO III

PERCEPÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as percepções de vulnerabilidades individual, social e programática dos profissionais de saúde frente às PVHA?

OBJETIVO GERAL

Analisar as dimensões de vulnerabilidades individual, social e programático que os profissionais de saúde situam às PVHA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar as atribuições de vulnerabilidades individual, social e programática que os profissionais de saúde situam às PVHA;
2. Comparar as percepções de vulnerabilidades em torno das PVHA dos profissionais de saúde da atenção básica e da atenção especializada.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Qualitativo, de levantamento, transversal e descritivo.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 31 profissionais médicos e enfermeiros atuantes no Serviço de Atendimento Especializado (N= 15) e na Atenção Básica (N=16), conforme já descrito.

INSTRUMENTO

- ✓ **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Os dados deste estudo também foram coletados por meio da técnica de pesquisa qualitativa denominada entrevista semi-estruturada, a qual já foi descrita em seu conceito e importância no Estudo II. Assim, no intuito de responder ao objetivo geral e específicos elencados neste estudo, o roteiro versava cinco questões, todas descritas no anexo *D* desta tese.

COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada da mesma forma como descrita no Estudo II.

PRODUÇÃO E APRECIÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados deste estudo foi realizada da mesma forma do Estudo II, isto é, através da análise Categral Temática de Figueiredo (1993).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão serão apresentados os resultados da análise categral de Figueiredo (1993), levando em consideração o que os participantes trouxeram em comum em suas falas, as quais foram organizadas em classes temáticas, categorias e subcategorias que emanaram das entrevistas, e, ao serem realizadas, partem dos pontos mais relevantes enunciados por cada participante. Deste modo, foi identificada uma classe temática a partir das verbalizações dos profissionais de saúde nomeada de *Vulnerabilidades*, bem como três categorias com suas respectivas subcategorias, como se observa na tabela 12 abaixo:

Tabela 12. Classe temática, categorias e subcategorias que emergiram das verbalizações.

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
VULNERABILIDADES	1) Vulnerabilidade Individual	1. Estilo de vida 2. Responsabilização da PVHA 3. Desinformação 4. Banalização da prevenção
	2) Vulnerabilidade Social	1. Apoio Social 2. Discriminação social
	3) Vulnerabilidade Programática	—

A classe temática nomeada *Vulnerabilidades* tem como característica o conjunto das atribuições de vulnerabilidades que os profissionais de saúde situaram ou justificaram a condição de soropositividade das PVHA. Como já detalhado anteriormente, o conceito de vulnerabilidade designa “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres *et al.*, 2012a, p.78).

Diante do exposto, a classe temática *Vulnerabilidades* apresentou as categorias *Vulnerabilidade individual*, *Vulnerabilidade social* e *Vulnerabilidade programática*, valendo salientar que esta divisão é apenas didaticamente, visto que, as três vulnerabilidades se interrelacionam para qualquer análise social. A seguir será realizada a descrição de cada categoria com suas respectivas subcategorias para melhor entendimento do fenômeno aqui explorado.

1) Vulnerabilidade Individual

Nesta primeira categoria estão as verbalizações referentes aos profissionais de saúde que situaram as pessoas soropositivas em níveis de vulnerabilidade individual, isto é, associaram os seus comportamentos a uma vulnerabilidade resultante da ação direta e voluntária

dessas pessoas, desconsiderando, pois, os aspectos contextuais ou programáticos na exposição à infecção ou adoecimento. Nesse sentido, foi notório que os profissionais consideraram que as PVHA contraíram o vírus devido à exposição à variáveis como estilo de vida, comportamento de risco, falta de informação, banalização da prevenção e até mesmo por promiscuidade, merecendo, segundo alguns participantes, serem responsabilizadas pela aquisição do vírus.

Partindo-se desta análise, esta primeira categoria foi composta por 56 verbalizações no total, sendo a que mais apresentou frequências dentro de toda classe temática *Vulnerabilidades*, dando voz, a partir das falas dos profissionais de saúde investigados, a quatro subcategorias: *Estilo de vida*, *Responsabilização das pessoas que vivem com HIV/aids*, *Desinformação e Banalização da prevenção*, respectivamente descritas por redes de saúde na tabela 13 abaixo.

Tabela 13. *Categoria vulnerabilidade individual, subcategorias e frequências por redes de saúde.*

Categoria	Subcategorias	Atenção Básica	Atenção Especializada em HIV	Total
Vulnerabilidade Individual	1. Estilo de Vida	06	12	18
	2. Responsabilização das PVHA	11	06	17
	3. Desinformação	08	03	11
	4. Banalização da prevenção	02	08	10

A primeira subcategoria aqui descrita foi ***Estilo de vida***, apresentando um total de 18 verbalizações, situadas na maioria ($f=12$) na rede de atenção especializada. Na literatura o *estilo de vida* se define como o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (Nahas, 2001, p.11). Deste modo, nesta seção, os profissionais atribuíram o contágio pelo vírus HIV às pessoas que tem um estilo de vida voltado à promiscuidade, uso de álcool, drogas, devassidão ou “vida louca”, como se lê nos exemplos que seguem:

“Eu acho que elas não tem a oportunidade de pensarem de uma outra forma, a não ser o “vida louca”, entendeu? (...) Não importa como, não importa com quem, de que forma, né? E existe uma libertinagem, sabe?”[Médica AB8]

“(...) Acho que foi mais a curtição mesmo, sabe, as curtições (...). Então, eu acredito que a maneira social de se viver as fantasias sexuais, às vezes mulheres idosas separam ou estão viúvas aí saem com uma pessoa mais jovem e passa pra elas. Eu acredito muito que seja do modo de se querer viver, sabe?”[Enfermeira AEHA2]

“Acredito que muita gente que tem o conhecimento, não só as populações vulneráveis, saem fazendo roleta russa e não se cuidam, por vida louca mesmo, até mesmo pessoas muito esclarecidas, que eu inclusive conheço. Não tem autocuidado nenhum, então acha que não vai acontecer comigo, não pensa, né?! (...)” [Médico AB3]

Como elemento determinante da promoção à saúde, o estilo de vida pode constituir-se em significado importante no processo de construção de uma vida saudável e com mais qualidade de vida, a partir da adoção de hábitos de vida benéficos. No entanto, a promoção da saúde, nesse processo, não é responsabilidade exclusiva deste construto, pois vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Ayres, *et al.*, 2012b; Paiva & Zucchi, 2012; Parker, 1997).

Em continuidade, na presente tese foi perceptível ainda a atribuição do estilo de vida das *populações chaves* como causa para a contaminação do vírus, conforme se vê nos trechos a seguir:

Assim, são pessoas que estão mais propícias a ter HIV pelo fato do estilo de vida: homossexuais, usuários de droga; e a gente sabe que é uma população que o HIV, a doença se desenvolve, a contaminação, mais nessa população devido o estilo de vida mesmo (...). [Enfermeira AB1].

“E eu acho que a maioria dessas pessoas consideradas de grupos de risco é porque vivem a vida sem medo, confiam muito na sorte e tem menos medo do que muita gente, então, vivem mesmo sem se preocupar com o que pode acontecer (...)”. [Enfermeira AEHA8].

Ainda dentro desta subcategoria, mais especificamente nas falas dos profissionais da atenção especializada, houve a associação da aquisição do vírus ao estilo de vida norteadado, segundo eles, pelos *comportamentos de risco* que os soropositivos desempenham, e, portanto, resultou na contaminação, como se lê a seguir:

“Eu acho assim que é mais a questão de comportamento de risco mesmo (...), porque assim, lá no hospital, por exemplo, tem gente que vai lá que tem um status, assim, uma condição socioeconômica muito boa, até já atendi empresários, né? E eu digo a você, é comportamento de risco. Eu acho que isso já deveria ter sido mudado há muito tempo (...) então eu acho que também a questão do que a gente vive hoje, a liberdade, você pode fazer o que quer, você tem que fazer o que quer e isso implica em responsabilidades. Muitas vezes não querem fazer uso do preservativo. Acho que esse é o problema” [Médica AEHA5].

“As maiores causas de perturbação e você fazer o que não deve ainda se chama bebida alcoólica, porque eles pegam, vão pra balada, bebem, perdem a noção do que é certo e do que é errado, a noção do perigo. E geralmente eles acham quando estão em contato com essa bebida, fazem o uso dessa bebida alcoólica eles geralmente perdem essa noção e se tornam vulnerável para susceptíveis relações sexuais desprotegidas (...) Tudo é uma roda, tudo é um joguinho que se encaixa, então esse comportamento de risco é que tem que ser é... revisto por todo mundo, tem que ser novamente aprendido porque o pessoal esqueceu. É... Uma coisa assim que tem que ter cuidado. A maioria das pessoas sempre tem um comportamento de risco” [Enfermeira AEHA5].

Tomar a noção de grupo de risco ou até a de comportamentos de risco não é a melhor estratégia para se prevenir o contágio, segundo Ayres (2002), haja vista a primeira noção rotular, paralisar, isolar e generalizar, ao passo que na segunda noção se descontextualiza e despolitiza. Para o teórico, a vulnerabilidade antecede o risco, podendo se caracterizar como toda a subjetividade que precede este risco.

Como já retratado no referencial teórico desta tese, no início da década de 80, quando a notícia acerca da infecção pelo HIV ganhava repercussão e pânico moral pelo mundo, a doença foi facilmente associada à orientação sexual e pejorativamente ligada à promiscuidade, dando origem ao conceito de *grupos de risco* pela comunidade científica, o que acabou por estigmatizar ainda mais essa população, visto que trouxe para o próprio indivíduo pertencente

a estes grupos, a responsabilidade pela infecção com o vírus (Ayres, *et al.*, 2012a; Schaurich, 2004; Ribeiro, 2013). Logo em seguida, a própria comunidade científica percebeu que a aids não atingia exclusivamente estes grupos e deu abertura ao conceito de *comportamentos de risco*. Contudo, não diferentemente do conceito anterior, reforçou a culpabilização individual ao responsabilizar a pessoa pela adoção de comportamentos arriscados, como se esses dependessem apenas da vontade própria dela. Isto implica, por exemplo, que a ideia de que ter múltiplos parceiros é sinônimo de comportamento de risco, o que gera um problema, pois, segundo Ayres (2006) resulta no típico sentimento de invulnerabilidade na pessoa que não se considera como praticando tais comportamentos, porque se a pessoa tem apenas um parceiro sexual, por exemplo, e este tem o HIV, mas ela não usa o preservativo, se encontra em risco acentuado. De acordo com Ayres *et al.* (2006, p. 395):

A crítica ao uso da expressão “comportamento de risco” foi realizada pela primeira vez pelo movimento social de defesa dos direitos das mulheres. Esse movimento operou crítica sobre modelos de prevenção de base teórico conceitual sócio comportamental. Vinculou a essa discussão o conceito de empowerment para demonstrar que a mudança de comportamento [...] é condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídicos e até policial, desigualmente distribuídos [...].

A segunda subcategoria emergente nesta sessão foi **Responsabilização da pessoa que vive com HIV/aids**, apresentando 17 verbalizações no total, sendo a maior parte das frequências ($f=11$) para a rede de atenção básica. Aqui, os profissionais literalmente responsabilizaram a PVHA como as responsáveis ou “culpadas” pelos seus respectivos contágios com o vírus HIV, como se reporta nos trechos abaixo:

“Eu acho assim... Eu acho que em parte elas podem ser responsabilizadas pela falta de cuidado devido a tanta propaganda, tantos métodos anticoncepcionais, tantos métodos que previnem, tanto alerta (...). Então, eu acho que, ao mesmo tempo elas são irresponsáveis de alguma forma, pelos recursos que a mídia tem, pela facilidade deles (...), porque se é uma doença sexualmente transmissível, é necessário o sexo. E pra isso, existiu uma adolescente, ou sei lá, qualquer pessoa, que fez sexo com uma pessoa que

nem conhecia, ao ponto de eu nem saber que aquela pessoa tinha uma doença dessas. Então, há promiscuidade, né?” [Médica AB8].

“É complicado, mas na verdade, assim, se você pensar: é meu corpo, é minha vida, então assim, eu sou responsável por isso. Então, nem tudo que é o correto a gente faz, mas se eu me amo, se eu tenho consciência disso, que eu posso contrair, então, numa escala de zero a dez de responsabilidade, é dez, infelizmente. Porque se eu não me amo e se eu não me cuido, o outro vai tá preocupado? Comigo? Não! “Eu tenho HIV. Problema teu!” E não se deve cair naquela coisa de todo mundo faz, todo mundo erra, é justamente nesses erros, nessas escorregadas que infelizmente contrai. (...) Hoje a população tem internet, todo mundo tem celular e tem televisão, então assim, eles sabem do risco que correm, não vou dizer os 100%, mas a maioria tem consciência disso, eu acho que sim, do risco que correm.” [Médica AEHA1]

Viver com aids pode fazer com que as pessoas se sintam constantemente não merecedoras de confiança ou desacreditadas devido as situações sociais que enfrentam diariamente, sobretudo, diante da possibilidade de visibilidade de que tem o HIV/aids. É sabido que a descoberta da soropositividade de certa forma impõe a PVHA a lidar com uma transformação radical da consciência sobre si mesmo, levando-a a encarar o mundo ao avesso devido à estigmatização que permanece disseminada até hoje, inclusive pelos canais midiáticos (Ayres, *et al.*, 2012a; Nascimento, 2009).

Imaginemos deste modo, que para além do “peso” dos aspectos metafóricos e estigmatizantes já encontrados no estudo II desta tese, as PVHA ainda tenham que carregar e internalizar sobre si a culpa pelo adoecimento, além da impotência, a clandestinidade, a fuga e a mentira, gerados e reforçados pelo convívio social fortemente arraigado numa sociedade preconceituosa. Isso pode produzir, segundo estudiosos da área (Almeida & Labronici, 2007; Medeiros, 2010; Oliveira *et al.*, 2015), estresse grave e outras manifestações psíquicas, devido à pessoa se vê merecedora dos castigos de Deus, por exemplo, por seus pecados serem sofridos pelos comportamentos transgressoras que teve, levando algumas a encontrarem apoio em entidades divinas e outras a não encontrarem saída e acabarem caindo em quadros de ansiedade ou depressão graves.

Em pesquisa realizada por Azevedo (2011) com 566 pessoas soropositivas ao HIV, foi identificada uma prevalência de 34% para ansiedade, 17% para a depressão e 13% para comorbidade (ansiedade e depressão), além de que se verificou a existência de correlações lineares negativas entre a resiliência e os construtos depressão ($r = -0,506$) e ansiedade ($r = -0,377$), implicando em que, quanto maior a depressão e a ansiedade, menor a resiliência.

Na psicologia social o fenômeno da vitimização secundária explica bem essa questão, conforme já reportado na fundamentação teórica desta tese (Correia & Vala, 2003). O indivíduo soropositivo levar sobre si o pesar do diagnóstico sorológico e carrega ainda a “culpa” admitida pelo outro, sendo duplamente colocado numa condição de vítima. Há, portanto, neste embate a busca de uma justificativa para a patologia da pessoa soropositiva, como forma de responsabilizá-lo por aquela situação de vulnerabilidade, diminuindo assim a dissonância cognitiva no indivíduo que culpa/responsabiliza o outro.

Nota-se ainda, a partir das verbalizações, que a maneira como o profissional associa o contágio pelo HIV à responsabilização individual, não se diferencia do senso comum, o que reflete, em contrapartida, na isenção deste profissional do processo de prevenção, já que, da forma que apontam suas crenças, compete ao indivíduo se proteger do HIV (Pereira, 2012). Todavia, acerca disto, Ayres *et al.*, (2012a) sinaliza que uma forma de promover subsídios mais concretos na prevenção da doença é considerar não só os aspectos individuais, mas igualmente todas as demais variáveis envolvidas na vida dessa pessoa que a levem a diminuir sua exposição ao contágio do HIV.

Emergiram ainda na subcategoria *Responsabilização das PVHA*, algumas verbalizações em que os soropositivos foram avaliados pelos profissionais numa concepção antagônica, isto é, ora enquanto “vítimas” ora enquanto “promíscuos”. Em outras palavras, alguns profissionais ao responsabilizarem as PVHA pela aquisição do vírus, colocam-nas num divisor entre as que “procuraram” obter o vírus, enquanto as outras, acidentalmente se contaminaram, não

merecendo serem responsabilizadas pela aquisição, logo enquanto “vítimas”, como se observa nos exemplos:

“Ela é filha de pais com HIV, então ela foi portadora desde bebê, assim não tinha muita culpa” [Enfermeira AB3]

“No caso das crianças que tem HIV, elas não tem nenhuma responsabilidade, mas acho que as demais (...) os adolescentes, por exemplo, não esperam mais por nada e já começam se relacionando até sem camisinha, aí vem a gravidez, não tem nem o prazer de sentir a menarca” [Enfermeira AEHA1]

“Mas tiveram casos que senti pena e outros sinceramente não, porque pelo próprio histórico dele era questão de consequência, mas teve uns que foi realmente desinformação, ou é realmente parceiro fora e a mulher acabou contraindo sem saber, e nesse sentido eu sinto pena. Agora outros não, você entende que “procurou”, aí é consequência mesmo (...), porque cabe a própria pessoa que acha que nunca vai acontecer com ela” [Médico AB7]

Quando o vírus da aids ganhou visibilidade no mundo, os estereótipos em torno da doença expressavam os “culpados” e as “vítimas”, alocando aqueles que se enquadravam nos grupos de risco como responsáveis pela aquisição do HIV, e as crianças infectadas, os hemofílicos e as mulheres do lar, por exemplo, como “vítimas”, sendo vistos como inocentes socialmente, logo, não merecedores daquela condição (Paiva, 2000). Certamente, tal classificação não contribuiu no controle da epidemia, visto que poderia impedir que as pessoas se percebessem enquanto vulneráveis, já que não se identificavam na condição de promíscuas ou “à procura do vírus”.

Em estudo realizado por Oliveira (2013) com enfermeiros que cuidavam de pessoas acometidas pelo HIV/aids, foi verificada a relação entre os cuidados prestados e a representação dos pacientes como vítimas ou responsáveis pelo contágio. No primeiro grupo, representados como vítimas, o cuidado oferecido foi descrito como igual aos demais, enquanto no segundo grupo, dos responsabilizados pela infecção de outros, eram conservados à distância dos profissionais e discretamente isolados, revelando situações de expressão do preconceito neste grupo de profissionais.

Em outra pesquisa com 171 estudantes de psicologia que responderam a um trecho de uma entrevista fictícia a um homem que afirmou estar doente, na qual se manipulou a condição da doença - HIV/aids versus câncer de pulmão -, os resultados apontaram que as pessoas que vivem com HIV/aids foram tidas como mais responsáveis pela aquisição da doença, e os que viviam com câncer de pulmão foram tidos como vítimas, muito embora se saiba que em alguns casos o câncer de pulmão pode ser provocado pelo tabagismo (Torres & Faria, 2008).

Ainda dentro da categoria *Vulnerabilidade individual* emergiu a terceira subcategoria nomeada **Desinformação**, a qual apresentou 11 verbalizações no total, sendo a maior parte para os profissionais da atenção básica ($f=08$), coincidindo com os achados do estudo I desta tese, em que no teste de associação livre de palavras a evocação *desinformação* foi referida também, mas apenas pelos profissionais da atenção básica ($f=06$; $p=0,01$). Nesta subcategoria os profissionais referiram que a vulnerabilidade ao vírus HIV se deve ao fato das pessoas não buscarem informação, apesar desta se fazer presente em vários meios, ou até mesmo acusaram as pessoas de terem a informação, mas não se importam em fazer uso dela, como se acompanha nas falas a seguir:

Pode responsabilizar essa pessoa, principalmente se ela contraiu através de uma relação sexual, pois faltou o preservativo. Sei que o preservativo não é 100%, mas ajuda muito. E se ela não souber que aquele preservativo previne do HIV, é justamente por falta de informação. E hoje você só pega qualquer tipo de doença se você quiser [Enfermeira AB2].

Desinformação é porque por mais que a televisão fale e os meios de proteção, o pessoal ainda continua sem fazer uso do preservativo por mais que tenha TV, mas continuam sem fazer uso do preservativo [Médico AB7].

Eu acredito que no mundo de hoje não tenha quem não saiba, faz sem preservativo se quiser, mas já está todo mundo muito bem orientado nos colégios, televisão que só é passando “preservativo, use!”, “drogas, tenha cuidado!” [Enfermeira AEHA2]

Sabe-se que existe uma série de fatores sociais e programáticos que podem estar relacionados à desinformação do indivíduo, no entanto, percebe-se nesta subcategoria que os profissionais isolaram estas variáveis e situaram as PVHA numa condição de quem não busca

se informar, ou mesmo como quem “fecha os olhos e ouvidos à informação ao seu redor”, resultando, portanto, na contaminação pelo vírus. Para Ayres, *et al.*, (2012a), os significados que o acesso a informação adquire frente aos valores e experiências das pessoas, bem como as chances de colocá-las em prática, tudo isso remete às relações sociais que a pessoa está inserida.

Por último, ainda nesta primeira categoria, insurgiu a subcategoria denominada ***Banalização da prevenção***, a qual apresentou uma frequência total de 10 verbalizações, sendo a maioria para os profissionais do atendimento especializado ($f=08$). Nesta seção os profissionais referiram que o aumento do número de casos de HIV nos boletins epidemiológicos se deve ao fato de hoje em dia as pessoas estarem banalizando a prevenção por vontade própria, isto é, elas sabem da importância do uso do preservativo, todavia, segundo os respondentes, não fazem uso por acharem fácil o acesso medicamentoso e à terapia antirretroviral e não associarem mais aids à morte iminente. Os trechos a seguir exemplificam o retratado:

Então, em muitos casos novos que quando chegam aqui a gente para pra conversar e eles dizem: “ah, ninguém morre mais por conta disso!”, é a primeira coisa que eles dizem e “ah, tem tratamento, é de graça, ninguém morre mais por conta disso!”, e assim, banalizou o fato de você perder sua saúde, então muita gente não tem medo mais. (...) Muitas vezes a falta de informação lhe deixa mal e informação demais faz você perder o medo e banalizar. Então, muitas vezes acontece isso de dizer “ah, ninguém morre mais disso não, por isso tô nem aí!”. [Enfermeira AEHA8]

E o perfil de pacientes jovens com uma gravidade maior, a gente tá observando, entendeu? Talvez pela banalização do uso da prevenção, né? E acha que é uma doença crônica: “vou tomar um remédio, hoje já existe o esquema dose única que é só um comprimido... E vou viver bem!” (...) Que a doença é uma doença controlada, eu sei, mas, quem precisa ter uma doença, né verdade? Se eu for pensar... Por que eu preciso ter se é uma doença que eu posso evitar? Por que que eu vou querer ficar doente? Pra que eu vou querer me expor a medicamento? Então se eu puder evitar, eu quero saúde, eu não quero uma doença! Então é isso que tem que ser colocado na cabeça dos jovens que muitas vezes saem aí, bebem, usam droga, sai com qualquer um sem preservativo e, às vezes, numa única relação e já foi! [Médica AEHA6]

A maior parte dos pacientes que a gente recebe aqui são jovens. São pessoas que não vêem mais a aids como sentença de morte, né? Eles têm essa percepção. Tem a medicação de graça, que com a medicação eles vão ter uma sobrevivência boa e termina negligenciando isso no seu dia a dia, não

usando o preservativo. Então eu acredito que seja isso (...), não levar a sério a doença. Terminam levando a sério só quando chegam aqui e descobrem o que essa doença pode causar. Mas, para evitar, eles não estavam com essas condutas não, principalmente essa população mais jovem (...) porque acesso a prevenção existe [Médica AE7].

É notório que cada vez mais as pessoas estão se desligando dos métodos preventivos fundamentais como o uso do preservativo, em função, também, do fácil acesso aos tratamentos medicamentosos/antiretrovirais, bem como devido à ascensão das novas tecnologias de prevenção ao HIV elaboradas pelo Ministério da Saúde, à exemplo da PrEP e da PEP. Centradas basicamente no uso de antiretrovirais, a PrEP, caracteriza-se pela utilização de antiretrovirais em pessoas HIVnegativo antes de uma potencial exposição ao HIV, como forma a prevenir essa transmissão, e a PEP, como uma profilaxia pós-exposição, ambas criando, assim, uma barreira medicamentosa (MS, 2015).

Tais tecnologias, especialmente a PrEP, geraram na comunidade científica um divisor em termos de prós e contras, uma vez que algumas pesquisas epidemiológicas admitem-na como um obstáculo ao aumento do número de casos de HIV (Maznavi, Bredeek & Hardy, 2013), enquanto pesquisas clínicas associam-na aos efeitos adversos em nível neurofisiológico e de aumento da resistência do vírus na administração errônea do fármaco (Alcorn, Corkery & Hughson, 2013; Karris, *et al.*, 2014). Ademais, as pesquisas psicossociais já elegem um possível retorno aos estigmatizados grupos de risco, tendo em vista tais profilaxias serem indicadas em maior escala às pessoas pertencentes às populações-chaves como mostrou a pesquisa de Batista (2017), desenvolvida com 68 profissionais de saúde que atuam no contexto de HIV/aids. Num dos achados da pesquisa de Batista (2017) foi notório o destaque dos profissionais de saúde à compensação de risco, em que apontaram a possível despreocupação dos usuários da PrEP com a doença, compensando o risco de se infectar ao utilizar apenas a profilaxia Pré-exposição, havendo o desuso de outras medidas, como o preservativo.

A ampliação da biomedicalização na epidemia do HIV/aids e a ausência de mobilização da sociedade em âmbito global, que em outro momento fomentavam as respostas sociais, têm resultado em efeitos danosos ao enfrentamento da aids, de acordo com a ABIA (2016). Para a associação, as pessoas que convivem com o HIV ou podem vir a se infectar, têm sido vistas como “consumidores individuais de medicamentos”, existindo uma diminuição das estratégias sociais, centrando-se apenas no ponto de vista biomédico (ABIA, 2016).

Este fato vem sendo observado desde 2014, na 20ª Conferência Internacional de AIDS, chegando a se repetir recentemente em setembro deste ano, na 11ª versão do Congresso de Aids sediado em Curitiba, em que os estudiosos e pesquisadores da área exprimiram maior inquietação em trazer os avanços biomédicos para prevenção e tratamento em detrimento dos determinantes sociais, jurídicos e políticos que dificultam avanços reais que possam ser materializados.

Em vista do discutido nesta primeira categoria, pôde-se perceber que os participantes associaram as PVHA a uma vulnerabilidade de cunho mais pessoal e voluntário, não se levando em conta, por exemplo, que uma enfermidade tenha, enquanto meios de transmissão, causas mais sociais do que individuais.(Ayres et al., 2003; 2012a; 2012b; Cunha, 2015; Monteiro & Villela, 2013).

Isto posto, considera-se que a simplificação explicativa do contágio pelo HIV centrado na responsabilidade e culpabilidade idiossincrática derivada de atos volitivos deve ser ressignificada por tais profissionais investigados, tendo em vista a repercussão que isso pode gerar na forma de estigma, preconceito e discriminação sobre as PVHA. Tais posicionamentos podem gerar um retrocesso na resposta a epidemia, ao admitir que a dificuldade reside nos indivíduos e não nas relações sociais instaladas, colocando em segundo plano a necessidade de mudanças sociais.

2) Vulnerabilidade Social

A segunda categoria aqui presente foi nomeada *Vulnerabilidade Social*, em que constam as verbalizações dos profissionais de saúde que situaram os soropositivos em níveis de vulnerabilidades contextuais e das relações estabelecidas entre os grupos como maiores responsáveis à contaminação pelo vírus HIV, havendo vários aspectos a se considerar: relações familiares, econômicas, de gênero, raciais, crenças religiosas, exclusão social ou os modos de inclusão que mantém as desigualdades (Ayres *et al.*, 2012a). Totalizando 32 verbalizações, sendo a segunda mais pontuada aqui, esta categoria deu voz a duas subcategorias, respectivamente: *Apoio social* e *Discriminação social*, conforme se vê na tabela a seguir.

Tabela 14. Categoria vulnerabilidade social, subcategorias e frequências por rede de saúde.

Categoria	Subcategorias	Atenção Básica	Atenção Especializada	Total
Vulnerabilidade Social	1. Apoio social	11	10	21
	2. Discriminação Social	06	06	12

A primeira subcategoria que emergiu foi *Apoio social*, apresentando a maior quantidade de verbalizações ($f=21$), sendo sua frequência praticamente equitativa para ambas as redes de saúde. Aqui os profissionais referiram que o aumento na contaminação pelo HIV se dá pela falta de apoio, sobretudo, da família, do parceiro/cônjuge, das condições educacionais e socioeconômicas, como se acompanha nos trechos abaixo:

“Até me emociono quando lembro, porque era uma pessoa totalmente abandonada da família (...), ela nasceu em um lar pobre (...) e digo nem por preconceito, mas a maioria das pacientes tem uma condição social menor, menos informação, vivem em comunidades que às vezes não tem estudo, não vão pra escola, não tem educação. Acho que tudo isso contribui, é a base de tudo, falta de informação e educação” [Enfermeira AB3]

“Os familiares, muitas vezes, abandonam essas pessoas, muitas vezes por preconceito mesmo” [Médica AB2]

“A gente tem que conhecer o paciente (...). Eu sou da comissão de pele também, tem muitas vezes que eu quero tratar um ferimento aí eu fico reclamando “ah, não tá sendo legal, você não tá fazendo isso direito”, mas ele não tem nem o que comer em casa, como é que ele vai ficar com uma úlcera dele boa se ele não tem o que comer? Se não tem dinheiro pra fazer aquela alimentação? (...) É muito mais fácil ter uma pessoa que seja morador de rua ficar doente por uma dessas doenças infectocontagiosas do que uma pessoa que esteja com sua alimentação, que esteja socialmente seguro e no lar, né? Que tem uma família, que tem apoio, que tem instrução, que tenha tudo. Então as leis... a parte política, a parte de, de... social que deve agir com mais ênfase nisso, porque eu nunca vi tanta promiscuidade, tanta gente nas ruas, como tá tendo agora.”[Enfermeira AEHA5]

“Agora, todos têm uma parcela de culpa, a sociedade também.”[Médica AEHA7]

A família, os amigos, o parceiro afetivo, a escola, as condições socioeconômicas, fazem parte da rede social de apoio e são elos imprescindíveis na constituição de um cotidiano eficiente e solidário para a pessoa soropositiva. Na pesquisa desenvolvida por Gomes *et al.*, (2011) sobre as representações sociais da aids para as PVHA, apenas 20% dos participantes afirmaram ter o apoio da família após a revelação sorológica. Ao encontram dificuldade para se sentirem aceitas socialmente, as PVHA preferem se isolar e omitir sua soropositividade, apoiadas no medo de serem julgadas dentro de suas próprias casas (Varas *et al.*, 2004), ou prejudicadas em funções de empregabilidade, por exemplo.

Ao entrevistar 30 profissionais da saúde atuantes no programa DST/AIDS, Tarsilla, *et al.*, (2016) detectou que estes consideram de extrema importância a integração dos familiares no tratamento do paciente, pois estes atuam tanto como cuidador domiciliar da pessoa doente, como enquanto um porto seguro. No tocante à adesão ao tratamento, a equipe relatou que o bom relacionamento entre as pessoas soropositivas e suas famílias interfere positivamente na continuidade do uso dos antiretrovirais. Nesta pesquisa foi acompanhado ainda o atendimento aos familiares realizado pelos profissionais, cujo intuito era dirimir suas dúvidas e dar suporte emocional aos mesmos. No entanto, os profissionais entrevistados alegaram não terem sido capacitados ou atualizados para tal, apontando deste modo um obstáculo no cuidar, sabendo

que a aids teve muitos avanços nos últimos 37 anos, o que já faz alusão à vulnerabilidade programática.

Portanto, apreende-se que o suporte social é fundamental para a superação e enfrentamento da doença, e mais ainda na adesão ao tratamento. Atenta-se que há necessidade, cada vez mais, dos serviços incorporarem intervenções para promoção de tal manejo com as PVHA, com seus familiares e conviventes, viabilizando a discussão de questões pertinentes ao viver com HIV/aids para dirimir os preconceitos existentes na comunidade, invalidando a discriminação desse contexto, cujo significado veio amparado na segunda subcategoria aqui presente nomeada ***Discriminação social***.

Tendo apresentado 12 verbalizações no total, distribuídas equitativamente entre as falas dos profissionais de saúde de ambas as redes, esta subcategoria deu voz ao estigma, preconceito e discriminação enfrentados socialmente pela pessoa soropositiva como um dos grandes empecilhos à aceitação e enfrentamento da sorologia positiva, e até mesmo à adesão ao tratamento, o que acaba refletindo na não execução sistemática de direitos por parte do indivíduo que vive com a doença, segundo os participantes. Os exemplos abaixo clarificam o objeto referido:

“A comunidade ainda traz, mesmo com todo conhecimento que se tenha sobre o vírus, sobre a síndrome (...) acabam ainda perdurando esse estigma que já vem de muito longe (...). Justamente por causa da estigmatização, da falta de conhecimento, essa sociedade acaba trazendo essa visão preconceituosa e incapacitante sobre a doença (...). A própria comunidade, familiares, amigos, acabam trazendo essa exclusão pra um sujeito que já se sente excluído”. [Enfermeira AB8]

“A discriminação pode ser na raça, no meio social, e também, principalmente, quando se fala “aids”, por mais que seja amigo, seja sangue do sangue, vai ter discriminação” [Enfermeira AB2]

“Preconceito porque eu vejo, por exemplo, muitos pacientes que relatam e é uma coisa muito triste. “Poxa, separaram tudo da minha casa e eu passei a viver na parte de fora da casa”. A família deixou, aceitou ficar em casa, mas em compensação existe uma discriminação imensa dentro de casa: “Ah, eu tenho o meu talher separado, o meu copo separado, o banheiro, eu não vou poder usar o mesmo banheiro...”. Então, até que ponto surge esse

preconceito talvez pela falta de conhecimento e às vezes, pelo medo? Mas eu vejo ainda, apesar dos dias de hoje ter um... Se ter um esclarecimento maior com relação à doença, mas muitos pacientes da gente sofrem preconceito. Preconceito no trabalho, pessoas que são altamente capacitadas, são chefes de cozinha excelentes e que aí, vazou a informação, descobriu, e a pessoa jogou toda a comida fora (...). Tem paciente meu que até hoje a família não sabe. Tem pavor de vir pra consulta porque pode alguém ver, entendeu?"
[Médica AEHA6]

A discriminação social se constitui como consequência do conjunto de fatores-obstáculo vivenciados em diversos contextos de suas vidas cotidianas pelas pessoas que vivem e convivem com o HIV. Muitas vezes, esta discriminação se torna uma prática social banalizada e, frequentemente, as pessoas precisam construir respostas individuais e isoladas como forma de enfrentamento e/ou proteção (Nascimento, 2009).

Em pesquisa desenvolvida por Anjos (2012), com uma amostragem de 10 jovens vivendo com HIV/aids, foi percebida que a luta contra a discriminação social é habitual, desumana e desgastante, fazendo com que os jovens criem estratégias próprias de enfrentamento ao preconceito assombroso. Segundo o pesquisador, a omissão da vivência com HIV/aids pode servir como estratégia, em muitas ocasiões, para evitar os processos de discriminação que poderiam surgir, evitando o surgimento de conflitos abertos. O estudo apontou, dessa forma, para a maior vulnerabilidade como sendo de ordem social, trazendo a necessidade de um envolvimento total da sociedade, em todos os seus segmentos, em especial os relacionados às áreas de educação, saúde e direitos humanos, para que, a luta contra o preconceito não seja travada apenas pelas pessoas vivendo com HIV/aids.

3) Vulnerabilidade Programática

Nesta terceira categoria estão as verbalizações referentes aos níveis de vulnerabilidade programática das PVHA, de acordo com as percepções dos profissionais de saúde investigados. Aqui os apontamentos são para os soropositivos que contraíram o vírus HIV, segundo os

participantes, por negligência das políticas de saúde e dos programas de combate e monitoramento dos recursos diante das necessidades. Dessa forma, traçam um julgamento a partir da análise da qualidade do processo equanto e como os governos respeitam, protegem e promovem os direitos à saúde. A tabela abaixo aponta para o total de frequências apresentadas pelos participantes nesta categoria ($f=24$).

Tabela 15. *Categoria vulnerabilidade programática, subcategorias e frequências por rede de saúde.*

Categoria	Subcategorias	Atenção Básica	Atenção Especializada	Total
Vulnerabilidade Programática	—	14	10	24

A maioria das frequências referidas advém dos profissionais da atenção básica ($f=14$), cabendo a inferência do fato destes profissionais terem menos contato com as políticas de capacitação em HIV/aids, fato já confirmado no estudo sociodemográfico realizado, em que 14 profissionais da atenção básica referiram nunca ter feito capacitação em HIV/aids, ao passo que apenas 03 da atenção especializada reportaram o mesmo. Este fator pode se projetar diretamente no trato e no manejo dos atendimentos às PVHA. Os exemplos abaixo esclarecem melhor acerca da categoria referida:

“Falta incentivo e trabalhar mais a questão da prevenção, porque eu acho que hoje em dia, assim, a prevenção, muitos sabem né, lógico, a maioria da população sabe, mas eu acho que precisa ter um incentivo maior com relação a prevenção. Esse incentivo seria mostrar a população através da saúde nos PSFs, palestras com a comunidade, isso não existe, por exemplo, esclarecer na palestra que a prevenção é um método muito importante para que aquele paciente não se contamine tanto com o HIV como também com outras dst's. Então tem que ter um incentivo maior, né, eu acho que assim, se tivesse um incentivo maior, com a população, trabalhasse mais com a população, com as comunidades, talvez os casos diminuíssem, né, também com o fator das drogas, porque também é uma porta de entrada pra maior vulnerabilidade”[Enfermeira AB1]

“Falta mais políticas de conscientização para todas as faixas etárias, porque hoje em dia o sexo começa mais cedo. Então tem que se está ali, informando como é que tem que se cuidar. Acho que é isso, essas políticas mais informativas (...). Eu acho que deveria ter um treinamento mais

qualificado tanto para os profissionais que apresentam medo, como para a população em geral apostar mais nessa questão da conscientização” [Enfermeira AB4]

“Apesar de ser acompanhado uma vez por mês, mas o acompanhamento ainda não é, digamos assim, cem por cento, por quê? Como ele vem uma vez por mês e pega a medicação, mas não tem ainda aquela segurança sobre as informações e isso gera muita ansiedade (...). O Ministério da Saúde deveria vê isso aí e fazer uma campanha em relação a isso (...), então o que é que tá faltando? Mais educação em saúde. Apesar de ter informação, tem que ter a educação, porque informação não é só você distribuir preservativo, mas você também educar, por exemplo, quanto mais parceiro você tiver, mais chance você tem de pegar, e isso não é passado, é passado assim "use preservativo, use camisinha" entendeu, mas se você disser que se você tiver alguns cuidados, porque assim, é chato falar isso pra as pessoas né, mas o Ministério da Saúde não quer fazer isso, ele prefere distribuir os preservativos e dá o alerta, mas é interessante vê que quanto mais parceiro eu tiver, mais chance eu vou ter de pegar. Então isso aí é educação em saúde” [Enfermeira AEHA6].

Percebe-se, nas falas dos profissionais, a menção às lacunas da vulnerabilidade programática nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na qualidade do tratamento aos usuários. As lacunas envolvem a falta de diálogo e informações nos serviços de saúde, a qual deve ir além do aconselhamento no uso sistemático do preservativo, por exemplo, pois precisa se levar em conta que a prevenção envolve, além dos aspectos técnicos, variáveis intersubjetivas, interpessoais, coletivas, contextuais e programáticas. Para Ayres *et al.* (2012a), a qualidade do processo e a participação dos grupos e das pessoas acometidas, cidadãos usuárias das ações de saúde, são imprescindíveis para garantir a qualidade dos serviços e, principalmente, a aceitabilidade de qualquer ação de prevenção.

Em 2016 o Ministério da Saúde sancionou o monitoramento clínico e epidemiológico das pessoas soropositivas ao HIV como uma das ferramentas mais importantes para guiar as ações de contenção ao progresso da epidemia e elevar os resultados das intervenções (MS, 2016). Com isso, surgiu a meta 90-90-90, a qual propõe, mundialmente, alcançar até 2020, 90% das pessoas soropositivas diagnosticadas, 90% das diagnosticadas fazendo uso da terapia antirretroviral e 90% das que fazem uso da TARV com carga viral inibida (supressão viral).

Entretanto, infere-se que esta meta propõe a saúde numa visão biomédica, positivista e capitalista, visto que não enfatiza os aspectos psicossociais envolvidos no trato em HIV/aids, haja vista focar principalmente no quantitativo, nos números, sem levar em conta, por exemplo, o preconceito e a discriminação envolvidos rotineiramente em cada novo caso de HIV/aids descoberto.

Merhy (2004) em seu livro intitulado “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”, já enfatizou a importância da produção do cuidado em saúde para além do acesso às tecnologias, ressaltando a dimensão de cuidador que todo profissional de saúde detém. O autor enfatiza que, no campo da saúde, a peça fundamental não é a cura ou proteção da saúde, mas a produção do cuidado, pelo qual se atingirá a estabilização das condições de saúde. Nesse sentido, o autor acrescenta: “Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.” (p. 3). Segundo Merhy (1998), ao percebemos a questão do ponto de vista dos usuários, pode-se assegurar que há uma deficiência nos serviços de saúde, tanto públicos como privados, haja vista que, com algumas exceções, não são adaptados para resolatividade dos problemas de saúde individuais e/ou coletivos.

Assim, diante dos achados neste III estudo, percebeu-se, que na visão dos profissionais de saúde investigados, o contágio das PVHA perpassa por um conjunto de aspectos individuais, bem como coletivos/contextuais e programáticos. No entanto, houve uma atribuição mais acentuada a maior vulnerabilidade de cunho individual, através da responsabilização do contágio, o que se torna um impasse, tendo em vista que traz para o indivíduo toda a dificuldade e isola as relações sociais instauradas, colocando, pois, em segundo plano, a necessidade de mudanças sociais e programáticas, gerando inclusive, estigma, preconceito e discriminação nos serviços de saúde e, claro, um retrocesso nas respostas à epidemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese analisou os preconceitos e as percepções de vulnerabilidades individual, social e programática de profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids. Para tanto, foi defendido que ao se analisar as crenças dos profissionais de saúde, que perpassam ideologicamente o preconceito e a discriminação revelados nas relações estabelecidas dentro dos serviços de saúde, abordam-se as percepções de vulnerabilidade individual, social e programática sobre as PVHA, como resultantes a esse processo. Ademais, foram realizados três estudos empíricos independentes, porém, interrelacionados, para obtenção dos resultados na discussão proposta.

O Estudo I objetivou identificar as crenças dos profissionais de saúde frente às pessoas que vivem com HIV/aids, tendo resultado em duas categorias: *crenças cognitivas* (clínica e psicossocial) e *crenças afetivas* (sofrimento e preconceito). As *crenças cognitivas* referiram-se aos aspectos técnico-instrumentais (clínico) e ao atendimento psicossocial, baseado na atenção, orientação e cuidado. Já as *crenças afetivas* referiram os aspectos emocionais do viver e conviver com a doença, através de evocações aparentemente positivas, mas envoltas de aspectos depreciativos e incapacitantes sobre as PVHA, representadas nas evocações medo, tristeza, preocupação, incerteza e complicado. A subcategoria *preconceito* fez menção às evocações de estigma, discriminação, exclusão social e responsabilização individual das PVHA, quando apontadas como desinformadas, por exemplo. No geral, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de profissionais da saúde.

O Estudo II analisou o estigma, o preconceito e as narrativas de discriminação dos profissionais de saúde frente às pessoas soropositivas. Surgiram três classes temáticas que demonstraram a forma que os profissionais de saúde pensam, sentem e orientam suas ações, motivados pela atitude preconceituosa frente ao exogrupo (PVHA), aprofundando os achados do estudo I, a saber: I - *Componente cognitivo do preconceito* (crenças estigmatizantes); II -

Componente afetivo do preconceito (sentimentos dos profissionais de saúde frente às PVHA); e III - *Componente disposicional do preconceito* (discriminação nos serviços frente à PVHA; discriminação nos serviços frente ao profissional e discriminação justificada).

As *crenças estigmatizantes* relacionaram as PVHA a uma série de metáforas sombrias que legitimam o contágio pelo HIV como uma opressão silenciosa, morte iminente, periculosidade e exclusão social, sinais que marcaram o início da epidemia e que ainda persistem nos dias atuais. Em relação aos *sentimentos dos profissionais de saúde frente às PVHA*, emergiram *pena, medo e tristeza*, como emoções supostamente benevolentes, porém, que situam as PVHA num lugar de passividade, paternalismo, assistencialismo e limitação perante a sociedade e a sua própria vida. No tocante à *motivação para ação discriminatória*, os profissionais de ambas as redes de acesso referiram narrativas de discriminação vivenciadas, sobretudo, dentro dos serviços de atenção básica. Tal dado levanta um sentido de alerta com relação à política de descentralização no trato em HIV/aids da atenção especializada para atenção básica, proposta pelo Ministério da Saúde há algum tempo, tendo em vista a política focar mais no controle clínico e epidemiológico do HIV, do que nos aspectos psicossociais instaurados.

Por último, o Estudo III analisou as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática que os profissionais de saúde situaram as pessoas que vivem com HIV/aids. A categoria vulnerabilidade individual se destacou com maior número de frequências, pois os profissionais associaram a pessoa soropositiva à desinformação, estilo de vida irresponsável somado aos comportamentos de risco, à banalização no uso do preservativo, resultando, então, na responsabilização individual do soropositivo pelo contágio em HIV/aids. A *vulnerabilidade social* também foi apontada como um grande empecilho à pessoa que vive com HIV, sendo retratada pela falta de apoio e discriminação social que o soropositivo enfrenta nas relações familiares e cotidianas. Já a *vulnerabilidade programática* se apresentou em menor frequência

e se apoiou na negligência da promoção do direito à saúde e dos programas de combate e monitoramento dos recursos diante das necessidades. Assim, percebe-se que o foco sobre pessoa soropositiva, na percepção dos profissionais da saúde, está situado na vulnerabilidade de teor individual, o que se torna um problema, tendo em vista que esta noção rotula, isola, generaliza, descontextualiza e despolitiza as PVHA.

Ao término deste trabalho conclui-se que a tese proposta foi respondida, haja vista ter se confirmado através dos três estudos empíricos, que as crenças dos profissionais de saúde de ambas as redes de acesso (básica e especializada), levam aos preconceitos frente às PVHA. Os preconceitos, por sua vez, manifestam-se como processos sociais que reduzem o acesso à saúde dos grupos afetados, visto que se revelam através de sentimentos e atitudes depreciativas, situando os soropositivos em níveis de vulnerabilidades, sobretudo individuais. Dito de outra forma, os profissionais de saúde, baseados em crenças estigmatizantes que associam às PVHA à desinformação, comportamentos de risco, estilo de vida desmoralizado e a consequente responsabilização pelo contágio, demonstraram a expressão de sentimentos adversos e pesarosos sobre as pessoas soropositivas, havendo, deste modo, a maior associação à uma vulnerabilidade individual e culpabilizante.

Embora tenha havido muitos avanços importantes nos últimos anos, em especial no que se refere ao quadro clínico e medicamentoso em HIV/aids, essa carência psicossocial pode ser explicada como um efeito dos vieses biomédicos presentes em grande parte da pesquisa em saúde, que acaba por acarretar uma perspectiva centrada na abordagem privada e individual, causando danos não apenas por seus efeitos diretos, mas também na implementação dos processos de exclusão social e de violência estrutural em negar acesso, diferenciar, excluir, marginalizar e oprimir.

Espera-se que os resultados desta tese possam estimular a produção acadêmica e conduzir intervenções a nível, sobretudo, programáticos em saúde, voltadas para a superação

dos processos de estigma, preconceitos e discriminação associados ao HIV/aids, levando em conta que as suas manifestações resultam da interdependência de múltiplos fatores, presentes tanto nas atmosferas macrossociais, implicando relações de poder e dominação, quanto no domínio microsocial. De tal modo, derivam de um somatório de situações de desigualdade que, atuando sobre um mesmo grupo, é naturalizado, passando a ser tomado como um atributo negativo individual. O grande desafio é, portanto, articular as dimensões simultaneamente, individuais, coletivas e programáticas, presentes no processo saúde-doença.

Enquanto questionamento final, a pergunta que deixo para futuros esclarecimentos prático-científicos é sobre como lidar com o paradoxo da busca por respostas clínicas tão eficazes na epidemia ao HIV/aids (à exemplo da última meta 90-90-90 lançada pelo Ministério da saúde) e reduzir as desigualdades de acesso em saúde, representadas nos relacionamentos cotidianos da tríade – profissionais de saúde, PVHA e sociedade – impedindo-se que produzam mortes evitáveis, por exemplo.

Bom, esta tese teceu um ponto a mais no caminho, cabe agora seguir a estrada, tendo em vista que a trajetória à frente é longa. Se fosse música de Cazuza, eu diria: “eu vejo o futuro repetir o passado, eu vejo um museu de grandes novidades. O tempo não para. Não para não, não para.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper & Row.
- Albuquerque, J. R. (2014). “Até que a morte nos separe”: o casamento sorodiferente para o HIV/Aids e seus desdobramentos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Alcorn, K., Corkery, S. & Hughson, G. (2013). Medicamentos Antirretrovirais. *Pan London HIV Prevention Programme*, 2ªed., 1-70.
- Allport, G. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Almeida, B. M. R., & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1).
- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2007). *Psicologia social – perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Anjos, D. F. D. (2012). Quando três tempos se encontram: Sentidos e ressignificações de jovens vivendo com HIV/Aids. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Associação brasileira interdisciplinar Aids - ABIA (2016) Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Recuperado de: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA (2015). Boletim: O retorno do vírus ideológico – estigma, discriminação e preconceito. Junho, nº 60.

- Atanázio, E. A. S. (2016). Preconceito de residentes em saúde frente à mulher que vive com doença sexualmente transmissível. In: IV Simpósio Internacional de Psicologia Social - “Psicologia Social: Política e Comunicação”, João Pessoa – Brasil.
- Ayres, J. R. C. M. (1996). *HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(supl2), 11-23.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012b). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 9-22). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere*, 2(1), 139-155.
- Ayres, J. R. D. C. M., Saletti Filho, H. C., Calazans, G. J., França-Júnior, I., & Carvalho, Y. M. D. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In *Saúde em debate* (Vol. 170, pp. 375-417). Hucitec; Fiocruz.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr, I. (2012a). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *Vulnerabilidade e direitos humanos—prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania—Livro I*, Curitiba: Juruá, 71-94.

- Azevedo, R. L. W. (2011). Resiliência, Sintomatologia Depressiva e Ansiedade em Pessoas com HIV/Aids. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social - UFPB.
- Baeten, J. M., & Grant, R. (2013). Use of antiretrovirals for HIV prevention: what do we know and what don't we know?. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(2), 142-151.
- Balint, M. (1984). *O médico: seu paciente e a doença*. Atheneu.
- Bar-Tal, D. (2000) *Shared beliefs in a society: Social psychological analysis*. Sage Publications, Inc. International Educacional and Professional Publisher Thousand Oaks – London – New Delhi.
- Bar-Tal, D. & Kruglanski, A. W. (2009) The social psychology of knowledge. Cambridge University Press. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Barros, T. S., Torres, A. R. R., & Pereira, C. (2009). Autoritarismo e adesão a sistemas de valores psicossociais. *Psico-USF*, 14(1), 47-57.
- Bastos, F. I. (2013). Da persistência das metáforas: estigma & discriminação em HIV/Aids. *Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 91-103.*
- Batista, A. T. (2017). Prevenir ou remediar? Atitudes dos profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição no combate ao HIV/aids. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social não publicada. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Belo, R. P., Souza, T. R., & Camino, L. (2010). Análise de repertórios discursivos sobre profissões e o sexo: um estudo empírico na cidade de João Pessoa. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 23-31.

- Berkowitz, L. (1989). Frustration-Aggression Hypothesis; Examination and Reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59-73.
- Bertoni, N., Singer, M., Silva, C. M., Clair, S., Malta, M., & Bastos, F. I. (2011). Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm reduction journal*, 8(1), 5.
- Bharat, S., Aggleton, P. J., & Tyrer, P. (2001). HIV and AIDS-related discrimination stigma and denial in India. Report to UNAIDS.
- Botti, M. L., Leite, G. B., Prado, M. F. D., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. (2009). Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. *Rev. enferm. UERJ*, 17(3), 400-405.
- Brasil, Ministério da Saúde (2015). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde. 10 v.: il. color.
- Brasil, Ministério da Saúde (2016). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 24 p.: il.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1(1), 13-36.
- Campbell, C. J., Marum, M. E., Alwano-Edyegu, M., Dillon, B. A., Moore, M. & Gumisiriza, E. (1997). The role of HIV counselling and testing in the developing world. *AIDS Education and Prevention*, 9 (suppl.B), pp.92-104.

- Campos, G. W., Barros, R. B. D., & Castro, A. M. D. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(3), 745-9.
- Carvalho, A. P., Barbara, V. A. L., Lacerda, M. C. R., Farha, J., Pedrosa, J. S. & Viera, W. (1993). *The fight against discrimination by private health insurers, report of Rio de Janeiro experience*, abstract, IXth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress, Berlin.
- Carvalho, F. T. D., Morais, N. A. D., 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= Reports in publichealth. Rio de Janeiro*. Vol. 23, n. 9 (set. 2007), p. 2023-2033.
- Carvalho, R. N. (2015). A completa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia - UFPB
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. D (2007). Estilos de vida: individual e coletivo. Em: L. D. Castiel & C. A. D. Diaz (Orgs.). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade* (pp. 83-91). Rio de Janeiro: Ed. FioCruz.
- Chauí, M. (2010). Brasil: mito fundador e sociedade autoritária. Ed. Fundação Perseu Abramo: São Paulo, SP.
- Cohen, M. S.; Chen, Y. Q.; Mccauley, M. et al. (2012). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 365, p. 493-505.
- Correia, I. F & Vala, J. (2003). Crença no mundo justo e vitimização secundária: O papel moderador da inocência da vítima e da persistência do sofrimento. *Análise Psicológica* (2003), 3 (XXI): 341-352

- Costa Júnior, C. P. (2013). Do branqueamento às cotas raciais: conhecimento histórico e memória para a tomada de posição. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
- Costa-Lopes, R., Dovidio, J. F., Pereira, C. R., & Jost, J. T. (2013). Social psychological perspectives on the legitimization of social inequality: Past, present and future. *European Journal of Social Psychology*, 43(4), 229-237.
- Cunha, C. C. (2015). 'Moralidades em Jogo: os 'embaraços' da sexualidade e gravidez no caso de jovens vivendo com HIV/AIDS'. *Sexualidades*, v. 1, p. 3-43.
- Daniel, H. & Parker, R. (1991). *Aids: a Terceira Epidemia*. São Paulo: Editora Iglu.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Doise, W. (2002). Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 18(1), 27-35.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, Q., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Duckitt, J. (1992). Psychology and Prejudice - A Historical-Analysis and Integrative Framework. *American Psychologist*, 47(10), pp.1182-1193.
- Falcão, L. C., Maracáipe, R., Pereira, A. S., & Torres, A. R. R. (2004). Preconceito e Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*, 31(4), 617-636.
- Fernandes, F. (1960). Prefácio. Em F.H.C Cardoso & O. Ianni (Orgs.), *Cor e mobilidade social em Florianópolis*. São Paulo: Companhia Editora Nacional

- Fernandes, S., Costa, J. D., Camino, L., & Mendoza, R. (2007). Valores psicossociais e orientação à dominância social: um estudo acerca do preconceito. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(3), p. 490-498.
- Ferreira, M. C. (2011). Breve história da moderna psicologia social. In Torres, C. V. & Neiva, E. R. (Orgs.). *Psicologia social: principais temas e vertentes* (p. 13-30). Porto Alegre: Artmed.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2013). *Social cognition: From brains to culture*. Sage.
- Folha de São Paulo (2002). Mandela alerta para “vilas da Aids”. 08 de setembro de 2002.
- Foreman, M., Lyra, P., & Breinbauer, C. (2003). Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and stigma-discrimination in the health sector.
- Freyre, G. (1933/1986). *Casa-grande e senzala* (Vol. 351). Univof California Press.
- Furtado, F. M. S. F. (2016). Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Tese de doutorado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio, & S. L. Gaertner (Orgs.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61-89). Orlando, Florida: Academic.
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Editora 34.
- Godoi, A. M. M. (2013). Criminalização da transmissão sexual do HIV: uma abordagem bioética. 270 f., il. Tese (Doutorado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC
- Gomes A. M. T., Silva E. M. P. & Oliveira D. C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun.
- Guimarães, A.S. A (2006) O racismo como consequência. O Brasil é um país racista? Sim. *Tendências/Debates*. Folha de São Paulo, Opinião.
- Gunther, L. E. (2013). O HIV e a Aids: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. *Revista Jurídica*, 1(30), 398-428.
- Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15.
- Heaven, P. C. L., Connors, J. (1988). Personality, gender and just world beliefs. *Australian Journal of Psychology*, 40, 261-266.
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., & Kendall, T. (2008). Relationship between physicians and HIV patients: influence on adherence and quality of life. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 249-255.
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (1998). *Social psychology*. London: Prentice Hall.
- Jost, J. T., & Van Der Toorn, J. (2012). System justification theory. In P. A. M. van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (Vol. 2, pp. 313–343). London: Sage.
- Jost, J. T., & Banaji, M. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 1-27.

- Karris, M.Y., Beekmann, S.E., Mehta, S.R., Anderson, C.M., Polgreen, P.M. (2014) Are We Prepped for Preexposure Prophylaxis (PrEP)? Provider Opinions on the Real-World Use of PrEP in the United States and Canada. *ClinInfectDis*. 58(5), 704–712.
- Kruger, H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 7-25). Salvador: EDUFBA.
- 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(1), pp. 165-178.
- Lima Nunes, A. V. L., & Camino, L. (2011). Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial? *Psicologia & sociedade*, 23(1), 135-143.
- Lima, M. E. & Vala, J. (2004a). Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 41-68). Salvador: EDUFBA.
- Lima, M. E. O. (2011). Preconceito. In A. R. R. Torres et al. (Orgs), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 451-502). Brasília: Technopolitik.
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004b). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9(3), pp. 401-411.
- Lima, M. E. O., Machado, C., Ávila, J., Lima, C., & Vala, J. (2006). Normas Sociais e Preconceito: O Impacto da Igualdade e da Competição no Preconceito Automático Contra os Negros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 309-319.

- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 401-411.
- Lima, V. D.; Reuter, A.; Harrigan, P. R. et al. (2015). Initiation of antiretroviral therapy at high CD4+ cell counts is associated with positive treatment outcomes. *AIDS*, v. 29, n. 14, p. 1871-82, 10 set.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124.
- Malbergier, A., & Stempliuk, V. D. A. (1997). Os médicos diante do paciente com AIDS: atitudes, preconceitos e dificuldades. *J Bras. Psiquiatr.*, 265-273.
- Malcolm, A., Aggleton, P. J., Bronfman, M., Galvão, J., Mane, P. & Verrall, J. (1998). HIV and AIDS related stigmatization and discrimination: its form and contexts. *Critical Public Health* 8 (4):347-370.
- Mann, J., Tarantola D. J. M., & Netter T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. *AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: RelumeDumará; p. 276-300.
- Martin-Chabot, B. (2010). Mulheres HIV-positivas e grávidas: dificuldades dentro do casal. Experiência numa associação parisiense. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 13(1), 121-130.
- Martin, L. G. Stigma: a social learning perspective. (1986). EnAinlay, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (Ed), *The Dilemma of Difference* (145-161). New York: Plenum.

- Masini, T. & Mwampeta, S. (1993) *Societal response - discrimination and stigmatization in Tanzania*, abstract, IXth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress, Berlin.
- Maznavi, K., Hardy, D., & Bredeek, F. (2013). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV: an online survey of HIV healthcare providers evaluating their knowledge, perception, and prescription of PrEP. In Boston: *Infectious Diseases Society of America Annual Meeting*.
- Medeiros, B. (2010). A relação entre religiosidade, culpa e avaliação de qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – UFPB.
- Melo, J. R. F. (2017). Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – UFPB.
- Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 108-137.
- Miles, R. (1989). *Racism*. London: Routledge.
- Monteiro, S., & Villela, W. (2013). *Estigma e saúde*. Fiocruz.
- Nascimento, V. L. V. D. (2009). *Aids e direitos humanos: práticas sociais em situações de discriminação*. Juruá.

- Nogueira, O. (2009). *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, D. C. (2013). *Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 21: jan.-fev. 2013.
- Oliveira, D. C., Spindola, T., Gomes, A. M. T., Marques, S. C., Formozo, G. A., & de Araujo Campos, L. (2015). Construções simbólicas do tratamento de pessoas que vivem com o HIV/AIDS entre enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(5), 596-602.
- Onusida. (2005). Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados com El VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas. Colección Prácticas Óptimas.
- Paiva, V & Zucchi, E. (2012). Estigma, Discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Paiva, V. (2000). *Fazendo Arte com a Camisinha - Sexualidades e Jovens em Tempos de Aids*. São Paulo: Summus, p. 41.
- Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Paris, S. M. J. (1999). Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. *Folha Médica UNIFESP*; 18(1):41-5.
- Parker R. (2000). *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. 34th ed. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34; 160 p

- Parker, R. (2013). Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. *Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 25-46.*
- Parker, R. G., Bastos, C., Galvão, J., & Pedrosa, J. S. (1994). A AIDS no Brasil [1982-1992]. In *História social da AIDS* (Vol. 2). Relume-Dumará.
- Parker, R., & de Camargo Jr, K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. *Cad. Saúde Pública, 16*(Sup 1), 89-102.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine, 57*(1), 13-24.
- Pedrão, L. J., Avanci, R. C., & Malaguti, S. E. (2002). Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específica. *Rev. Latino-am. Enfermagem, 10*(6), 794-9.
- Pereira, A. S. L. S. (2004). *Representações sociais do homossexualismo e preconceito contra homossexuais*. (Dissertação). Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Pereira, C. (2007). Preconceito, normas sociais e justificações da discriminação: O modelo da discriminação justificada. *Unpublished Tese de Doutorado, ISCTE, Lisboa.*
- Pereira, C. R., & Lopes, R. C. (2012). *Normas, atitudes e comportamento social*. ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

- Pereira, C. R., & Vala, J. (2010). *Do preconceito à discriminação justificada*. In-Mind_Português, 2010, Vol.1, N.º 2-3, 1-13.
- Pereira, C. R., & Vala, J. (2011). A legitimação da discriminação em diferentes contextos normativos. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 363-404). Brasília: Technopolitik.
- 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.
- Pereira, C., Vala, J., Costa-Lopes, R. (2010). From Prejudice to Discrimination: the justifying role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231-1250.
- Pereira, L. B. (2012). Crenças, práticas de cuidado e prevenção acerca das IST/Aids na atenção básica à saúde. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. *Psicologia social: principais temas e vertentes*, 219-237.
- Pettigrew, T. F. (1959). Regional differences in anti-Negro prejudice. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 28-36.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 203-226.

- Porto, T. S. A. R., Silva, C. M. & Vargens, O. M. C. (2014). Cuidando de mulheres com HIV/AIDS: uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014 jun; 35(2): 40-6.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2009). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3), 759-765.
- Rex, J. (1992). Estratégias anti-racistas na Europa (1ª ed.). Em M. Wiewiorka (Ed.), *Racismo e modernidade*, pp. 283-300. Lisboa: Bertrand.
- Ribeiro, K. C. S. (2013). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de IST's e gravidez não planejada para adolescentes jovens*. (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Rivera, G. A. (2009). *As novas formas de racismo e os valores sociais*. (Dissertação). Mestrado em Psicologia, UFPB, João Pessoa.
- Rocha Pereira, C., & Souza Monteiro, S. (2015). A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: avanços, retrocessos e lacunas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4).
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. Nova York: Basic Books.
- Rokeach, M., & Rothman, G. (1965). The principle of belief congruence and the congruity principle as models of cognitive interaction. *Psychological Review*, 72(2), 128-142.
- Sadala, M. L. A., & Marques, S. D. A. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2369-2378.
- Saldanha, A. A.W. (2011). Avaliação Neuropsicológica no contexto da Aids: ansiedade, depressão e prejuízos cognitivos leves associados à TARV e à Qualidade de Vida.

- Relatório Final de Pesquisa. (Processo 575261/2008-0, Edital nº 33/2008 - Saúde Mental). CNPq.
- Santos, W. S. D., Gouveia, V. V., Navas, M. S., Pimentel, C. E., & Gusmão, E. É. D. S. (2006). The modern racismo scale: adaptation to Brazilian context. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 637-645.
- Schaurich, D., & Padoin, S. M. D. M. (2004). Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 8(1), 101-108.
- Senna, M. I. B., Guimarães, M. D. C., & Pordeus, I. A. (2005). Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 217-25.
- Sherif, M. (1935). A study of some factors in perception. *Archives of Psychology*, 187.
- Sherif, M. & Sherif, C. W. (1969). *Social Psychology*. Nova York: Harper & Row.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. R. & Sherif, C. W. (1961). *The Robber's cave experiment: Intergroup conflict and cooperation* (First Wesleyan ed.). Middletown: Wesleyan University Press.
- Shimma, E. (2010). O infectologista diante da morte de pacientes por aids. Shimma, E. (2010). O infectologista diante da morte de pacientes por aids. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; Programa de Pós Graduação em Psiquiatria.
- Sidanius, J. P., & Pratto, F. F. (1999). *Social dominance*. New York: Cambridge University Press.

- Silva, J., Fontes, K. S., Saldanha, A. A. W. & Araújo, L. F. (2008). Aids, Estigma e Preconceito: a percepção da Terceira Idade. In: *IX Congresso Virtual HIV/AIDS - A infecção VIH e o direito*, Lisboa.
- Souza, H. D. (1987). *A cura da AIDS/The Cure of AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais* (Vol. I e II). Lisboa: Livros Horizonte.
- Tajfel, H., Flament, C., Billig, M. & Bundy, R. (1971). Social categorization and intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology*, 1(2), p.149-178.
- Tarsilla, T., Eliane, E., Daniela, D., Rose, R., Marcos, M., & Denize, D. (2016). Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/aids. *Revista Cubana De Enfermeria*, 32(4).
- Tavares, T. L. (2012). *Repertórios discursivos sobre cotas raciais e suas implicações no tratamento de alunos cotistas*. (Dissertação). Psicologia social. Universidade Federal da Paraíba, BR.
- Teixeira, P. R. (1997). Políticas públicas em AIDS. *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Brazil: ABIA, 43-68.
- Telles, E. E. (2014). *Race in another America: The significance of skin color in Brazil*. Princeton University Press.
- Terto Jr., V. (2013). Criminalização da Transmissão do HIV como Forma de Estigma e Discriminação. Apresentação de Trabalho/Conferência - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA

- Torres, A. R. R. & Camino, L. (2013). Grupos sociais, relações intergrupais e identidade social. In Camino, L. et al. (Orgs), *Psicologia social: temas e teorias*. Cap. 9. (pp. 513-537). Brasília: Technopolitik.
- Torres, A. R. R., & Faria, M. R. G. V. D. (2008). Creencia e nun mundo justo y prejuicios: el caso de loshomosexualescon VIH/SIDA. *InteramericanJournalofPsychology*, 42(3), 570-579.
- Tosoli G. A. M., & Evangelista C. I. (2009). O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2).
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2002). World AIDS Campaign 2002-2003. A conceptual framework and basis for action hiv/aids stigma and discrimination. Disponível em: <<http://unaids.org>>. Acesso em out. 2016.
- _____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2015b). UNAIDS se opõe ao Projeto de Lei 198/2015 que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS". Comunicado à Imprensa, nota técnica. Recuperado: <<http://unaids.org.br/2015/03/unaids-se-opoe-ao-projeto-de-lei-1982015/>>. Acesso em 03 set 2016.
- _____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2015a). Especialistas debatem impactos do estigma e da discriminação na resposta ao HIV. Reportagem. Recuperado de: <<http://unaids.org.br/2015/11/especialistas-debatem-impactos-do-estigma-e-da-discriminacao-sobre-a-resposta-ao-hiv/>> Acesso em 05 set 2016.
- _____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida: recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países (No. 616.988). ONUSIDA. Recuperado de:

<http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf>. Acesso em 19 mai 2017.

Varas, D. N., Serrano, G. I., Toronto, A. J. (2004). *Estigma y Diferencia Social: VIH/SIDA em Puerto Rico*. San Juan: Editorial Huracán, 2004.

Velho, G. (2003). O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: G. Velho (Org). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*(pp. 11-28). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Zambenedetti, G. (2014). O paradoxo do território e os processos de estigmatização da Aids na atenção básica em saúde. Tese de Doutorado. Psicologia social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta pesquisa intitula-se “Crenças de profissionais de saúde acerca do HIV/Aids no Brasil” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora doutoranda Elís Amanda Atanázio Silva, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba. Estamos realizando esta pesquisa com profissionais de saúde que trabalham no âmbito do HIV/Aids, sendo nosso objetivo compreender as crenças e percepções de profissionais da saúde acerca do HIV/Aids. Este estudo visa ampliar a compreensão do fenômeno do HIV/Aids (PVHA), bem como auxiliar com dados no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para promoção da saúde de PVHA. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos para a sua saúde, contudo é importante destacar a possibilidade, mesmo que remota, de vivenciar um breve estado de estresse em decorrência de alguma(s) pergunta(s) contida(s) na entrevista que possa(m) causar certo incômodo em algumas participantes, no entanto, nestas situações, o pesquisador se compromete em lhe oferecer apoio psicológico para que retorne ao seu estado psicológico anterior ao início do estudo. Para o desenvolvimento desta pesquisa será aplicado um questionário sociodemográfico com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Posteriormente, serão realizadas entrevistas com os mesmos indivíduos que se submeteram ao questionário. Após isto, os dados serão organizados e analisados pelo pesquisador, facilitando a discussão dos resultados e as posteriores considerações. Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. **Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial.** Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo. O pesquisador (a) responsável estará sempre monitorando a coleta dos dados, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Contato do pesquisador: Universidade Federal da Paraíba / Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes / Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil - CEP - 58051-900 Telefone para Contato: (83) **996134491**. E-mail: **elispsicologiaufpb@yahoo.com.br**
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
(83) 3216-7791 – E-mail: eticacsufpb@hotmail.com

ANEXO B

ROTEIRO DO ESTUDO I

TALP (TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS)

1ª Fase: Evocação:

Solicito que você pense durante 1 minuto acerca das *Pessoas que vivem com HIV/aids*;

2ª Fase: Enunciação

Agora, solicito que você me diga o que de mais importante pensou, sendo que retrate em apenas cinco palavras que considerou mais importantes sobre essas Pessoas que vivem com HIV/aids.

3ª Fase: *Averiguação*.

Agora chegamos à etapa final, e aqui solicito que você me fale sobre cada palavra que me disse/escreveu. Gostaria que me explicasse com a maior riqueza de detalhes possível por que pensou em cada uma dessas palavras.

ANEXO C

ROTEIRO DO ESTUDO II: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Como você se sente atendendo Pessoas que Vivem com HIV/Aids? Que sentimentos te despertam nesse atendimento?
- 2) Você já sentiu pena, antipatia, medo, antipatia ou raiva em algum atendimento às PVHA? E o que você fez? Como agiu?
- 3) Qual foi o atendimento mais marcante que você já teve?
- 4) Foi esse o atendimento mais difícil? Se não, qual foi o atendimento mais difícil que você já teve?
- 5) O que mudou em você após esse atendimento?
- 6) Em algum momento você já sentiu que os demais profissionais lhe trataram de maneira diferenciada por trabalhar neste setor de HIV/aids?
- 7) Em algum momento você pensou em se recusar de não atender alguém com HIV? Você já viu alguma situação que algum colega se recusou e pode me descrever?
- 8) Você acha que os profissionais de saúde que lidam com as PVHA são discriminatórios?

ANEXO D

ROTEIRO PARA ESTUDO III: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Você já ouviu falar das populações chaves (profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, população em situação de rua)? O que você pensa a respeito dessas populações?
- 2) Na sua opinião, a que vulnerabilidades as pessoas soropositivas se expõem/estão expostas? A que você atribui o aumento frequente do número de casos nos boletins epidemiológicos?
- 3) De alguma forma você acha que essas pessoas que vivem com HIV são responsáveis pela sua condição?
- 4) Você acredita que o Ministério da Saúde disponibiliza informações suficientes? E o que falta?
- 5) Deseja acrescentar algo mais?

ANEXO E

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Escolaridade: _____
4. Estado civil: _____
5. Profissão: _____
6. Em que contexto atua hoje? () HIV/Aids () Atenção básica _____
7. Tempo de atuação na sua área? _____
8. Já trabalhou especificamente com HIV/Aids antes? () Sim () Não _____
9. (Apenas para AB) Costuma ter contato com pacientes que vivem com HIV/Aids? ()
Sim () Não
10. O serviço de saúde onde você atua realiza capacitações em HIV/Aids? () Sim
() Não
11. Em caso de resposta afirmativa, com que frequência?

12. Você conhece alguém que tenha o vírus do HIV/Aids? () Sim () Não
13. Se respondeu “SIM” à questão anterior, diga qual seu grau de proximidade com essa pessoa:

() É seu familiar próximo
() É seu familiar distante
() É seu amigo próximo
() É seu amigo distante
() É seu conhecido, apenas
14. Qual sua religião? _____
15. O quanto você se considera religioso?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO F

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

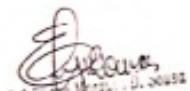


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 28/04/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“RELAÇÕES DE PODER E PRECONCEITO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: A RETROALIMENTAÇÃO DA VULNERABILIDADE EM HIV/AIDS”**, da pesquisadora Elis Amanda Atanázio da Silva. Prot. nº 090/16. CAAE: 54541416.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Drª Elis Amanda Atanázio da Silva
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618