

Representações Sociais da AIDS, Práticas Sexuais e Vida Social entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais em Brasília, Brasil

Social Representations Concerning AIDS, Sexual Practices and Social Life among Heterosexuals, Bisexuals and Homosexuals in Brasília, Brazil

Edson A. de Souza Filho¹
Márcia G. Henning¹

SOUZA-FILHO, E. A. & HENNING, M. G. *Social Representations Concerning AIDS, Sexual Practices and Social Life among Heterosexuals, Bisexuals and Homosexuals in Brasília, Brazil.* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 428-441, oct/dec, 1992.

The social representations of AIDS, preventive practices concerning sexually transmissible diseases, self-representations, social life, values, and forms of information for 89 heterosexuals (HE), 7 bisexuals (BI) and 33 homosexuals (HO) were investigated through a questionnaire containing 33 open and closed questions. Results showed a general belief that everybody is vulnerable to the AIDS virus, but that external changes in the body were considered the major symptom of AIDS by HE and HO. Vaginal sex (30.47%) and oral/anal sex (43.33%) were the most commonly referred by HE and HO, respectively, while BI were more diffuse with regard to their sexual practices. In addition to the use of condoms, HE referred avoiding risk groups and opting for only one partner, while HO would avoid sex (18.2%). Despite HE and HO self-representations in terms of sexual behaviour they gave more emphasis to family than to sexual activity — something that could be regarded as an indication of psychosocial change in these groups caused by AIDS. Suggestions for future research included BI practices as a link between the groups, the power and trust relationships among HE partners, and the urgent need for further studies on the psycho-social life of these groups.

Keywords: AIDS, Social Representation; Sexual Behavior; Social Psychology

INTRODUÇÃO

Desde o seu aparecimento, em 1981, que a AIDS vem atraindo uma atenção cada vez maior do público mundial, já que se trata de uma epidemia que ameaça a todos (Herzlich & Pierret, 1988), para a qual, ainda no final da década, não havia sido encontrada uma forma de tratamento e prevenção que anulasse, de forma definitiva, seus efeitos e alastramento.

Sabemos que entre as formas de contágio

mais importantes está a via sexual. Nesse sentido, alguns estudos sugeriram que as práticas anal e oral estariam difundidas entre heterossexuais (Parker, 1987). Outras observações davam conta do pouco ou nenhum uso de preservativo entre todos os grupos sexuais no Brasil (Adeodato, 1991; Gunther et al., 1991; Martin et al., 1991). Na mesma linha de raciocínio, a relativa marginalização de homossexuais e bissexuais masculinos na sociedade os tornaria possivelmente mais vulneráveis a práticas e concepções intragrupoais (Pollak, 1987, 1988; Prieur, 1990). No caso da França, Pollak mostrou que, entre homossexuais masculinos, a concepção de prática sexual como "natural" (i.e., ligada à conduta sexual espontâ-

¹ Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Fundação Universidade de Brasília, 79910-900, Brasília, DF, Brasil.

nea) costumava estar associada à ausência de uso de técnicas preventivas em comportamento sexual e a uma maior submissão à pressão grupal para partilhar tais práticas e concepções. Segundo o mesmo autor, isso aconteceria mais entre os que tinham menos instrução e viviam em ambientes sociais intolerantes à homossexualidade, ao contrário dos que mantinham uma concepção de sexualidade como "racional" (i.e., com autocontrole em conduta sexual), que possuíam mais instrução e viviam em ambientes sociais mais tolerantes à homossexualidade. Estes últimos grupos haviam sido os primeiramente atingidos pela epidemia, facilitada por práticas "promíscuas" (Pollak, 1987), mas, logo em seguida, mais atentos à informação e à adoção de novas práticas preventivas.

No momento em que pensávamos em realizar esta pesquisa, pouco se sabia no Brasil sobre os aspectos psicossociais e sexuais em torno da AIDS. Era necessário, portanto, um aprofundamento psicossocial das várias dimensões acima referidas, ou seja, de um estudo exploratório a respeito do conhecimento da AIDS, de práticas sexuais e preventivas, e da vida social de heterossexuais, bissexuais e homossexuais.

A partir da problemática descrita em linhas gerais, consideramos adequada a adoção de um referencial teórico-metodológico mais aberto, que levasse em conta, simultaneamente, os aspectos simbólicos e sociais envolvidos, tal como o enfoque de representações sociais proposto por Serge Moscovici (1978).

Por representação social entende-se um saber informal originado no dia a dia para lidar com um assunto, pessoa ou objeto, quando este é estranho, abstrato ou ambíguo, a fim de torná-lo familiar, garantir comunicação unívoca no interior do grupo, e interagir com outros indivíduos e grupos externos. Contrariamente aos modelos psicossociológicos que costumam encarar o tratamento de informação como um processo sobretudo individual, a proposta moscovicianiana pretende situá-lo no interior de grupos e da sociedade, sem os quais não se pode compreender adequadamente os processos de circulação, assimilação ou indiferença em relação à informação (Echabe & Rovira, 1989).

Para tanto, o modelo teórico proposto pelo mesmo autor apresenta algumas dimensões, nos níveis simbólico e social, que poderiam servir

de parâmetros para a nossa investigação. No plano simbólico, considera todas as possibilidades de produção de significado de um sujeito a respeito de um assunto ou objeto qualquer, o que inclui a **atitude** em relação ao mesmo e leva em consideração as relações entre os significados mencionados, ou a constituição do **campo de representação**. Já no plano da interação social, Moscovici propôs três determinantes principais para a produção de representações sociais (Herzlich, 1972): a **pressão à inferência** exercida pelos grupos junto a seus membros, no sentido de tomar posição ou elaborar um saber informal a respeito de um assunto ou objeto importante para o funcionamento do grupo — para atingir metas, por exemplo; a **focalização** sobre o assunto ou objeto segundo o seu interesse ou situação social vivida grupalmente, não necessariamente consciente, como é o pertencer objetivamente a um grupo sexual (cf. Fry, 1972); e a **informação** tomada objetivamente sobre o assunto ou objeto, sendo desigualmente distribuída na sociedade e determinando a subjetividade de um grupo particular a esse respeito.

Sabemos que algumas categorias de orientação sexual, tais como bissexuais e homossexuais, não chegam a constituir-se em grupos sociológicos no sentido convencional do termo, não possuindo, muitas vezes, aquelas estruturas grupais que os caracterizam. Sem pretendermos aprofundar a discussão, que já foi colocada alhures, ainda que de outro modo (Touraine, 1984), gostaríamos de dizer que adotamos aqui uma noção de grupo sexual mais limitada, como o sentimento ou auto-representação de indivíduos que indicam práticas sexuais específicas.

A fim de orientar nossas observações, apresentamos abaixo os objetivos desta pesquisa:

- 1) Caracterizar o conhecimento sobre a AIDS em termos de formas de contágio, grupos vulneráveis, sintomas, origens, modos de diagnóstico, tratamento;
- 2) Caracterizar práticas sexuais de sujeitos que se autodefiniram como sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais;
- 3) Caracterizar práticas preventivas em termos de número de parceiros, uso de preservativo, estratégias de prevenção, teste anti-HIV;

- 4) Caracterizar a vida social de grupos sexuais em termos de identidade sexual, valores e participação social.
- 5) Caracterizar reações pessoais esperadas no caso de infecção de um amigo, de infecção de si mesmo, relevância social da epidemia, meios e locais de informação adequados para informar sobre a AIDS.

METODOLOGIA

Participaram da pesquisa basicamente três grupos, formados a partir de sua prática sexual declarada, ou seja, sujeitos que se identificaram como sendo heterossexuais (HE), bissexuais (BI) ou homossexuais (HO). A amostra de sujeitos que participaram da investigação não pretende a representatividade para os universos estudados, mas apenas revelar tendências psicossociais de microgrupos a serem cotejados com outros estudos.

No caso dos heterossexuais, estes foram contatados em função do acesso facilitado pela direção de uma escola de 2^a grau de Brasília. Já a maioria dos bissexuais e homossexuais era freqüentadora de duas casas noturnas, também de Brasília, cujo acesso nos foi facilitado por suas gerências.

Trabalhamos com um questionário elaborado por nós, parcialmente inspirado pelos utilizados por Henning & Tamayo (1989) e Pollak (1988), contendo perguntas a respeito da identidade sexual, participação social, valores, conhecimento sobre a AIDS, práticas sexuais e preventivas, e comunicação social sobre o assunto. Ao todo, trabalhamos com 33 questões, abertas e fechadas.

A aplicação do questionário, realizada em maio de 1989, foi combinada com a direção da escola para ocorrer coletivamente, no intervalo de atividades curriculares. Na ocasião, estagiários de psicologia e um dos autores expuseram as intenções da pesquisa e pediram a colaboração dos estudantes no preenchimento dos questionários, os quais foram depositados em urnas fechadas. Gastou-se, em média, uma hora para fazê-lo, e houve adesão da maioria dos presentes à proposta.

Prevendo dificuldades conhecidas com os grupos bissexuais e homossexuais, adotamos

um procedimento diferente. Inicialmente, a partir de agosto de 1989, com o apoio e autorização do gerente de uma casa noturna de Brasília freqüentada por homossexuais masculinos, solicitamos o preenchimento de questionários a partir de envelopes selados, deixados com um empregado do estabelecimento, a serem recolhidos voluntariamente e devolvidos diretamente pelo correio a um dos autores. Como a adesão foi extremamente reduzida (dois questionários), apesar da existência de vários cartazes afixados no local, decidimos mudar o procedimento e usar o sistema de "redes de afinidades", ou seja, através de um dos gerentes de outra casa noturna da cidade, que distribuiu o questionário entre os seus amigos.

A análise de conteúdo das questões abertas aplicadas inclui a categorização das respostas, as quais foram objeto de análises estatísticas descritiva e inferencial, para comparação entre os grupos. Para descrevermos os sujeitos em termos de variáveis biodemográficas e sócio-culturais, empregamos apenas percentagens, e para estabelecermos inferências estatísticas, utilizamos o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Das 33 questões aplicadas, apresentaremos, nesta publicação, apenas uma parte dos resultados obtidos.

Os grupos sexuais podem ser descritos em termos das variáveis sexo, idade, cidade de origem, escolaridade, estado civil, segundo os dados abaixo:

As amostras incluíram 89 HE (33 homens e 56 mulheres), 8 BI (7 homens e 1 mulher) e 33 HO (32 homens e 1 mulher).

Os HE apresentaram idades que variaram entre 15 e 21 anos (66,3%), 22 e 30 (19,1%), e mais de 31 (10,1%), enquanto 4,5% não responderam ao item. As idades dos BI variaram entre 15 e 21 (1 pessoa), 22 e 30 (6 pessoas), e 31 em diante (1 pessoa). Já entre os HO, 3 pessoas situaram-se entre 15 e 21 anos, 19 entre 22 e 30 anos, e 10 com mais de 31 anos, sendo que 1 não respondeu a este item.

Em termos de escolaridade, 88 HE situaram-se na faixa de 2^o grau e 1 em nível superior.

Entre os BI, por sua vez, 3 eram de 2º grau, 2 de nível superior, e 3 não especificaram. Já os HO, 1 era da faixa de 1º grau, 8 de 2º grau, 17 de nível superior, e 7 não especificaram.

Quanto ao estado civil dos grupos, obtivemos as seguintes informações: dos HE, 65 sujeitos (73%) eram solteiros, 20 casados (22,5%), 2 separados (2,2%), e 2 não especificaram; dos BI, 6 sujeitos eram solteiros, 1 casado, e 1 separado; dos HO, finalmente, 29 eram solteiros, 2 casados, e 2 separados.

Gostaríamos de esclarecer que o conhecimento informal, tal como reportado nas várias tabelas abaixo, é o resultado de análises de conteúdo de questões abertas aplicadas às populações (Bardin, 1979). Assim, as categorias simbólicas utilizadas por nós procuraram sintetizar de maneira objetiva e direta, o significado das respostas. Tais categorias encontradas podem ser consideradas como orientações simbólicas populares que devem ser levadas em conta no trabalho de preparação de campanhas de saúde pública e no atendimento clínico rotineiro. Assim sendo, ao leitor não habituado com este tipo de trabalho, a informação resul-

tante exposta nas tabelas pode parecer, à primeira vista, simples e incompleta, como costuma se apresentar o senso comum a respeito de certos assuntos, os quais são tratados diferentemente por outros grupos sociais, tais como as comunidades profissionais e científicas. Trata-se de relatar a sua especificidade de modo "quase-descritivo" para o que só exemplos concretos de como foram manifestados no discurso poderiam acrescentar informação, o que sobrecarregaria ainda mais o texto. Todos os dados simbólicos foram analisados estatisticamente, comparando os três grupos através do teste Kruskal-Wallis, com excessão dos referentes às práticas sexuais. Assim, as tabelas apresentadas adiante mostram os resultados das médias obtidas por cada grupo em cada tipo de resposta, sendo indicados, ademais, os níveis de significância de 'p'.

Em relação aos conteúdos de conhecimento sobre a AIDS segundo os grupos, estes foram ordenados nas Tabelas de 1 a 5, apresentadas a seguir.

As práticas sexuais, à época do estudo, apontadas pelos sujeitos estão demonstradas na Tabela 6.

TABELA 1. Conhecimento sobre a Transmissão do HIV entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Sexual	0.92	86,5	0.62	62,5		84,8
Sangue	* 0.53	48,0	0.25	25,0	0.78	69,7
Droga injetável	0.28	26,9			0.24	24,0
Material hospitalar	0.15	13,5			0.33	30,3
Falta de informação	0.14	13,5	0.12	12,5	0.09	9,1
Objetos pessoais	0.10	9,0			0.03	3,0
Beijo, mosquito	0.05	5,6			0.06	6,10
Ferida	0.04	4,5				
Destino	0.02	2,2	0.12	12,5	0.03	3,0
Debilidade orgânica	0.01	1,1			0.03	3,0
Outros	0.13	13,5	0.37	37,5	0.21	18,2

* $p \leq 0.026$ (Teste Kruskal-Wallis)

TABELA 2. Grupos que Podem Ser Atingidos pelo HIV

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Todos	0.76	75,3	0.87	87,5	0.93	93,9
Sexual	0.32	32,0	0.37	37,5	0.36	36,4
Hemofílicos	0.17	18,0			0.27	27,3
Sexo desviante	0.16	15,0	0.12	12,5	0.09	9,1
Drogados	0.12	12,4			0.12	12,1
Não sabe	0.04	4,5			0.03	3,0
Outros	0.23	22,4			0.15	15,2

TABELA 3. Sintomas da AIDS

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Alterações corporais externas	1.47	73,0	1.0	87,5	1.48	63,6
Alterações corporais internas	0.80	53,9	1.12	78,0	1.18	69,7
Infecções	* 0.58	48,2	0.62	62,5	1.09	63,6
Alterações psicológicas	0.06	6,7			0.15	15,2
Outros	0.30	30,3			0.21	21,2

* $p \leq 0.06$

TABELA 4. Origens do Vírus da AIDS

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Não sabe	0.32	30,3			0.36	36,4
De laboratório	* 0.28	26,9	0.62	50,0	0.60	51,5
Doença sexual	0.21	19,1	0.37	37,5	0.009	9,1
Já existia	0.05	5,6			0.12	9,1
Droga	0.02	2,2			0.06	3,0
Outros	0.30	29,2	0.25	25,0	0.24	21,2

* $p \leq 0.015$

TABELA 5. Tratamento da AIDS

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Paliativo	* 0,35	31,4	0,25	25,0	0,66	63,6
Sem tratamento	0,32	32,6	0,25	25,0	0,21	21,2
Não sabe	** 0,15	15,7	0,50	50,0		
Estão estudando	0,08	9,0			0,09	9,1
Depende de dinheiro	0,07	7,9			0,06	6,1
Fitoterapia e dieta	0,02	2,2			0,06	6,1
Depende da pessoa	0,01	1,1			0,03	3,0
Outros	0,16	16,8	0,12	12,5	0,15	15,2

* $p \leq 0.024$; ** $p \leq 0.001$

TABELA 6. Práticas Sexuais de Heterossexuais (HE), Bissexuais (BI) e Homossexuais (HO) dos Sexos Masculino (M) e Feminino (F)

	HE		BI		HO	
	M	F	M	F	M	F
	%	%	%	%	%	%
Só sexo vaginal	26,6	34,28	14,28			
Só sexo oral			14,28			
Só sexo anal					6,6	
Só masturbação mútua			14,28			100,0
Só masturbação individual	6,66	2,85			13,3	
Sexo vaginal c/s masturbação	11,11	5,71				
Sexo oral c/s masturbação			14,28		6,6	
Sexo anal c/s masturbação					10,0	
Vaginal e oral c/s masturbação	24,44	20,0	28,57	100,0		
Vaginal e anal c/s masturbação	6,66	5,71				
Oral e anal c/s masturbação					43,33	
Vaginal, oral e anal c/s masturbação	11,11	5,71	14,11		6,66	
Masturbação individual e mútua	2,22				13,33	
Nenhuma prática acima	11,11	25,71				
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

O uso de técnicas preventivas pelos grupos em foco foi investigado a partir de algumas questões, cujos resultados podem ser lidos nas Tabelas de 7 a 10, expostas a seguir:

Quando perguntamos aos sujeitos se se submeteriam ao teste-AIDS, caso pudessem, 61,8% dos HE responderam afirmativamente, enquanto 22,5%, negativamente. Já todos os BI e 51,5% dos HO declararam-se favoráveis ao teste, enquanto 15,2% destes últimos foram desfavoreáveis.

Nesse sentido, as justificativas apresentadas pelos que concordaram em se submeter ao teste se distribuíram da seguinte forma: *por segurança*: 24,7% (HE), 51,5% (HO), os quais se diferenciaram quase que significativamente ($p < .061$); *todos correm risco*: 13,5 (HE), 12,5% (HO); *para não contaminar outros*: 9% (HE) 21,1% (HO), sendo que 15,7% dos HE e 3% dos HO não especificaram a resposta.

TABELA 7. Número de Parceiros Sexuais Ocasionais Tidos nos Últimos Três Meses

	X	N	%
HE	0,88	24	32,6
BI	0,34	5	75,0
HO	* 2,18	22	64,6

* p ≤ 0,002

TABELA 8. Número de Vezes que Deixou de Usar Preservativo nos Últimos Três Meses

	X	N	%
HE	0,26	13	14,6
BI	0,50	2	25,0
HO	* 0,75	10	30,2

* p ≤ 0,032

TABELA 9. Estratégias Adotadas para Evitar o HIV

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Evitar <i>Grupo de Risco</i>	0,33	28,0	0,37	37,5	0,36	13,3
Preservativo peniano	* 0,28	28,1	0,62	62,5	0,45	45,5
Parceiro único	0,24	24,7			0,12	12,1
Seringa descartável	0,11	11,2	0,12	12,5	0,15	15,2
Não sabe	0,10	10,1	0,12	12,5	0,09	9,1
Sangue aprovado	0,06	6,7			0,09	9,1
Rezar/não tem jeito	** 0,06	6,7				
Informar-se	0,04	4,5			0,09	9,1
Abstinência sexual	0,02	2,2			0,18	18,2
Higiene	0,01	1,1				
Evitar sintomáticos			*** 0,12	12,5	0,09	9,1
Evitar esperma			**** 0,12	12,5	0,09	9,1
Outros	0,32	32,6			0,15	15,2

* p ≤ 0,048;

** p ≤ 0,004;

*** p ≤ 0,017;

**** p ≤ 0,01

TABELA 10. Justificativas dos que Discordaram em se Submeter ao anti-HIV

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Sabe não estar infectado	0,14	14,6	0,01	12,5	0,15	15,1
Não teria coragem	0,04	4,5			0,12	12,1
Teste transmite AIDS	0,03	3,4			0,03	3,0
Não adiantaria	0,01	1,1			0,06	6,1
Só com sintoma	0,01	1,1			0,03	12,1
Prefere evitar	0,01	1,1			0,06	6,1

Em relação aos conteúdos de identidade sexual, valores e participação social, os resultados foram os seguintes: as respostas de identidade sexual foram agrupadas em três tipos: *conduta sexual* (HE, 43,8%; BI, 37,5%; HO,

51,1%); *normas* (HE, 25,8%; BI, 25%; HO, 33,3%) e *não sabe* (HE, 4,5%; BI, 12,5%), sendo que 39,3%, 25% e 3% dos HE, BI e HO, respectivamente, não especificaram os conteúdos (Tabelas 11 e 12).

TABELA 11. Valores de Grupos Sexuais

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Família	* 5,46	96,6	4,62	77,5	4,87	93,9
Estudos	** 5,24	95,5	4,50	77,5	4,39	90,9
Carreira profissional	5,07	95,5	4,50	77,5	4,78	90,9
Atividade sexual	*** 5,03	95,5	4,62	77,5	4,18	93,9
Vida afetiva	3,43	94,4	4,87	77,5	5,09	97,0
Opinião dos outros	3,37	94,4	3,37	77,5	3,60	90,9
Normas esperadas	3,06	86,5	3,00	77,5	3,18	90,9

* p ≤ 0,006

** p ≤ 0,016

*** p ≤ 0,007

TABELA 12. Formas de Participação Social de Grupos Sexuais

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Individual	0,60	52,8	0,37	37,5	0,45	45,5
Religiosa	* 0,48	28,0	0,12	12,5	0,06	6,1
Recreativa	0,21	21,3	0,25	25,0	0,18	18,2
Vizinhança	0,03	3,4			0,03	3,0
Político-sindical	** 0,01	1,1	0,12	12,5	0,15	15,2
Identidade sexual					*** 0,15	12,1
Profissional					**** 0,09	3,0
Outros	0,13	13,5	0,25	25,0	0,09	3,0

* p ≤ 0,025;

** p ≤ 0,007;

*** p ≤ 0,002;

**** p ≤ 0,011

Alguns exemplos de conteúdos de identidade sexual podem ser lidos abaixo:

(...) *sou normal como qualquer outra, tenho prazeres e pratico minhas relações sexuais* (...)

Simplemente pelo meu prazer.

Normal.

Acho que não tenho (identidade).

Creio ser um homossexual (...) discreto e que

aceita essa condição, mesmo não me expondo para familiares e para a sociedade heterossexual.

Abaixo, apresentamos algumas reações pessoais esperadas diante da AIDS, bem como percepções de relevância social da AIDS e meios e locais considerados adequados para a veiculação de mensagens sobre o assunto (Tabelas 13 a 16).

TABELA 13. Reações Pessoais Esperadas se um Amigo se Infectasse com o HIV

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Apoio	0,66	56,1	0,87	87,5	0,33	72,7
Trataria normalmente	0,20	20,2			0,18	18,2
Afastaria-se	0,12	12,4	0,12	12,5		
Não sabe	0,08	9,0			0,09	9,1
Nada faria	0,06	6,7			0,06	6,1
Não faria sexo c/ ele(a)	0,06	6,7	0,12	12,5	0,09	9,1
Teria crise psicológica	0,02	2,2			0,06	6,1
Outros	0,04	4,5				

TABELA 14. Reações Pessoais Esperadas Caso se Infectasse com o HIV

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Não sabe	0,41	40,0	0,12	12,5	0,36	33,3
Se conformaria	* 0,34	32,5	0,62	50,0	0,16	45,5
Teria crise psicológica	0,28	26,9	0,25	25,0	0,42	39,4
Se isolaria	0,10	7,8	0,12	12,5	0,06	6,1
Não contaminaria outro(a)	0,07	6,7			0,12	12,1
Procuraria ajuda	0,03	3,4	0,12	12,5		
Se arrependeria	0,02	2,2			0,06	6,1
Outros	0,08	9,0	0,12	12,5	0,06	6,1

* $p \leq 0,035$

TABELA 15. Relevância Social da Epidemia de AIDS

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Existe epidemia	0,60	60,6	0,62	62,5	0,66	66,7
A epidemia é mais grave	0,16	14,6			0,24	21,2
A imprensa exagera	* 0,12	12,4	0,25	25,0	0,12	12,1
Não sabe	0,04	4,5			0,06	6,1
Exagero para contenção sexual	0,01	1,1			0,12	12,1
Deve-se exagerar mais	** 0,01	1,1			0,03	3,0
Omitem fatos					0,06	6,1
Outros	0,17	18,0	0,12	12,5	0,12	12,1

* $p \leq 0,017$;** $p \leq 0,052$

TABELA 16. Meios e Locais de Informação Considerados Adequados para Informar sobre a AIDS

	HE		BI		HO	
	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Locais públicos	0,45	37,1	0,37	37,5	0,69	45,3
Todos os meios	0,40	38,2	0,62	62,5	0,54	48,5
Rádio e TV	* 0,20	16,9	0,12	12,5	0,60	39,4
<i>Grupos de Risco</i>	0,14	12,3			0,15	12,1
Família/individual	0,10	10,1	0,25	25,0	0,09	9,1
Material escrito	** 0,08	6,7			0,16	40,3
Não deve ser veiculada	0,03	3,4	0,12	12,5		
Trabalho/sindicato	*** 0,02	2,2	0,25	25,0	0,09	6,0
Igreja/grupo jovem	0,01	1,1	0,12	12,5	0,06	3,0
Outros	0,30	29,2	0,25	25,0	0,27	15,1

* $p \leq 0,013$; ** $p \leq 0,001$; *** $p \leq 0,013$

Conforme se pode ler na Tabela 1, houve concentração de respostas em relação a algumas formas de contágio conhecidas, mas a idéia de contágio parece ter feito lembrar outros temas do repertório dos sujeitos nesse assunto. Assim, as formas mais comuns de contágio para os grupos se referiram à relação sexual, ao sangue, à droga injetável, notando-se que entre os HO houve certa tendência de apresentar respostas sangue.

Quanto aos grupos vulneráveis ao vírus, os grupos estudados tenderam a generalizar a todos a possibilidade de contágio (Tabela 2).

As formas de observar os sintomas da doença mais referidas foram alterações corporais externas, entre HE e HO, seguidas, para os mesmos sujeitos, por alterações corporais internas e infecções. Porém, os HO e BI ressaltaram ainda mais infecções que os demais grupos (Tabela 3).

O conhecimento a respeito da origem da AIDS não suscitou, entre os grupos, muitas respostas, as quais foram não-específicas (outros) ou não sabe. Contudo, devemos ressaltar a maior ênfase atribuída pelos HO à idéia de que a AIDS surgiu no laboratório (Tabela 4).

Em termos de conhecimento sobre tratamentos disponíveis ao portador do vírus da AIDS, os HO os consideraram, mais que os HE, paliativos; os BI preferiram dizer que não sabem (Tabela 5).

A leitura da Tabela 6, sobre práticas sexuais

declaradas pelos grupos, revela-nos haver diferenças qualitativas entre si. Assim, os HE observados relataram maior prática de sexo vaginal e vaginal e oral com/sem masturbação, ainda que os HE masculinos tenham apontado alguma prática vaginal, oral e anal com/sem masturbação. Mas, entre os HE, outro aspecto importante é a abstinência sexual, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Já os HO tenderam a se concentrar em sexo oral e anal com/sem masturbação e anal com/sem masturbação, mas houve importante contingente que indicou praticar a masturbação individual. Os BI masculinos, por sua vez, caracterizaram-se por uma dispersão maior entre as práticas, mas concentraram-se em sexo vaginal e oral com/sem masturbação. Aliás, nenhum BI declarou-se em abstinência ou praticando masturbação individual.

Em termos de risco através da atividade sexual, HO e HE foram os grupos mais expostos (Tabelas 7 e 8).

Por outro lado, as estratégias adotadas para evitar o contágio (Tabela 9) mostraram o uso de preservativo como mais importante para HO e BI, seguidas, para HO, de abstinência sexual e seringa descartável e, para BI, evitar grupos de risco. Já os HE preferiram evitar grupos de risco, seguido por preservativo e parceiro único. Entre os HO e BI, notou-se tendência de evitar sintomático e evitar esperma.

Quando perguntados se submeteriam-se ao

teste-AIDS, todos os grupos tenderam a concordar. E os argumentos obtidos para justificarem a realização do teste se concentraram na idéia de **segurança**, no que os HO se destacaram mais.

Os argumentos apresentados pelos grupos para não se submeterem ao teste-AIDS foram basicamente de dois tipos: **sabe que não está infectado e não teria coragem** (Tabela 10).

No que toca à identidade sexual representada, os HO e HE se caracterizaram por dar mais ênfase à **conduta sexual**, dando menos importância que os BI aos aspectos **normativos**. Aliás, nas respostas dos HE, foram os sujeitos masculinos os que indicaram relativamente mais experiência e conteúdo verbal a partir da pergunta que fizemos.

Em termos valorativos, os HE deram mais importância, em ordem decrescente, à **família, estudos, carreira profissional e atividade sexual**, enquanto que BI, à **vida afetiva, atividade sexual, família, carreira profissional e estudos**, e os HO, por sua vez, à **vida afetiva, família, carreira profissional, estudos e atividade sexual**. É bom destacar que os HE apresentaram valorização maior para a **família, estudo e atividade sexual** (Tabela 11).

Para os três grupos investigados, a forma de participação social que denominamos individual mostrou-se a mais freqüente, seguida, no caso dos HE, por **religiosa, recreativa**; para BI, **recreativa, religiosa, político-sindical, identidade sexual**; e para HO, além de **recreativa e político-sindical, identidade sexual e menos religiosa** que os demais grupos. Contudo, os HE indicaram relativamente maior participação **religiosa**, e os HO, **político-sindical, identidade sexual e profissional** (Tabela 12).

As reações pessoais esperadas face a um amigo infectado se concentraram em **apoio e trataria normalmente**. Ainda assim, um certo número de HE e BI disse que se **afastaria** de um amigo portador do vírus (Tabela 13).

No caso de se descobrirem infectados, por sua vez, as representações coletadas se concentraram basicamente em **não sabe, se conformaria e crise psicológica**, ainda que com tendência variada entre os grupos: BI e HO se **conformariam e crise psicológica**, e HE, **não sabe, se conformaria e crise psicológica** (Tabela 14).

Em relação às repercussões sociais do vírus, também houve consenso em achar que **existe epidemia**, mas alguns sujeitos dos grupos HE e HO consideraram que a epidemia é **ainda mais grave**, enquanto que os BI, por seu turno, manifestaram pensamento de que há **exagero da imprensa**, e os HO, de que tal exageração é **para conter a sexualidade**, embora sem diferença significativa estatisticamente (Tabela 15).

Os três grupos observados destacaram todos os **meios, locais públicos e rádio e TV** como formas principais de veiculação de informação sobre a AIDS. Além disso, os HE e HO apontaram **locais de grupos de risco** em terceiro e quarto lugares, respectivamente; os BI, **trabalho e sindicato** como outros locais e meios também válidos; e os HO, **material escrito** (Tabela 16).

DISCUSSÃO

O instrumento que elaboramos e aplicamos pretendia, numa primeira investigação, fixar alguns parâmetros psicossociais a fim de entendermos melhor alguns aspectos ligados ao fenômeno da AIDS. De modo geral, os grupos estudados apresentaram um nível de informação a respeito da AIDS insuficiente, impreciso, ainda que diferenciado intergrupalmente. De todo jeito, parece que o que se reteve de campanhas de informação foram alguns *slogans* genéricos, aparecendo, ainda que menos freqüentemente, crenças antigas, como a que considera os objetos pessoais transmissores do vírus (Jodelet, 1989).

Os grupos estudados concordaram com relação a outros aspectos da representação da AIDS, tal como o que estende a todos a possibilidade de contágio, mas é bom ressaltar que HO e BI consideraram que o vírus foi gerado no laboratório. Poderíamos nos perguntar se tal representação não estaria ligada à situação de relativa marginalidade desses grupos sexuais em relação às instituições sociais, configurando uma relação defensiva com as mesmas. Se tais comportamentos existiam antes da epidemia-AIDS, eles teriam sido reativados pela exposição da identidade homossexual ligada à doença (Mott, 1991; Tosta, 1991).

Cabe-nos ainda mencionar que os resultados

indicaram alguma diferença quanto ao modo de conhecer os sintomas da AIDS adotados por HO, que tenderam a incluir mais o item infecções, refletindo provavelmente experiências e posturas informativas mais específicas. Um outro exemplo da mesma tendência é a representação, entre os HO, de que existem tratamentos paliativos para a AIDS, de conotação algo mais positiva que sem tratamento, mais comum entre os HE.

As práticas sexuais dos HE indicaram pouca ou quase nenhuma declaração de sexo anal exclusivo ou combinado a outras práticas. Por outro lado, a abstinência sexual observada poderia ser melhor compreendida a partir de uma leitura da distribuição desse grupo entre as faixas etárias: enquanto 66,3% dos HE estavam entre 15 e 21 anos de idade, os BI e HO situavam-se acima de 22 anos em 87,5% e 87,9%, respectivamente. Contudo, o estudo de Henning & Tamayo (1989) mostrou que o nível de conhecimento sobre a AIDS não só era menor entre os que praticavam menos sexo, mas também poderia justificar psicologicamente um retardo do desenvolvimento da vida sexual ativa.

Entre os HO estudados, 26,6% se declararam praticando, ainda que em menor número, a masturbação exclusiva ou combinada a outras formas, possivelmente como reação à epidemia. Se atentarmos para os índices de risco representados por HE e HO, estes constituíam-se, à época do estudo, em grupos com maior número de parceiros e de vezes que haviam praticado sexo sem preservativo, situando-se, portanto, em condições epidemiológicas distintas. Contudo, as estratégias adotadas para se evitar o vírus foram também diferenciadas. Ou seja, os HO, sendo os mais atingidos, produziram um padrão de resposta que privilegiou o preservativo, seguido de abstinência sexual. Esta última tendência (18,2%), embora menor, pode significar uma crise psicológica importante e aumentar a vulnerabilidade a práticas sexuais de risco, conforme constatou Prieur (1990) ao estudar HO que as aceitavam para não perder a oportunidade de viver um romance, na expectativa de não lhes ser muito freqüentes e/ou após períodos de privação, reais ou simbolizados. Neste sentido, o mesmo grupo tem na prática anal uma dimensão importante da sua identidade

sexual, ameaçada pela AIDS e ainda em 1989 não contornada com o uso do preservativo. Neste caso, a abstinência e a masturbação individual parecem ser mecanismos de negação ou evitação do problema que ampliam ainda mais as dificuldades de realização afetiva e de reconhecimento social vividas por membros deste grupo.

O grupo BI masculino, por sua vez, apesar de muito reduzido em nossa amostra, apresentou maior variedade de práticas sexuais, o que mereceria um estudo posterior, pois trata-se de um dos elos das cadeias de transmissão do vírus para os grupos HE e HO.

Por outro lado, o grupo HE feminino revelou-se ligado às idéias de evitar grupos de risco e ter parceiro único, que são, evidentemente, simplificações, ou mesmo deslocamentos de atenção, para evitar enfrentar o problema realisticamente na vida do casal, possivelmente temendo abalar a confiança mútua ou a quantidade de prazer vivido. Estas representações revelam-se insuficientes em termos preventivos (Bauman & Siegel, 1987), sustentando-se, em parte, numa informação superficial da síndrome, mas também, em função de valores e ideologias sobre a família, de origens remotas (Lévi-Strauss, 1966), ganhando atualidade diante de uma epidemia inicialmente considerada de sexualidades desviantes (homossexual, promíscua) ou de consumo de drogas ilegais, sobretudo em meios sociais conservadores (Sontag, 1989).

Pudemos constatar o quão era centrada a definição de identidade sexual de HE e HO em termos de conduta sexual (ou seja, desejo, prática sexual). Contudo, esses grupos estavam sob influência valorativa de agentes sociais diferentes: enquanto os HE viviam na órbita da família, estudos, vida religiosa e meios de comunicação de massa, os HO eram também ligados ao grupo de identidade sexual, via práticas sexuais e valorização da vida afetiva. Já os BI tendiam para uma posição sócio-cultural mista, procurando valorizar a vida recreativa, práticas sexuais, mas também a identidade sexual em termos normativos, vida religiosa. Daí porque os HE tenham situado a atividade sexual em quarto lugar de importância, os BI, em segundo lugar, após vida afetiva, e os HO, em quinto, após vida afetiva, família, carreira,

estudos, em ordem decrescente. No caso dos HE, estes cursavam o secundário, com perspectivas de entrada no mercado de trabalho ou de prosseguir estudando em curso superior. O grupo HO, por sua vez, 50% dos quais com instrução universitária, parece-nos mais estabilizado valorativamente.

Ainda que tenha havido uniformidade entre os grupos quanto a reagir com apoio e tratando normalmente um amigo contaminado, houve certa tendência dos HE e BI ao afastamento. Tal reação poderia prejudicar um possível papel no tratamento de portadores do vírus da AIDS, conforme se demonstrou em um estudo feito em Nova Iorque com soropositivos, os quais, em função de se representarem contando com apoio social ou não, retardaram significativamente o desenvolvimento de sintomas da doença posteriormente (Zich & Temoshok, 1987). Houve manifestação verbal de cuidado social entre os HO que estudamos, que procurariam não contaminar outros caso se tornassem portadores do vírus.

Parece ter existido certa relação entre o fato de representar a relevância social da epidemia e o tipo de reação esperada caso se contaminasse. Assim, os grupos consideraram basicamente que existe epidemia e que é mais grave e, simultaneamente, não sabem como reagiriam e se conformariam, seguidas por teriam crise psicológica. Contudo, se conformariam, entre HO e BI, indica certa preparação para o problema, ainda que os BI tenham se destacado em considerar que a imprensa exagera, e os HO, que deve-se exagerar mais.

Uma forma de entender a representação da gravidade do problema considerado é relacioná-lo aos hábitos de informação ou ao grau de risco representado/vivido. Assim, o grupo HO se sobressaía ao preferir material escrito sobre o assunto, ou seja, mais preciso; os demais grupos optaram por locais e meios usualmente veiculadores de informação menos elaborada e de consumo rápido. A representação de que todos estão sob ameaça combinou-se à preferência por formas de comunicação de massa. Por outro lado, os BI reclamaram um tratamento mais privado e específico aos grupos profissionais.

O estudo acima relatado procurou rastrear

parâmetros psicossociais envolvidos na problemática da AIDS. Ele serviu-nos, sobretudo, para fazer um mapeamento qualitativo de temas importantes existentes no repertório simbólico dos grupos observados, a serem aprofundados em investigações ulteriores.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração de Helena Olivetto Greco e ao Colégio JK, da Asa Norte (Brasília), por terem interrompido as suas atividades para que este estudo fosse realizado; ao Centro de Processamento de Dados da UnB e ao CNPq, que auxiliaram no tratamento estatístico e no financiamento deste trabalho, respectivamente.

RESUMO

SOUZA-FILHO, E. A. & HENNING, M. G. **Representações Sociais da AIDS, Práticas Sexuais e Vida Social entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais em Brasília, Brasil.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 428-441, out/dez, 1992.

Através de 33 questões abertas e fechadas, observamos as representações sociais da AIDS, práticas sexuais e preventivas, auto-representações, vida social, valores e meios de informações de 89 heterossexuais (HE), 7 bissexuais (BI) e 33 homossexuais (HO). Os resultados mostraram uma crença geral de que todos estão vulneráveis ao vírus. Os HE e HO consideraram alterações corporais externas como o principal sintoma da AIDS. Os HE praticavam mais sexo vaginal e oral (52,69%), os HO, sexo anal e oral (43,33%), e os BI se dispersaram entre muitas práticas sexuais. Além do uso de preservativo, os HE evitariam grupos de risco e prefeririam um parceiro único, enquanto os HO evitariam praticar sexo (18,2%). Apesar das auto-representações de HE e HO em termos de conduta sexual, estes valorizaram mais a família do que a atividade sexual — o que pode ser um sinal de mudança psicossocial.

Algumas sugestões de pesquisa foram feitas sobre a prática BI como elo entre os grupos, sobre as relações de poder e confiança entre parceiros, e sobre a urgência de novos estudos a respeito da vida psicossocial desses grupos.

Palavras-Chave: AIDS; Representação Social; Comportamento Sexual; Psicologia Social

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEODATO, S., 1991. AIDS se alastra entre os brasileiros mais pobres. *Jornal do Brasil*, (Rio de Janeiro) 17 de março, p. 22.
- BAUMAN, L. J. & SIEGEL, K., 1987. Misperception among gay men of the risk for AIDS associated with the sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 17: 329-350.
- ECHABE, A. E. & ROVIRA, D. P., 1989. Social representations and memory. *European Journal of Psychology*, 19: 543-55.
- FRY, P., 1982. *Para inglês ver — identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- GUNTHER, H.; TRÓCCOLI, B. T. & KELLER, M. L., 1991. *AIDS e adolescentes no Brasil: disposição para prevenção*. Comunicação apresentada na mesa-redonda AIDS na Universidade, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. (Mimeo)
- HENNING, M. G. & TAMAYO, A., 1989. Relação entre o nível de conhecimento a respeito da AIDS e o comportamento sexual. In: *XIX Reunião da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto*, Resumos, p. 144, Ribeirão Preto.
- HERZLICH, C., 1972. La représentation sociale. In: *Introduction à la Psychologie Sociale* (S. Moscovici, org.), vol 1, pp. 303-325, Paris: Larousse.
- HERZLICH, C. & PIERRET, J., 1988. Une maladie dans l'espace publique. Le Sida dans six quotidiens français. *Annales-Esc*, 5: 1109-1134.
- JODELET, D., 1989. *Folies et représentations sociales*. Paris: P. U. F.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1966. A Família. In: *Homem, Cultura e Sociedade* (H. L. Shapiro, org.), pp. 308-333, Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- MARKOVA, I. & WILKIE, P., 1987. Representations, concepts and social change: the phenomenon of AIDS. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15: 389-409.
- MARTIN, D.; CASTRO-FILHO, D. & ARAÚJO, G. R. S. de, 1991. *Comportamento sexual e anti-conceptivo em São Paulo*. São Paulo: Gerd Wenzel Eventos.
- MOSCOVICI, S., 1978. *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MOTT, I., 1991. Pessoa com AIDS: os soropositivos e "aidéticos", uma nova minoria social. Comunicação apresentada no Encontro AIDS: repercussões psicossociais, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. (Mimeo)
- PARKER, R., 1987. Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 155-175.
- PERLONGHER, N., 1991. *O desaparecimento da sexualidade*. Comunicação apresentada no AIDS: repercussões psicossociais, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. (Mimeo)
- POLLAK, M., 1987. A homossexualidade masculina ou a felicidade no gueto? In: *Sexualidades Ocidentais* (P. Ariès & A. Béjin, orgs.), pp. 54-76, São Paulo: Brasiliense.
- POLLAK, M., 1987. L'identité sociale et gestion d'un risque de santé — les homosexuels au SIDA. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68: 77-102.
- PRIEUR, A., 1990. Norwegian gay men: reasons for continued practice on unsafe sex. *Aids Education and Prevention*, 2: 109-115.
- TOSTA, R. M., 1991. As práticas e vivências homossexuais masculinas frente à AIDS; novas formas de normalização sexual. Comunicação apresentada no AIDS: repercussões psicossociais, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. (Mimeo)
- SOUZA-FILHO, E. A., 1992. *Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e preventivas entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais no Rio de Janeiro e em Brasília*. Relatório Bidual, Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- SONTAG, S., 1990. *A AIDS e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- TOURAINÉ, A., 1984. Les mouvements sociaux: objet particulier ou problème central de l'analyse sociologique. *Revue Française de Sociologie*, 25: 3-19.
- ZICH, J. & TEMOSHOK, L., 1987. Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: relationships with distress and hardness. *Journal of Applied Social Psychology*, 17: 193-215.