

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS JOVENS SOBRE A AIDS

JOICE CRISTINA DOS SANTOS


Prof. Krystyna Matys-Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 14/04/2003.

Florianópolis, 2003/1

JOICE CRISTINA DOS SANTOS

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS JOVENS SOBRE A AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para
obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social. Orientadora: Prof^a Miriam Mitjavilla

Florianópolis, julho de 2003.

JOICE CRISTINA DOS SANTOS

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS JOVENS SOBRE A AIDS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovada para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, julho de 2003.

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Miriam Mitjavila
Orientadora

Prof^ªDr^ª Maria Del Carmem Cortizo
Membro

Dr^ª Maria Helena Bittencourt Westrupp
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o reconhecimento da necessidade do outro na construção do processo da vida, neste caso, de uma parte dela: o conhecimento.

Agradeço a Deus, pela bênção da vida.

Aos meus pais, pelo apoio, segurança e amor incondicional.

A minha irmã Aline, que tornou-se minha melhor amiga ! Quem diria?

A Rô e ao Marcos, meus outros irmãos, não fiquem chateados com a distinção feita a Aline, eu amo vocês !

Ao meu avô, pelo exemplo de vida.

A minhas duas vós, pela força, mesmo que vinda de um outro plano Eu senti viu!

A meus familiares, valeu pela torcida constante !

As amigas Lê, Dani e Rê, companheiras de todas as horas, pela relação maravilhosa que construímos no decorrer do curso.

A Nena , pela maravilhosa oportunidade de crescimento pessoal, valeu galega!

As amigas Ágata e Cris, valeu pela amizade nunca adormecida.

Ao Departamento de Serviço Social, pela dedicação e amparo.

A Prof^a Miriam, por ter aceitado a orientação, pela competência, paciência, compreensão e sensibilidade.

A Prof^a Vera Nilson, pelas críticas oportunas, que não me deixaram desistir.

As Prof^a Maria Del Carmem e a Dr^a. Maria Helena, examinadoras de banca, pelo sim ao convite.

A amiga Lidivina, pelo SIM você é capaz.

Aos colegas do COREN-SC, pelo apoio na hora que eu mais necessitei.

Aos colegas do curso, pela compreensão e carinho.

Aos pacientes do ambulatório de Quimioterapia do HU, pelo exemplo de vontade de viver.

Aos pacientes da ALa V do Hospital Nereu Ramos, por tornar concreto meu sonho.

A amiga Marina, pela última contribuição na realização do meu sonho.

*“O importante e bonito do mundo é isso:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas, mas que elas
vão sempre mudando. Afinam e
desafinam”.*

(Guimarães Rosa)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	11
1.1 O conceito de Representações Sociais nas Ciências Sociais.....	11
1.2 O conceito de Representações sócias na Teoria Contemporânea.....	14
1.3 Estrutura das Representações Sociais.....	18
1.3.1 As três dimensões: a informação, o campo de representação e a atitude.....	18
1.3.2 Processo de elaboração e funcionamento da representação social: a ancoragem e a objetivação	19
1.3.3 Núcleo central das representações sociais.....	22
2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE-DOENÇA.....	25
2.1 Algumas concepções sobre saúde e doença.....	25
2.2 Representações sociais da saúde-doença.....	29
3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AIDS PARA OS JOVENS.....	36
3.1 Estrutura e conteúdo das representações sociais em torno da AIDS.....	40
3.1.1 O medo à morte.....	40
3.1.2 Prevenção Sexual.....	40
3.1.3 Prática Sexual.....	43
3.2 Os fatores explicativos das representações sociais da Aids.....	43
3.2.1 Gênero.....	43
3.2.2 Idade.....	44

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 46

REFERENCIAS 48

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo descrever e discutir as representações sociais dos jovens em torno da AIDS. A preocupação com este grupo de pessoas reside no fato de que este segmento da população revela altos índices de infecção pelo HIV.

Segundo o Ministério da Saúde, no mundo todo 1 entre 20 adolescentes contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) a cada ano. Diariamente, mais de 7 mil jovens são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS nos próximos 3 a 15 anos. Aproximadamente 80% das transmissões do HIV no mundo decorrem de práticas sexuais sem proteção.

Além disso, o interesse pela abordagem do tema Aids, partiu da experiência de estágio, vivenciada junto aos usuários da ALAV, unidade de internação aos doentes de AIDS, do Hospital Nereu Ramos, Hospital de referência estadual ao tratamento da AIDS, vinculado a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

No primeiro capítulo, abordaremos a Teoria das Representações Sociais, sua origem, conceito dentro das Ciências Sociais e da Teoria Contemporânea, sua estruturas (As três dimensões: a informação, o campo de representação e a atitude, Processo de elaboração e funcionamento da representação social: a ancoragem e a objetivação e Núcleo central das representações sociais).

No segundo capítulo, descreveremos as Representações Sociais da Saúde através do resgate de diversas concepções de saúde e doença e, no levantamento de diferentes bibliografias sobre representações sociais na área da saúde.

No terceiro capítulo, apresentaremos as representações sociais da AIDS para os jovens a partir da análise dos resultados obtidos com as pesquisas realizada nessa área: Camargo (1998, 2000), Carvalho (1998), Madeira (1998), Siqueira (2001) e Tura (1998).

Ao final, são apresentadas considerações que refletem a síntese do conteúdo abordado.

1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

1.2 O conceito de Representações Sociais nas Ciências Sociais

Nas Ciências Sociais as Representações Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Segundo Minayo (1995) Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento.

Do ponto de vista sociológico, Durkheim é o autor que primeiro trabalha com o conceito de Representações Sociais, usado no mesmo sentido que Representações Coletivas.

Segundo o autor:

“as Representações Coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza (...) Se ela aceita ou condena certos modos de conduta, é porque entram em choque ou não com alguns dos seus sentimentos fundamentais, sentimentos estes que pertencem à sua constituição” (Durkheim , 1978,p. 79)

A partir do conceito durkheimiano de representações coletivas, MINAYO (1995) demonstra como o tema das representações é abordado por diversos autores das ciências sociais.

Para MAUSS apud MINAYO (1995, p.92) tanto a coisa, como o fato e a representação constituem objeto das Ciências Sociais já que a sociedade se exprime simbolicamente em seus costumes e instituições através da linguagem, da arte, da ciência, da religião, assim como através das regras familiares, das relações econômicas e políticas. Chama a atenção, porém, para o risco de se reduzir a realidade à concepção que os homens fazem dela.

Segundo MINAYO (1995, p.92), "WEBER elabora suas concepções do campo das representações sociais através de termos como 'idéias', 'espírito', 'concepções', 'mentalidade', usados muitas vezes como sinônimos e trabalha de forma particular a noção de 'visão do mundo'". Tal como DURKHEIM, WEBER reconhece um certo grau de autonomia do mundo das representações e os caminhos de análise da eficácia histórica das idéias. Por outro lado, deixa claro a necessidade de se corresponder a que instâncias do social determinado fato deve sua maior dependência.

A partir do termo "senso comum", SHULTZ apud MINAYO (1995., p.95-96) aborda as representações sociais, considerando que a existência cotidiana "é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social". Tais significados são selecionados através de construções mentais, de "representações"do "senso comum", estruturas significativas da cotidianidade que resultam "de um estoque de experiências pessoais e de outros, isto é, de companheiros, predecessores, contemporâneos, consociados e sucessores". Através do senso comum, o ator social age e atribui significados portadores de relevância à sua ação, "de acordo com sua história de vida, seu estoque de conhecimentos formados pela tipificação deste mesmo senso comum".

MINAYO (1995,p.97) identifica na dialética marxista a possibilidade de interpretação do papel das representações sociais, particularmente em "A ideologia alemã". Sob tal perspectiva, o modo de produção da vida material determina o modo de vida dos indivíduos como princípio básico do "pensamento"e da "consciência". MARX relativizaria, segundo MINAYO (1995,p.98-99), este determinismo econômico sobre a consciência, reconhecendo que a manifestação da consciência se faz através da linguagem.

GRAMSCI apud MINAYO (1995,p.99), aborda o tema, ao tratar do senso comum e do bom senso. Segundo MINAYO, a contribuição de GRAMSCI sobre as representações

sociais, é evidenciada em três aspectos fundamentais: o caráter de conformismo das representações e a abrangência desse conformismo de acordo com os diferentes grupos sociais, ou seja, cada grupo social tem seu próprio conformismo e ilusão; os aspectos dinâmicos geradores de mudanças que coexistem com o conservadorismo no senso comum; a composição mais abrangente das diferentes concepções do mundo de qualquer grupo social e de determinada época histórica. Como tal, a leitura de MINAYO (1995) sobre o conceito de representações sociais em GRAMSCI diz respeito a "uma combinação específica das idéias das classes dominantes e das concepções dos grupos subalternos, numa relação de dominação, subordinação e resistência entre os dois polos".

Segundo MINAYO (1995, p.102), para tratar das representações, LUCKÁCS utiliza-se da noção de "visão de mundo" ou seja "o conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que reúne os membros de um grupo(mais freqüentemente de uma classe social) e as opõem a outros grupos". O fundamento científico do conceito de "visão do mundo", apreendido através do indivíduo, é a integração do pensamento individual no conjunto da vida social, sobretudo pela análise da função histórica das classes sociais. Como outros autores da escola marxista, LUCKÁCS reconhece a base material como denominador comum das representações sociais (segundo MINAYO (1995.)), a ideologia, as idéias, os pensamentos e a consciência).

Tendo em vista todas estas abordagens, MINAYO (1995,p.108) conclui: "podemos dizer que as representações sociais enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade são um material importante para a pesquisa no interior das Ciências Sociais". Sua mediação privilegiada, nesta perspectiva, é a linguagem do senso comum na qual os atores sociais se movem.

1.2 Conceito de Representações Sociais na Teoria Contemporânea

Segundo Moscovici (1995) o termo representação social parte do conceito de representação coletiva criada a partir de Durkheim e Levi-Bhul. Para Durkheim ‘(...) as representações coletivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenômenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum.(1978, p.78).

Apesar da forte influência do conceito de representação coletiva de Durkheim, Moscovici distanciou-se da perspectiva durkheimiana ao propor , em seu trabalho pioneiro sobre a representação social da Psicanálise (Moscovici, 1978), um modelo que revelou os mecanismos sociais e psicológicos das operações , produção e funções das representações sociais. O conceito de representação social desenvolvido por Moscovici localiza-se num ponto de intersecção do psicológico e do social. De um lado, associa-se a maneira como nós, sujeitos sociais, apreendemos os fatos da vida diária; de outro, é um conhecimento socialmente elaborado, compartilhado e, antes de tudo, trata-se de um conhecimento prático. Segundo Jodelet (1998), a representação social é o produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real.

Além do conceito de representação coletiva de Durkheim , para elaborar sua Teoria das Representações Sociais, Moscovici também buscou influência na idéia de desenvolvimento cultural de Vigotsky, na teoria da linguagem de Saussure e nas representações infantis de Piaget.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas “teorias do senso comum”, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. A

representação social formaliza uma “(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p.260).

A origem das representações sociais inscreve-se nas mesmas circunstâncias em que elas se manifestam, ou seja, nas conversações do cotidiano que, na época atual, estão fortemente influenciadas constantemente pelos movimentos de informações vinculadas pelos meios de comunicação. Nas sociedades atuais, a tradição cedeu lugar à constante pluralidade das mudanças inovadoras. Existe uma sociedade formada por múltiplos grupos de indivíduos que, periodicamente, representam de uma forma leiga todos aqueles fenômenos novos que são socialmente valorizados.

O conceito de representações sociais permite explicar o lugar que ocupa essa representação nas sociedades pensantes. Por isso, a distinção feita por Moscovici, entre os universos de conhecimentos consensuais e os universos de conhecimento reificados.

No universo consensual, Moscovici (1978) avalia a sociedade como grupos de pessoas iguais e livres que possuem a possibilidade de falar em nome do grupo, e sob seu pensamento. Cada indivíduo, dentro de seu grupo, torna-se um pensamento amador responsável e um emissor de opiniões que, na base das conversações, dão lugar a representações sociais do mundo que os rodeia. Todo objeto da representação está necessariamente ligado a um determinado sujeito. O grupo torna-se uma criação visível, permeada de um sentido e de uma finalidade, em que todos os indivíduos têm o mesmo direito de criar representações e de compartilhá-las nas suas relações sociais. Esse universo de pensamentos naturais é constituído a partir de nossas experiências, das informações e conhecimentos que recebemos e transmitimos através de tradições, da educação e da comunicação social. Por isso, trata-se de um universo de conhecimento consensual, ou seja, compartilhado. O universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes

papéis e classes, cujos membros são desiguais e atingirão o lugar desejado, em correspondência com méritos e sua competência profissional.

Além do trabalho realizado por Moscovici (1978) sobre as representações sociais, diversos autores da Psicologia Social contribuíram para o tema. Procuraremos abordar alguns deste autores afim de enriquecer a nossa compreensão do conceito de representação social.

De acordo com Jodelet (1986) o ato de representar tem cinco características fundamentais:

- É sempre a representação de um objeto;
- Tem caráter de imagem e a possibilidade de poder-se trocar a idéia pelo sensível, a percepção pelo conceito;
- Possui um caráter simbólico e significante;
- Tem um caráter construtivo;
- Tem um caráter autônomo e criativo;
- Leva algo social: aquelas categorias que a estruturam e expressam são tomadas de um fundo comum de cultura, e são categorias da linguagem.

Desta perspectiva, a autora conceitua o fenômeno das representações Sociais: “(...) designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos gerais e funcionais, socialmente caracterizados. Em um sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social” (Jodelet, 1986, p. 474).

Ainda na mesma obra de 1984, Jodelet nos revela que a representação social é uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental dos grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que faz com que isso aconteça se dá pelo contexto concreto

no qual estas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das idéias respectivas de um determinado grupo social.

Para Jovchelovitch (1995), as representações sociais são símbolos construídos coletivamente, compartilhados pelo grupo social e reinterpretados pelos subgrupos e seus sujeitos que estão, sempre, em atividade representacional, construindo novos sentidos, que se ligam às Representações Sociais existentes. Como afirma Jovchelovitch (1995):

Mais ainda, é através da ação de sujeitos sociais agindo no espaço que é comum a todos, que a esfera pública aparece como o lugar em que uma comunidade pode desenvolver e sustentar saberes sobre si própria - ou seja, representações sociais. (p.71).

Com relação à ação dos sujeitos sobre o mundo, Guareschi (1995), nos esclarece:

As RS são uma constante construção: elas são realidades dinâmicas, e não estáticas. Vão sendo reelaboradas e modificadas dia a dia. Vão sendo ampliadas, enriquecidas com novos elementos e relações.(p.218)

Sá (1996) reconhece que o meio acadêmico tem denominado representações sociais “toda a sorte de saberes (conhecimentos práticos, habilidades sociais, construções imaginárias, etc) manejados pelas pessoas comuns e grupos sociais na vida cotidiana. No entanto, esclarece Sá”nem tudo é representação social como, por exemplo, as opiniões e crenças” é possível, certamente, que um dado objeto social não seja socialmente representado por um dado grupo ou segmento da sociedade e que seus membros falem sobre tal objeto. Resumindo “nem todo falar social é pensamento social”.

A seguir, descreveremos como as representações sociais, que os grupos constroem, se estruturam e organizam.

1.3 Estrutura das Representações Sociais

1.3.1 As três dimensões: a informação, o campo de representação e a atitude.

Moscovici supôs em seu trabalho pioneiro sobre as representações sociais (1978) que existem três dimensões sob as quais se organiza a representação social. Segundo o autor, cada representação social pode ser submetida a uma análise estrutural segundo seus princípios de organização:

- Dimensão da informação;
- Dimensão do campo de representação ou imagem;
- Dimensão da atitude.

A dimensão da informação está relacionada com a quantidade e qualidade de conhecimentos que o grupo possui a respeito de um determinado assunto, isto é, tudo aquilo que a pessoa conhece acerca do objeto de representação (Moscovici, 1978). O campo de representação ou imagem remete-nos à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação. Segundo Sá (1996) o campo de representação tem sido uma das dimensões mais estudadas pelos pesquisadores nos últimos anos. Esta dimensão permite deduzir que o campo de representação possui uma organização subjacente de elementos, que é ordenada, estruturada e hierarquizada e que faz pensar na idéia de imagem ou modelo social.

Segundo Moscovici (1978) a dimensão da atitude logra destacar a orientação global em relação ao objeto da representação social, isto é, a atitude refere-se à tomada de posição, positiva ou negativa, que os grupos efetuam frente ao objeto representado. Ela é uma concretização e uma parcialização das representações sociais mais globais, que pode ser encarada unicamente do lado da resposta, e como preparação para a ação.

A análise das três dimensões fornecem importantes recursos para a adaptação de técnicas clássicas de pesquisa como a entrevista, o questionário, a observação, entre outras, para explorar os objetos das representações. As três dimensões permitem ao pesquisador clareza sobre aquilo que deseja explorar e, sugere elementos metodológicos de como proceder com os instrumentos de pesquisa.

1.3.2 Processo de elaboração e funcionamento da representação social: a ancoragem e a objetivação.

Os processos que estruturam as representações sociais como objeto compartilhado por um determinado grupo, são: a ancoragem e a objetivação. Estes processos são importantes para tornar um fenômeno, de maneira geral, uma representação social, ou seja, como um conhecimento que é transformado e partilhado pelo senso comum. (Moscovici, 1978)

A ancoragem é um processo de classificação onde o não familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar e identificado, ou seja, a transformação daquilo que parece estranho, perturbador ou desconhecido, em categorias que ao grupo lhe parecem ser mais apropriadas.

Segundo Moscovici (1978), a classificação é uma das principais características da ancoragem. A classificação significa o enquadramento ou atrelamento de uma imagem previamente pensada, de um objeto ou pessoa a um determinado grupo.

Podemos descrever a classificação em 2 processos: a generalização e a individualização. A generalização é quando quem está ancorando consegue aproximar a imagem de um objeto não familiar, que se encontra a sua frente, com um que seja familiar. Já o processo de individualização ocorre quando o novo objeto que está sendo ancorado é visto

com uma grande distância dos objetos já reconhecidos por este que o está ancorando, criando uma imagem de objeto desviante de um modelo preestabelecido.

Outro processo fundamental para a ancoragem, segundo Moscovici (1981), é a nomeação (categorização). Dar nome a um determinado objeto, ou a algo, significa inserir este objeto dentro de uma “matriz de identidade”, conferindo-lhe determinado status e determinadas características. Precisamos dar nomes aos objetos, pois, do contrário, não conseguimos comunicá-los como imagens passíveis de compreensão para os grupos. A nomeação pode produzir três efeitos:

- a) o nome permite que uma pessoa ou objeto seja descrito com uma certa atribuição de qualidades e intenções sobre ele;
- b) o nome dá a possibilidade de distinção de objetos ou pessoas pelas suas características distintas;
- c) o nome torna algo ignorado, até então, em algo conhecido.

A classificação e a nomeação constituem duas formas de ancorar, em representação, um aspecto ou assunto da realidade, que é socialmente valorizado pelo grupo, nas conversações cotidianas. Quando os grupos classificam e dão nome a determinados assuntos, não fazem para rotulá-los, mas para compreendê-los.

De acordo com Jodelet (1986), a ancoragem articula as três funções básicas da representação: integração da novidade, interpretação da realidade, e a orientação de condutas e de relações sociais. Permite, conforme Moscovici (1978), atribuir um significado ao objeto representado.

O segundo processo fundamental para o fenômeno das Representações Sociais é a objetivação. Segundo Moscovici (1978), a objetivação é um processo que permite intercambiar percepção e conceito, é uma operação de imagens. Objetivar algum objeto é reabsorver seu excesso de significados, materializando-os. Essa operação faz com que se

torne real um esquema conceitual; com que se dê a uma imagem uma contrapartida material; com que se reduza a defasagem que existe entre a massa de palavras que circula e os objetos que a acompanham, liga “a palavra a coisa”.

O processo de objetivação pode ser definido como a forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e formam expressões de uma realidade vista como natural. O processo de objetivação se dá por três etapas distintas: redução, esquematização estruturante e naturalização.

A redução consiste numa diminuição mais precisa da comunicação. Reduz-se um fenômeno em partes para poder explicá-lo melhor, mas acentua-se outros pontos centrais para o grupo, afim de dar maior sentido e o grupo poder entendê-lo melhor.

A esquematização estruturante são noções que constituirão relações padronizadas e estruturadas de conhecimento que irão formar a representações sociais. A explicação sobre um determinado fenômeno vai se estruturando e tornando-se socializada para determinado grupo.

Na naturalização, a percepção do grupo é encarada como realidade e materialidade. Os grupos vão explicar os fenômenos que acontecem no mundo, através de imagens e metáforas que este mundo tem sobre a realidade.

Nos processos de ancoragem e objetivação, o uso que os indivíduos fazem da palavra desempenha uma função essencial. As palavras e a estruturação que elas guardam entre si, ao compreender os assuntos da sua vida quotidiana podem ser indicadores importantes de representações sociais. Todo vocabulário indica, além de seu aspecto descritivo, representações sociais, na medida em que exprime sistemas de asserções morais e de saber prático contidos nas teorias de senso comum.

1.3.3. Núcleo Central das Representações Sociais

Sobre a organização interna das Representações Sociais, Abric propõe, em 1976, a teoria do núcleo central das representações como uma abordagem complementar à teoria das representações sociais. Abric afirma que toda Representação Social é uma entidade unitária, regida por um sistema interno duplo: um sistema central e um sistema periférico. As representações são geridas tanto pelo sistema central quanto pelo sistema periférico; instâncias estruturantes das representações. Porém, toda Representação Social está organizada em torno de seu núcleo. Os laços, as conexões que um dado elemento mantenha com outros elementos da representação formam o seu Núcleo Central. Como afirma Abric (1994a;19), em Sá (1996):

“A organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado.” (p.62)

Assim as Representações Sociais têm um caráter aparentemente contraditório, resultante da função de complementariedade do sistema periférico com o sistema central. Ou seja: estabilidade e mobilidade; rigidez e flexibilidade; consensualidade e diferenças interindividuais. Retornando a Abric, em Sá (1996):

(...) o sistema central é estável, coerente, consensual e historicamente determinado; o sistema periférico é, por seu turno, flexível, adaptativo e relativamente heterogêneo quanto ao seu conteúdo.(p.77).

O conjunto de elementos constantes na representação de um objeto social, ou seja, elementos comuns do conhecimento produzido pelos integrantes do grupo, são os elementos prototípicos da representação, que correspondem ao sistema central. O que está subjacente a todas as opiniões e comportamentos relacionados a um objeto social forma um princípio organizador da representação.

Como afirma Wagner (1997):

(...) um sistema de conhecimento modal e prototípico, que é compartilhado pelos residentes da comunidade. Portanto, podemos dizer que cada habitante da comunidade é idealmente um portador exemplar dessa representação social específica.(p.166)

A objetificação e a ancoragem ocorrem no sistema periférico da Representação Social. O sistema periférico é a fronteira entre a realidade concreta e o sistema central, que permite a integração das experiências e histórias individuais, suporta a heterogeneidade do grupo e suas contradições, é flexível, evolutivo, sensível ao contexto imediato, e funcional.

Em contrapartida o sistema central do núcleo é ligado à memória coletiva e à história do grupo, define a homogeneidade do grupo consensualmente, é estável, coerente, rígido, resistente à mudança, pouco sensível ao contexto imediato, contém as categorias, o protótipo, e é normativo. O Núcleo Central, como subconjunto da Representação Social, é um conjunto organizado, que se constitui de elementos normativos e funcionais, hierarquizados. O Núcleo Central, como afirma Abric(1994a:22) (em Sá 1996), teria duas funções, na estruturação e no funcionamento das representações, a saber:

- a) Uma função geradora: ele é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É por ele que esses elementos tomam um sentido, um valor.

- b) Uma função organizadora: é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é nesse sentido o elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo da Representação Social estrutura como a situação é representada e, em consequência, determina o comportamento dos sujeitos. É o elemento mais estável na representação, aquilo que não muda. O núcleo faz resistência à mudança. A resistência, como mecanismo de defesa do núcleo, é responsável pela diversidade e heterogeneidade cultural. Na medida em que dá conta do conflito gerado pelo objeto social em difusão, eliminando a tensão entre o sujeito e a sociedade, numa acomodação particular do objeto ao sistema central do núcleo. Como explica Bauer (1995):

(...) as RS são a produção cultural de uma comunidade, que tem como um de seus objetivos resistir a conceitos, conhecimentos e atividades que ameaçam destruir sua identidade. A resistência é uma parte essencial da pragmática das Representações Sociais. Sob esta luz, a resistência é um fator criativo, que introduz e mantém heterogeneidade no mundo simbólico de contextos inter-grupais. A função de resistência pressupõe uma segmentação social em diferentes sub-culturas, que mantêm sua autonomia resistindo às inovações simbólicas que elas não produziram. Esta defesa toma a forma de representações. Essas representações podem ser consideradas como a ação de um "sistema imunológico" cultural; novas idéias são assimiladas às já existentes, que neutralizam a ameaça que elas apresentam e tanto a nova idéia, como o sistema que a hospeda, sofrem modificações nesse processo (1995, p.229).

Segundo Abric, devemos entender a função da representação social como uma forma de dar sentido às condutas dos indivíduos. As representações sociais levam as pessoas a agir de uma forma ou de outra.

No próximo capítulo apresentaremos uma análise sobre o papel das representações sociais no campo da saúde e da doença.

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE-DOENÇA

2.1 Algumas concepções sobre saúde doença

As crenças leigas sobre saúde e doença remontam a uma longa história, que quase coincide com o próprio desenvolvimento do homem. Comparando-as com as concepções científica da temática, porém, percebe-se que essas últimas são bem recentes.

Teixeira em seu trabalho sobre as representações da saúde e doença realizado em 1999 nos mostra uma síntese dessas concepções. Segunda a autora, as primeiras concepções leigas da saúde e da doença remetem a representações mágicas ligadas às práticas sociais do dia a dia (...) a doença era vista como o resultado da influencias de forças sobrenaturais, perante as quais o homem nada podia fazer. O combate a essas doenças limitava-se ao isolamento, a destituição e o abandono dos doentes.

Na Grécia Clássica, essas representações mágicas sofreram modificações quando iniciou uma nova fase na história da medicina, que estabeleceu alguns princípios racionais de observação para a interpretação da saúde e da doença. Nessa época, a medicina passou a explicar a origem da saúde e a doença através de duas teorias: a teoria dos fluidos corporais, extraídas da perspectiva humoral de Hipócrates e seus seguidores; e a teoria dos miasmas, substância proveniente dos cheiros da putrefação, que pensava-se ser a causa principal de todos os males.

Durante toda a Idade Média, as representações passaram a apresentar um caráter religioso, limitadas por conceitos teológicos do pecado e interpretadas em termos de ações sobrenaturais. Nessa época o isolamento era o recurso terapêutico mais usado, afim de garantir a purificação social; a doença estava relacionado ao estado de imperfeição e a saúde à perfeição; o estar bem era especificado pela capacidade da pessoa ter uma vida normal, ou

seja, utilizar suas forças e energias para cumprir sua missão, enquanto, o estar mal do ser humano estava associado a impossibilidade de cumprir sua missão na Terra.

No final Idade Média, o fim do Feudalismo, o surgimento de uma incipiente industrialização, de um comércio e de uma nova classe social, a burguesia, contribuíram para novas tendências na maneira de pensar e de viver e, também, para um novo desenvolvimento da racionalidade científica. Nascimento-Schulze nos aponta alguns dos elementos no campo das representações da saúde e doença nessa época:

“... o antagonismo mente-corpo; o corpo do homem visto sob o prisma de uma máquina animal, onde a mente era simplismemnte um fator secundário do corpo e a cura era centrada isoladamente no sintoma.”

Na primeira metade do século XIX alguns países, como a Inglaterra, passaram a defender a idéia de que a doença estava relacionada à pobreza. Eram os primeiros passos para uma Medicina Social, que ainda baseava-se na teoria dos miasmas. A relação saúde-doença com a pobreza também foi defendida no decorrer do século XIX através de pesquisas, que mostravam que a maioria das causas das epidemias estavam relacionadas às condições econômicas e sociais desfavoráveis sobre a saúde e doença, contribuindo assim, para a mudança das crenças que os pesquisadores tinham sobre a saúde e a doença.

Nas décadas de 40 e 50 do século XIX, surgiu na medicina, um movimento que reivindica alguns princípios para a nova Medicina Social. Esses princípios estabeleciam que a saúde do povo era de responsabilidade do Estado; as condições sócio-econômicas influenciavam na saúde e na doença e, que providências , tanto no campo social como médico, deveriam ser tomadas afim de combater a doença e promover a saúde.

A partir de 1848, a Medicina Social passou a intervir nas condições de vida, no meio ambiente e até sobre a própria revolução industrial. Houve também, o interesse dos poderes públicos na garantia de serviços de saúde não garantidos pelas incitavas privadas.

Depois da Primeira Guerra Mundial, diferentes serviços organizados de saúde pública foram se estendendo rapidamente por todo o mundo. Muitos países assumiram diversos projetos para o controle de doenças, problemas de saúde escolar, rural e urbana, problemas de saneamento, de bacteriologia, de epidemiologia, higiene industrial, higiene de alimentos e proteção materno-infantil, entre outros. Entretanto esses projetos tinham um caráter limitado, pois as ações centralizavam-se, ausentando o embate estado-sociedade.

Em 1948, começou a funcionar Organização Mundial da Saúde (OMS), proposta em 1945 pelas Nações Unidas. A partir de sua criação a saúde passou a ser vista como um direito fundamental de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas, condições sociais e econômicas. A OMS conceituou a saúde como “ o completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

Apesar de ser um conceito nobre, como definiu San Martin (1984), o conceito da OMS não refletia a realidade do processo social. Tratava-se de um conceito utópico. E na mesma utopia caiu, também, a definição de saúde contida na Carta de Otawa, elaborada durante o I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986, onde esclarecia que para ter uma vida saudável, alguns requisitos deveriam ser respeitados como: moradia, alimentação, educação, renda financeira, paz e justiça social, entre outros.

Na América Latina, também aconteceram conferências internacionais, organizadas pela Organização Pan Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que contribuíram para a compreensão da saúde doença nessa parte do mundo. O enfoque dessas conferências centrava-se no seguinte: a promoção da saúde dependerá das ações realizadas pelas pessoas e pelas comunidades, com o objetivo de modificar os fatores ecológicos, do comportamento, criar sistemas eficientes de atenção da saúde e impulsionar um cultura da saúde, modificando valores, crenças e atitudes das populações.

Além desse resgate histórico sobre as concepções da saúde e da doença, Teixeira também nos apresenta outras concepções de pesquisadores (Kaplan e Manners, 1975; Canguilhem, 1978; San Martín, 1984; e Berlinguer, 1988) que contribuíram, através de uma perspectiva histórico-social, do processo saúde e doença.

Para San Martín (1984), a doença representa um desequilíbrio biológico, ecológico e social. É uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo, e uma falta de reação aos estímulos a que está exposto. Sendo assim, esse processo termina produzindo uma perturbação da fisiologia, da anatomia ou da função do indivíduo. Esse conceito reflete a perspectiva ecológica do processo saúde-doença que o autor defende. O conceito é muito objetivo e útil para o planejamento racional de serviços sanitários que levem em consideração a maior parte dos fatores que intervêm na determinação e na variabilidade da saúde e da doença.

Canguilhem (1978) define a doença a partir de sua relação com os conceitos de normal e anomalia. Esse autor pressupõe que a diversidade não é doença e que o anormal não é patológico, porque o patológico implica em sofrimento e impotência. Por outro lado, o patológico sempre é anormal. O autor comenta que, distinguindo a anomalia do estado patológico, e a variabilidade biológica do valor negativo, torna-se mais simples identificar em que ponto começa a doença.

A partir de todas as explicações anteriores, concluímos que o estar sadio ou estar doente se constituem numa relação de lados extremos contraditórios. Tanto um estado quanto o outro apresentam características diferentes, e sob essas condições é que eles se excluem mutuamente. Entretanto, não acontece o mesmo com a análise do processo saúde-doença da perspectiva latente ou não percebida, isto é, aquelas manifestações silenciosas de tipo fisiológico ou anatômico, com os quais podemos viver a vida toda sem perceber. Nesse sentido, há pesquisas na área mostrando como a grande maioria das populações passam sua vida individual oscilando ao redor do estado de saúde e de doença, e mais perto do último

(,,,,). Como exemplo ilustrativo podemos considerar a grande quantidade de pessoas que, ao morrer, são submetidas a estudos de autópsia, com constatações de lesões atero-escleróticas e, no entanto, nunca desenvolveram sintomas clínicos.

Ao definir a saúde e a doença, percebe-se que não há uma linha divisória absoluta entre os dois conceitos. Em termos filosóficos, ambos agem na forma de um contínuo, isto é, o fenômeno saúde-doença representa duas categorias que são opostas ou contrariedade numa mesma linha contínua. O estar saudável pressupõe a possibilidade de ficar doente e vice-versa. Se o indivíduo doente consegue superar as infidelidades do meio de que Canguilhem (1978) fala, existe uma possibilidade de que ele se sinta novamente normal, quer dizer, em equilíbrio. No caso de uma deterioração irreversível da capacidade de recuperação, espera-se um final que conduzirá à morte.

Para esses autores, cada sociedade tem seu próprio modo de atuar e de se comportar que não pode ser explicado por conceitos psicobiológicos. Os indivíduos desenvolvem seus valores, comportamentos, hábitos e crenças em contextos grupais com características culturais específicas. Dessa maneira, quando uma doença é tratada, ela não pode ser encarada, simplesmente, como uma responsabilidade unicamente individual de quem está doente. Saúde e doença, pelo contrário, tem muito a ver com os comportamentos da população e com a cultura específica dessa população. E para entendermos o conceito de saúde e doença nos diferentes grupos, é de extrema importância entender as representações sociais que os grupos tem em relação a saúde e a doença.

2.2 Representações sociais da saúde-doença

Segundo Moscovici (1978), uma representação social é um sinal e uma reprodução de um objeto que, tem sido valorizado. O autor assinalava, que o fato de estudar a

apropriação de um conceito científico em população leiga, não implica uma profanação do saber científico. Sem dúvida, a saúde e a doença são conceitos científicos. Por outro lado, também fazem parte de um outro universo de pensamento, o pensamento leigo que é na forma de representação social, um corpo organizado de conhecimento pelo qual os grupos tornam compreensível a realidade que os rodeia. Quando os grupos representam algum aspecto da realidade fazem-no com duas finalidades essenciais: comunicar-se entre eles, e elaborar comportamentos.

Tais aspectos podem ser observados na pesquisa de Jodelet (1986) onde a autora, analisa as representações sociais da doença mental e do doente mental em comunidades rurais francesas, onde doentes mentais eram abrigados pela população local. Uma de suas conclusões é a visão arcaica sobre a doença mental manifestada pelos habitantes das comunidades. Jodelet observou certas estratégias e condutas adotadas em relação aos doentes, as quais expressavam julgamentos de natureza psicológica, moral e social. Por exemplo, foram constatadas certas regras de higiene onde transitavam os doentes e na manutenção de seus pertences. Agia-se como se a doença pudesse ser transmitida no contato com a água, separando-se as louças dos doentes. Tudo se passava como se a doença pudesse estar misturada às secreções corporais como transpiração e saliva, ameaçando aqueles que tocassem os doentes.

A pesquisa citada acima, exemplifica a importância de temas como “saúde” e “doença” no campo das representações sociais.

→ Herzlich (1986) é uma das primeiras autoras a abordar os temas saúde e doença no campo das representações sociais. Em seu estudo, a autora analisa o papel das representações sociais da saúde e da doença no campo médico, privilegiando a dimensão social. Segundo a autora, essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, relacionando o indivíduo à ordem social. Herzlich retoma as idéias de Moscovici

mencionadas anteriormente no que diz respeito à importância da penetração de uma teoria científica no pensamento comum e sobre seu poder de criação da realidade social.

Segundo a autora, “porque elas são atendidas em nossa sociedade por um saber particularmente legítimo e forte – a medicina – saúde e doença constituem um dos mais pertinentes locais de estudo da relação da representação social, do pensamento comum ao pensamento científico” (1986, p. 161). Para Herzlich, a explicação biológica pode transcrever visões de mundo mais amplas. Através das representações da doença podemos ter acesso às crenças, às interpretações, ao conjunto de relações sociais de uma sociedade. Elas podem ultrapassar o biológico e atingir os preconceitos, a segregação, o estigma, a inserção social.

Minayo aponta alguns aspectos na mesma direção, mencionando a importância das representações sociais de saúde-doença no campo das Ciências Sociais. Segundo a autora, nas Ciências Sociais as representações “são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (2000, p.158). Ela afirma que para compreendermos essas representações, é necessário examiná-las a partir dos substratos econômico, político e cultural da sociedade em que vivemos. De acordo com Minayo, “na construção histórica da saúde e da doença tanto são atores e autores, os intelectuais e técnicos do setor como a população” (2000, p.194).

Nesse sentido, torna-se necessário integrar as dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença. As representações habituais de experiência da doença contêm os elementos simbólicos e morais que vão fortemente intervir em todas as etapas do reconhecimento da doença, de demanda de cuidados e de restauração do estado de saúde. Esta busca de sentido, inseparável da identidade do sujeito e da de ator social, infiltra todas as atitudes e comportamentos face à doença .

De acordo com Adam&Herzlich (2001), ao interpretar os fenômenos orgânicos, os indivíduos apóiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam. Porém, quando se trata de representações sociais da saúde ou da doença, não se deve imaginar que os indivíduos simplesmente aceitam o discurso coletivo. Eles elaboram representações apoiadas no coletivo, porém as empregam e modulam de diferentes maneiras, em função das experiências individuais e dos contextos onde se efetua esse trabalho interpretativo.

Segundo Laplantine (1986) os indivíduos ou grupos podem ter percepções diferentes sobre a doença em função de:

a) sua pertença sociocultural: a doença é considerada um fenômeno social, abordagem que é adotada por BOLTANSKI (1984) e HERZLICH (1969).

b) as características da doença: o que é ilustrado pelo trabalho de SONTAG (1984), que descreve os sentidos da tuberculose e do câncer, a partir de sinais e sintomas destas duas enfermidades, nas sociedades antiga e contemporânea.

c) a época considerada: como demonstram HERZLICH & PIERRET (1984), em seu estudo sobre representações da AIDS, desde o surgimento desta enfermidade.

No trabalho de Boltanski, intitulado *As classes sociais e o corpo* publicada em 1984, o autor pesquisa as representações que as classes populares (subúrbio de Paris e comunidade rural de Fontaine-les-Vervins) constroem através do discurso do médico sobre a saúde e a doença. Entretanto, o autor salienta, que as classes populares se vêm obrigadas a construir seus próprios discursos já que, o médico não transmite as informações com clareza e fácil compreensão sobre a doença.

De acordo com Boltanski, o primeiro trabalho, na construção das representações populares da doença, vai consistir em trazer o desconhecido ao conhecido, injetando sentido nos termos emprestados ao discurso médico.

“... o doente das classes populares toma do discurso médico os termos que”são aptos a uma descontextualização” e que, destacados do contexto, conservam um sentido.” (p.73)

A construção das representações sociais da doença responde a outras categorias como: a redução analógica, as categorias espaciais e as categorias de substância.

A *redução analógica*, que permite a passagem das categorias da medicina científica às categorias da medicina popular, ou seja, efetua-se na maior parte dos casos em função, ou da sinonímia, ou da homonímia do termo emprestado e desconhecido, com outros termos conhecidos:

“Dizer de uma doença que ela hereditária, é dizer ao mesmo tempo que é inevitável, fatal. A doença contagiosa, pelo contrário, é acidental e fortuita. Assim, é só porque é tido como incurável e necessariamente mortal que o câncer muitas vezes é declarado hereditário: diz-se que ele “segue o sangue”, ou seja, que está potencialmente incluído na própria substância do indivíduo.” (p.76);

A *categorias espaciais* ajudam a reinterpretar o discurso do médico. São em geral categorias que “correspondem às propriedades mais universais das coisa” e que são “quase inseparáveis do funcionamento normal do espírito”. As categorias espaciais são também utilizadas para descrever os movimentos da doença, seu caminho pelo corpo do agente:

“,,, o enunciado sucessivo das diferentes doenças é frequentemente entrecortado pela locução “e depois a doença passou para ...” (o coração, a perna, as costas, qualquer lugar), que permite descrever as diferentes doenças caracterizadas por um nome e das quais o médico falou...) (p.79)

Categorias de substâncias – é a utilização de substâncias como o seco e o úmido, o magro e o gordo, o suave e o forte, etc’, para a construção do discurso sobre a doença. Boltanski ilustra essa categoria com o exemplo sobre a infecção. Segundo o autor as classes populares vêem a infecção como uma ferida aberta, umidade do pus misturado com o sangue. Daí a representação da doença como podridão. Outro exemplo é o do micróbio. O

pensamento popular não pode aparentemente manipular muito tempo esses seres abstratos, invisíveis como é o caso do micróbio, sem procurar materializá-los, fornecer-lhes um corpo e uma natureza familiar.

Além de Boltanski, outros pesquisadores que tratam das representações sociais da saúde e da doença, tem evidenciado que as explicações que a medicina atribui à doença, na maioria das vezes não satisfaz os sujeitos, que querem encontrar a razão “mais profunda” do seu infortúnio.

Podemos citar como exemplo, a pesquisa realizada na França de Janine Pierret sobre as noções de doença e saúde em três grupos sociais diferentes: professores do curso secundário, operários com condições precárias de emprego e agricultores donos de terra. Para os professores, a doença é vista como um mal social, e a cura implica na mudança das condições de vida dos indivíduos para que haja saúde. Para os operários, a saúde é a condição fundamental para o trabalho e a doença é o impedimento da realização deste. Para eles a procura do médico é a última alternativa, e este deve ser “da família”. Para os agricultores, existe um ciclo natural de vida no qual se inscrevem o trabalho, a vida doméstica e também a doença. Assim como os animais e as plantas, o homem também é ameaçado pela doença. Como a doença é natural, o tratamento desta também deve ser com meios naturais, onde a mãe de família exerce o papel central, no que diz respeito ao processo de preparação e administração.

Essa pesquisa mostra que a doença, suas causas e seu tratamento está enraizada no lugar social que os indivíduos ocupam e na sua atividade produtiva. Na pesquisa AICH & PHILIPPE Apud CREPALDI (1995), realizada com populações das regiões periféricas de Paris, destaca-se que mesmo as pessoas mais escolarizadas e com um arsenal linguístico rico e que poderiam dar explicações mais próximas da medicina oficial, constroem suas próprias definições sobre a saúde e doença, negligenciando os conceitos do saber médico.

QUEIRO apud CREPALDI (1995), em sua pesquisa realizada em Paulínia, com famílias das classes trabalhadora, usuárias dos serviços de saúde pública, sobre as representações sociais da saúde e da doença, verificou que a definição de saúde está relacionada com a impossibilidade de trabalhar e suas causas possuem várias origens: nervosismo relacionada com a falta de perspectivas das condições de vida, Deus, natureza, falta de higiene, condições climáticas, poluição, bebida.

Embora essas pesquisas tenham sido realizadas na França, que apresenta um contexto social bem diferente do Brasil, elas têm algo em comum: as concepções da saúde e da doença estão relacionadas à posição que os indivíduos ocupam na sociedade, às suas condições de vida, ao seu comportamento e à sua experiência pessoal.

A partir do referencial teórico abordado nos capítulos anteriores, entraremos a seguir, no objetivo proposto nessa pesquisa : as representações sociais da AIDS para os jovens.

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AIDS PARA OS JOVENS

Segundo Béria (1998) os grupos sociais representam o jovem através de termos como ‘rebelde’, ‘aborrecente’, ‘careta’, ‘metaleiro’, etc. Entretanto, a juventude é uma etapa considerada como sendo de conquistas sociais, da apropriação pelo jovem do mundo adulto, e principalmente do exercício pleno da sexualidade, almejado nesta fase.

Como já abordado na Introdução deste estudo, a epidemia da AIDS entre os jovens vem aumentada assustadoramente. Atualmente estima-se que 10 milhões de jovens vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS nos próximos 3 a 15 anos, sendo que, aproximadamente 80% da transmissão do HIV no mundo decorre de práticas sexuais sem proteção.

Diante desta perspectiva, é importante analisarmos e conhecermos como os jovens, a partir da construção das representações sociais sobre a Aids, agem diante dela e de sua prevenção.

Nas palavras de Jodelet (1998)

“A abordagem das representações sociais leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo de assimilação (ou não-assimilação) das informações, necessário se faz considerar os sistemas de noções, valores, modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da Aids nos anos 80” (p.26)

Para compreendermos e analisarmos as representações sociais dos jovens sobre a AIDS, abordaremos os resultados obtidos através da análise de pesquisas realizada nessa área: Camargo (1998, 2000), Carvalho (1998), Madeira (1998), Siqueira (2001) e Tura (1998).

O jovens pesquisados eram estudantes de ensino médio e superior, de ambos os sexos, residentes nas cidades de Itajaí, Florianópolis, Natal e Rio de Janeiro.

O principal instrumento utilizado pelos autores para a realização da pesquisa foram o teste de associação ou evocação livre, que consiste em solicitar aos sujeitos que, a partir da alocação de uma palavra (nesse caso a palavra escolhida foi AIDS) ou frase indutora , envoquem , de modo livre (associação livre) e imediato, outras palavras ou frase, sendo recomendado que antes fique bem claro o funcionamento do teste. Os resultados serão listados em forma de tabela ou gráfico sendo classificados através de três indicadores: a frequência do item evocado na população, a média de frequência da evocação (definida pela média sobre o conjunto da população) , e a importância do item para o sujeito. TURA (1998), nos mostra o resultado listado em forma de tabela:

Categorias evocadas, as indicadas como mais importantes e ordem média de evocação

Categorias	1ª evoc.	2ª evoc	3ªevoc	4ªevoc	S evoc	Evoc=imp	OME*
Anticoncepcionais	1	2	2	2	7	3	2,71
Camisinha	102	109	77	43	331	152	2,19
Contaminação	8	21	16	30	75	12	2,90
Cuidado	7	12	18	23	60	13	2,95
Cura	0	4	11	17	32	12	3,40
Decepção	1	3	1	4	9	4	2,89
Desânimo	0	2	2	7	11	1	3,45
Descuido	7	12	27	26	72	21	3,00
Desespero	2	10	17	14	43	6	3,00
Discriminação	8	25	25	18	76	21	2,70
Doença	126	65	60	28	279	20	1,96
Drogas	7	39	40	29	115	10	2,79
DST	5	5	4	0	14	1	1,93
Enfraquecimento	4	6	5	11	26	-	2,89
Grupo de risco	9	18	34	30	91	4	2,93
Horror	4	11	9	6	30	1	2,57
Hospital	1	2	6	13	22	3	3,41

Incurável	5	15	12	9	41	8	2,61
Infelicidade	2	2	7	7	18	-	3,06
Luta	0	3	4	5	12	6	3,17
Medo	19	14	22	25	80	15	2,66
Morte	191	119	16	119	505	135	2,24
Namoro	3	1	3	4	11	1	2,72
Pena	1	4	0	7	12	2	3,08
Pessoas que têm AIDS	0	0	3	2	5	-	3,45
Perigo	9	10	12	10	41	7	2,57
Prevenção	23	40	40	46	149	72	2,73
Preconceito	8	12	16	11	47	17	2,64
Problema	2	3	1	44	10	1	2,30
Ruim	2	0	2	1	5	1	2,40
Sangue	9	27	40	29	105	5	2,85
Sexo	176	84	72	55	387	72	2,02
Sufrimento	18	48	44	55	165	28	2,82
Solidão	7	9	24	21	61	16	2,97
Solidariedade	2	5	13	17	37	14	3,22
Tristeza	14	32	26	24	96	7	2,63
Vida	3	2	4	8	17	5	3,00
Vírus	11	19	19	24	73	8	2,77
total	797	797	794	784	3170	705	105,53

*OME= ordem média de evocação

Fonte: Tura (1998, p128)

Em uma nova etapa , Tura (1998) nos mostra, através da análise combinadas indicações referidas, as categorias que participam do núcleo central e do sistema periférico das representações da Aids, elaboradas pelo estudantes:

Possíveis elementos constituintes do núcleo central

Morte (505) Sexo (387) Camisinha (331) Doença (279) Prevenção (149) Tristeza (96)	Sofrimentos (165) Drogas (115) Sangue (105)
Medo (80) Discriminação (76) Vírus (73) Preconceito (47) Incurável (41) Perigo (41) Horror (30) DST (14) Namoro (11)	Grupo de risco (91) Contaminação (75) Descuido (72) Solidão (61) Cuidado (60) Desespero (43) Solidariedade (37) Cura (32) Enfraquecimento (26) Hospital (22)

Nota: o número entre parênteses indica a frequência com que a categoria foi evocada
Fonte: Tura (1998, p128)

Os termos mais empregados na representação da AIDS foram: morte, sexo, camisinha, doença, sofrimento, prevenção, drogas, tristeza, medo, vírus, discriminação, descuido, promiscuidade, preconceito, solidariedade, sangue, solidão, hospital, dor, desinformação, entre outras.

Tanto na tabela de Tura (1998), como análise dos elementos das representações sociais dos jovens elencados também em outras obras trabalhadas em nosso estudo, percebemos a centralidade das categorias: medo, morte, camisinha, sexo, prevenção.

Para a nossa melhor compreensão das representações dos jovens em torno da AIDS, apresentaremos a estrutura e o conteúdos das representações sociais em torno da AIDS e seus fatores explicativos, estabelecemos para isso, a análise três categorias: o medo à morte, a prevenção sexual e a prática sexual.

3.1 Estrutura e conteúdo das representações sociais em torno da AIDS

3.1.1 O medo à morte

Como já abordado no início deste capítulo, a morte constitui uma das principais categorias associadas pelos jovens à AIDS. Só na obra de Tura, a palavra morte é evocada 505 vezes dentre os 757 jovens entrevistados

A percepção do jovem diante desta categoria centra-se na visão da AIDS ‘como doença que mata ou que ainda não tem cura e mata’, conforme a enunciação de grande número de estudantes.

A morte confere ao jovem atenção à doença, como sujeito não portador do HIV. Entretanto, observamos que essa atenção é dada ao sujeitos interpretados como alvos da contaminação de risco. A expressão grupo de risco encontra-se, ainda, presente no discurso dos jovens. Percebe-se entre os jovens que a ‘transferência’ para o outro como alvo de risco, lhe confere imunidade a doença. Essa falsa ‘imunidade’ a doença acaba resultando em condutas e práticas preventivas negativas, como também na discriminação do ‘outro’, que não se previne.

Encontramos também em nossa análise, que o elemento morte aparece como categoria organizadora de várias cognições com a AIDS, como: discriminação, sofrimento, preconceito, dor, etc. Isso nos fez levantar a questão: será que o jovem tem medo da doença ou o medo do enfrentamento das relações sociais numa determinação de reconfigurar o seu projeto de vida?.

3.1.2 Prevenção Sexual

No trabalho de Camargo (2000) a prevenção sexual surge como representação social na compreensão da AIDS. Os jovens universitários pesquisados construíram essa

representação pautados nos avanços que o tratamento à doença alcançou e nas diversas ações preventivas em relação as DST e a AIDS.

Na maioria das entrevistas e evocações dos jovens, verifica-se a adoção da camisinha como modo principal de prevenção à AIDS. Entretanto, os jovens só previni-se em relação aos ‘outros’. A prevenção é estabelecida através das relações de confiança e desconfianças entre os grupos iguais a si e os diferente de si, ou seja, quando há uma relação de confiança não há a necessidade do uso do preservativo, pois a confiança está estabelecida por critérios de fidelidade, amizade, compromisso. Em contrapartida, a desconfiança ao parceiro vai resultar no uso da camisinha.

Conforme trecho de entrevista de Madeira (1998)

“... Ele é meu gato! Não dá de desconfiar e ficar com ele ... Acaba o clima, num sabe? Acaba o clima! não adianta dizere que tem de usar! Acaba a confiança, aí acaba tudo! ... e o que ele vai pensar de mim? Ta vendo só ? Acaba o clima. Camisinha é pra puta e pra quem vão pra puteiro. Não é coisa pra quem tem moral, pra quem confia.” (entrevistada nº 27. feminino, 21 anos)

Percebe-se que a ‘puta’ vai constituir o grupo do ‘outro’, o risco de contaminação, por isso a necessidade de prevenir-se. Já para o ‘gato’, existe a relação de confiança, sendo o uso do preservativo desnecessária, já que existe a cumplicidade, a intimidade, o respeito. No discurso do jovem a uma ambigüidade em relação ao seu uso da camisinha. Por um lado surge como principal instrumento no combate a epidemia, e por outro lado como (...) invasão ao espaço do prazer, de liberdade e de afirmação de si “(Carvalho, 1998, p.91) .

Em todas as entrevistas, as formas de transmissão e prevenção à AIDS é assimilada pela maioria dos jovens. A prevenção sexual foi representado com o uso da camisinha e a prevenção à parceiros de ‘risco’, através da relação de confiança/desconfiança. Contudo, essas noções não são usadas no seu cotidiano, nas suas

relações com os sujeitos que constituem o grupo dos seus 'iguais'. Resultando mais uma vez, em comportamentos preventivos inadequados.

3.1.3 Prática Sexual

Observamos nessa categoria que a o conceito de prática sexual na visão do jovem não está ligada somente ao ato sexual. Palavras como sentimentos, paixão, compromisso, namoro, confiança, intimidade, fidelidade, aparecem como conceito de práticas sexuais. Esses elementos interferem de maneira direta no comportamento dos jovens em relação ao risco imposto pela AIDS nas suas práticas sexuais, interferindo diretamente nos comportamentos preventivos frente a epidemia.

A noção de risco eminente a doença, revela a prescrição do uso da camisinha no ato sexual dos jovens. Porém na prática o uso do preservativo não acontece.

“Eu agora estou namorando uma menina ótima! Como é que eu vou botar camisinha? Que que ela vai pensar de mim? É isso aí! Que eu pule fora, tudo bem que eu sei escolher com quem eu vou! Agora, como é que eu fico, botando camisinha com ela?” (entrevistado n° 36, homem, 19 anos)

De acordo com Schuch (2001) as relações estáveis como o namoro, caracteriza-se pela confiança mútua entre os parceiros. Podemos perceber essa caracterização do namoro presente na fala do entrevistado. Dessa maneira o uso da camisinha não faz sentido, uma vez que o namoro se baseia na confiança do parceiro.

Quando a confiança no parceiro não existe, há uma mudança no comportamento preventivo dos jovens nas suas práticas sexuais. Agora o uso da camisinha faz sentido. O depoimento retirado da pesquisa de Madeira (1998) afirma o exposto:

“Você é você quando for fazer outras coisas geralmente..... você tem que usar camisinha se for ... achar que/que a mulher é ... mulher de negócios, tem que usar uma camisinha ... ‘ (entrevistado n° 26, masculino, 20 anos) (Madeira, 19998, p. 70)

A preocupação com o outro, externo ao seu grupo, mais uma vez aparece no discurso dos jovens, e centralizam suas práticas sexuais com o cuidado AOS OUTROS e o descuido, baseado na confiança, AOS SEUS.

3.2 Os fatores explicativos das representações sociais da Aids

Escolhemos como fatores explicativos das representações sociais: o gênero e idade. A escolha desses fatores baseou-se na relevância que esses fatores se apresentaram nas pesquisas.

3.2.1 Gênero

O gênero como fator explicativo, exerce forte influência no discurso das representações sociais dos jovens em torno da AIDS. Sua influência foi evidenciada em todas as pesquisas analisadas no presente trabalho. Buscaremos elucidar algum dessas influências.

Com relação a primeira categoria de representação social analisada neste capítulo, a morte apareceu evocada em ambos os sexos. A influência do gênero não apresentou nenhuma relevância.

Já em relação a prática sexual, os homens em suas respostas mostram com mais vivência das relações sexuais, enquanto que a mulher são mais cuidadosas, temerosas, e enfatizam a questão romântica.

Na categoria prática sexual, também observamos a condição de gênero no antagonismo cuidado/descuido. O homem é descuidado em virtude da sua virilidade. O

homem se vê como um ser guiado fortemente pela pulsão sexual, impestivo, onde seu desejo não pode ter limites. Em contrapartida, da mulher exige-se o cuidado.

Embora ambos os sexos associem a AIDS a promiscuidade, o sexo masculino atribui a causa da doença ao descuido do portador, enquanto que o sexo feminino atribui a falta de informações sobre a doença.

3.2.2 Idade

Como a idade dos jovens entrevistados concentrou-se entre 09 a 22 anos, trabalharemos nossa análise em torno desta faixa etária.

Percebeu-se que na faixa etária entre 09 a 11 anos, existe um desejo de não ultrapassar as preocupações de sua idade. Entre os jovens entrevistados existe uma divisão entre os que aceitam abordar o tema e os que preferem manter a sexualidade a distância, pois não estão prontas para enfrentar e querem salvaguardar a tranquilidade da infância. Percebeu-se também que o conhecimento da doença (modo de transmissão, prevenção, causa) é limitado, em alguns casos a AIDS era totalmente desconhecida.

Na faixa etária entre 13 a 17 anos, observamos que a prática sexual dos entrevistados inicia-se nesta fase. Diante disso o jovem passa a preocupar-se mais com a problemática da AIDS, e as informações sobre a doença , as forma de prevenção e contaminação passam a ser incluídas em seu discurso, como também na discussão com o seu grupo.

Dos 18 aos 22 anos, verificamos uma expectativa mais apreensiva ou negativa quanto á doença, provavelmente porque tenham uma atividade sexual mais regular.

De acordo com que foi exposto, concluímos que esses fatores resultam dentro de um mesmo grupo (os jovens), em interpretações diferentes da doença, dos mecanismos de

prevenção, modos de transmissão, entre outros. Dessa maneira, merecem ser aprofundadas as estratégias nas campanhas de prevenção direcionadas aos jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou a importância que as representações sociais construídas pelos jovens em torno da AIDS, influenciam sua compreensão da doença (formas de transmissão, contágio, prevenção, etc) e seu comportamento frente ao risco da epidemia .

A partir dos resultados deste estudo, concluiu-se que as representações sociais dos jovens sobre a AIDS estruturam-se em torno de cognições ligadas a prevenção. No entanto, percebe-se um conhecimento desestruturado, caracterizado pela reprodução das informações mais defendidas nas campanhas de prevenção.

Os jovens foram unânimes em assinalar a importância do uso do preservativo masculino nas relações sexuais para a prevenção do HIV. No entanto isso não significa que os mesmos adotem práticas de proteção, particularmente de sexo seguro, para se protegerem da AIDS. Tal faceta revela as contradições existentes entre representações e práticas.

O jovem quando pensa na AIDS, não pensa em relacionamentos confiáveis, mas em relacionamentos nos quais a maior influência é a desconfiança. Nas relações estáveis, espera-se confiança e complementaridade e não doenças como a AIDS.

No grupo pesquisado a noção de “imunidade ideológica” continua atuando e demarcando identidades sociais que justificam práticas não preventivas com relação à infecção do HIV pelos jovens. Percebemos que o perfil epidemiológico das AIDS transforma-se mais rapidamente do que as concepções que a cercam, ainda marcadas por valores morais que identificam o soropositivo como desviante/marginal.

Assim , este trabalho serve como ferramenta ao Serviço Social no auxílio das estratégias preventivas em relação a AIDS.

6. REFERÊNCIAS

ADAM, P., HERLICH, C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: EDUSC, 2001.

BAUER, Martin. A popularização da ciência como imunização cultural: a função da resistência das Representações Sociais. In: Guareschi, P. JOVCHELOVTCH (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

BÉRIA, J. *Ficar, transar a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do preservativo e da Aids: spots publicitários escritos por jovens para a televisão francesa. In: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.

_____. Sexualidade e representações sociais da AIDS. In: *Revista de Ciências Humanas*, Série especial temática 2000. Florianópolis, Editora da UFSC.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARVALHO, Maria do Rosário. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação?. In: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.

CREPALDI, Maria Aparecida. Hospitalização na Infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos em Unidade de Pediatria, 1995. Tese de Doutorado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas.

DURKHEIM, Emile. As regras do Método Sociológico. *Pensadores*. São Paulo: Abril, 1978.

GUARESCHI, Pedrinho A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: Guareschi, P. JOVCHELOVTCH (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

JODELET, Denise. Representações do Contágio e a Aids. In: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi, P. JOVCHELOVITCH (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LAGE, Elisabeth. A representação da Aids para pré-adolescente. Ins: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.

MADEIRA, Margot Campos. A confiança afrontada: representações sociais da Aids para os jovens. In: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1986.

MARTIN, San. *Crisis Mundial de la Salud. Salud para nadie en el año 2000?* Madrid: Ciência, 1984.

MINAYO, Maria Cecília. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi, P. JOVCHELOVITCH (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

_____. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MOSCOVICI, Serge. *A representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

MOSCOVICI, Serge. *Prefácio*. In: Guareschi, P. JOVCHELOVITCH (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

OLTRAMARI, Leandro Castro. *Representações sociais de profissionais da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da Aids e DSTs*, 2001. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

→ SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SCHUCH, Patrice. AIDS e Sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: Duarte, Luiz F. D. LEAL, Ondina F. (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SIQUEIRA, Rosângela Maurícia de Oliveira. *Representações sociais de jovens estudantes do ensino médio em Itajaí/SC, sobre relações íntimas no contexto da Aids*, 2001. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____ Susan. *Aids e suas metáforas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TAMANINI, Marlene. "*Saúde-doença na interação entre gênero e trabalho: um estudo das representações das empregadas domésticas*", 1997. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina.

TEIXEIRA, Maria Cristina Veloz. *Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde*, 1999. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

TURA, Luiz Fernando Rangel. Aids e estudantes: a estrutura das representações sócias. In: Jodelet, D. Madeira, M. (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998.