

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

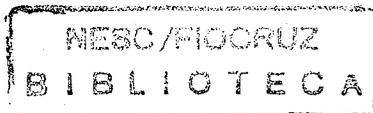
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social

**A EPIDEMIA DO MEDO E DA DISCRIMINAÇÃO: uma abordagem
qualitativa**

Ana Lúcia Domingues de Albuquerque

Recife
1995

(043.42)"1995"
A345e
Ex.2



**Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social**

**A EPIDEMIA DO MEDO E DA DISCRIMINAÇÃO: uma abordagem
qualitativa**

**Anteprojeto apresentado como requi-
sito parcial para a conclusão da Resi-
dência em Medicina Preventiva e So-
cial, NESC/CPqAM/FIO CRUZ, por Ana
Lúcia de Albuquerque, sob orientação
da Profª Maria Lúcia Bosí.**

Recife
1995

A todo ser desejante.

"A epidemia de AIDS surpreende e provoca o retorno de medos irracionais, porque ela mostra a importância da medicina no momento mesmo onde se começava a acreditar que as doenças infecciosas estavam definitivamente vencidas..."

Mirko Grmek

AGRADECIMENTOS

Partindo da premissa de que o conhecimento advém de vários percursos teóricos, mediatizado sempre por um outro que já vivenciou e ainda vivencia um contínuo processo de aprendizagem, agradeço ao corpo docente do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva esta aproximação com o discurso científico, concretizado em forma de um anteprojeto, que objetiva contribuir na propulsão do saber e nas transformações atitudinais que estão imersas numa diversidade cultural, com múltiplas práticas e saberes, da sociedade contemporânea.

Agradeço também a cordialidade dos docentes e funcionários que compõem o Centro de Estudos Etno-Epidemiológicos e Sócio-Antropológicos do Departamento de Sociologia da Universidade Federal da Bahia a acolhida e a facilitação no fornecimento de materiais, referentes ao 1º Encontro Brasileiro de Antropologia Médica, sediado em Salvador - BA, em novembro de 1993.

Enfim, um carinho especial a todos os colegas dessa trajetória de dois anos, pela troca cognitiva e afetiva que fizemos ao longo deles.

Aos funcionários que compõem o Núcleo de Estudos, um muito obrigada pelos momentos de ajuda, durante todo o percurso.

À minha família, amigos e colegas de trabalho pelo entendimento e estímulos sempre crescentes, na consecução deste produto de finalização de curso, minha eterna gratidão.

A todos que participaram da redação final deste trabalho, pela editoração.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	6
2 A ESCOLHA DO TEMA	7
3 INTRODUÇÃO	8
4 ALGUNS ELEMENTOS TEÓRICOS:	9
4.1 Breve Histórico da Estrutura Sexual Brasileira.....	9
4.2 A Construção das Mudanças Atitudinais Via Processo Educativo	14
5 MATERIAL E MÉTODOS	20
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
7 BIBLIOGRAFIA	25
8 ANEXOS	27
A. ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	28
B. CRONOGRAMA DA PESQUISA.....	29

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo pretende ser um anteprojeto que procura desvelar a rede de significados que a população possui acerca do que fazer para se prevenir da AIDS, quais os conhecimentos que possuem sobre a infecção, enfim, a percepção do adoecer e morrer de AIDS, além de, paralelamente, refletir sobre a questão da veiculação pela mídia das campanhas preventivas a nível nacional e seu impacto sobre a população.

Tendo em vista que a preocupação da antropologia médica objetiva a apreensão dessa rede de significados, que perpassa espaço e tempo e direciona nosso comportamento, faz-se necessário nesse estudo pontuar algumas lacunas existentes no sistema racionalizador em saúde, que não consegue ser efetivo, porque não avança em outra lógica, que é o campo das intersubjetividades humanas.

A abordagem qualitativa explica as lacunas deixadas pelo atual sistema, ancorado no modelo biomédico¹, ao explicitar o papel do subjetivo e do singular em cada indivíduo ou grupo, mesmo que pela sua natureza existam dificuldades para serem controlados e avaliados².

Pensar a saúde de forma mais integrada possibilitará que a leitura da doença, ao nível dos serviços oficiais, também albergue aspectos presentes na subjetividade dos usuários do setor e que as demandas aos serviços sejam entendidas e contempladas, sendo estabelecidas novas políticas de saúde, mais adaptadas à realidade das mesmas.

Ao se entender a cultura como parâmetro que direciona a atividade humana, a preocupação desse estudo busca analisar a correlação entre a mesma e os processos sociais que são internalizados e que se traduzem em representações mentais que constroem e se reconstróem cotidianamente.

¹ Segundo Capra, F. (1994), modelo biomédico é o resultado da influência que o paradigma cartesiano exerceu e exerce, ainda três séculos pós-Descartes, sobre o pensamento médico. Consiste em entender o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças.

² Segundo Silva, B. M. **Podemos Avaliar o que é Oculto?**

3 INTRODUÇÃO

Entendendo determinantes culturais, uma gama de valores, atitudes, comportamentos, percepções, que estão imersos no imaginário social, apresentou-se-nos, como objeto de estudo, a análise das concepções internalizadas e traduzidas em comportamentos de risco que estão vinculados à pandemia da AIDS, entre os usuários de um ambulatório de clínica médica da Universidade Federal de Pernambuco.

Neste estudo de natureza qualitativa, a proposta é a de oferecer subsídios ao sistema racionalizador médico atual, no tocante a informações mais realistas, desprezando o caráter moralista e estigmatizante, buscando uma redução do adoecer e morrer de AIDS em toda a população.

Explicitar os determinantes culturais que entram os programas de controle da epidemia possibilitará a compreensão e posterior construção de estratégias preventivas eficazes, através de informação que possibilite a desmistificação do medo e pânico, excluindo o preconceito em relação a determinados segmentos e integrando a todos como parceiros, rumo à auto-responsabilização coletiva.

O caráter normativo existente nos programas preventivos da AIDS deverá sofrer ajustes, deixando de prevalecer os aspectos mórbidos ligados à sexualidade. As informações de sexo, AIDS e morte, da forma como estão sendo atualmente veiculadas, seja através dos meios de comunicação, seja através de palestras, dentre outros, desencadeiam junto à população uma sensação de impotência que reforça o caráter persecutório, acerca do ficar doente e morrer como castigo e do sexo como algo a ser evitado por trazer a morte.

Com o objetivo de contextualizar o espaço de relações sociais, afetivas e sexuais que compõem a cultura na qual estamos inseridos, procurarei focalizar a epidemia da AIDS e sua trajetória de mudanças ao nível do comportamento sexual, analisando o discurso do usuário que procura o ambulatório de clínica médica de um hospital-escola, acerca das percepções de risco que possuem e quais suas atitudes preventivas em face da AIDS. Dentro disto, procurarei descrever os determinantes sócio-culturais do comportamento e moral sexual vigentes e contribuir para a compreensão do porquê de as campanhas nacionais de informação não conseguirem impactar o imaginário coletivo no tocante à prevenção.

Como defensor da moral e dos bons costumes, o Estado utiliza-se da censura federal e emprega as escolas como órgão legitimador dessa moral, criando a disciplina de Moral e Cívica. No final dos anos 70 observou-se a relativização do papel da família nuclear, maior participação da mulher na esfera do trabalho extra-domiciliar, violação das regras da moral burguesa, tais como: tabu da virgindade, fidelidade conjugal, indissolubilidade do casamento, estereótipos de masculinidade e combinações de parceiros amorosos. Esta "subversão" da moral sexual só foi possível mediante o afrouxamento desta, promovida pela burguesia e pequena burguesia, sem colocar em risco sua posição de classe ou seus privilégios (Loureiro et al, 1992).

Não se percebia uma reflexão crítica acerca do contexto social em que as relações amorosas se processavam, abordando aspectos sociais como se fossem questões individuais e não coletivas. Esta configuração diz respeito à década de 80, quando a liberação sexual e o consumo do corpo instituía uma nova ordem cultural, onde a "moral sexual repressiva" continuava intacta, pois o essencial, que seria modificar a estrutura sexual vigente, ia de encontro aos interesses do capital, que era o de formar consumidores flexíveis e adaptados ao nível das forças produtivas, porque a energia sexual canalizada para a produção não deveria ser direcionada na procura do prazer.

Para Winckler, *apud* Loureiro et al (1992:7), "esta revolução apresentou fragilidades que estão expostas nos seguintes argumentos: 1) a questão da prostituição não desapareceu e incorporou outras formas, tais como a prostituição masculina; 2) permaneceram discriminadas sexualmente as crianças, as mulheres maduras e as divorciadas; 3) a velhice é encarada como não produtiva e não consumidora, portanto fora do mundo do sexo; 4) os relacionamentos homossexuais são tolerados à margem; 5) há limites para uma política efetivamente democrática da difusão dos meios anticoncepcionais e educação sexual nas escolas; 6) o aborto ainda é criminalizado".

Neste cenário emerge a epidemia da AIDS no Brasil, reforçando a questão de um espaço pouco democrático e limitado para se avançar nas questões preventivas e de auto-responsabilidade coletiva (Loureiro et al, 1992).

Para contextualizar as diversas interpretações que estão presentes em diferentes grupos, Parker (1992) estudou a AIDS e o comportamento sexual do brasileiro, fazendo uma descrição da estrutura sexual no Brasil e uma análise do discurso entre heterossexuais, homossexuais e bissexuais e, nessas leituras, chegou às seguintes interpretações: "em se tratando das categorias internacionalmente veiculadas em função da AIDS, tais como heterossexual, homossexual e bissexual, o brasileiro faz a ligação do macho como sendo ativo e o feminino como passivo, esta distinção definiu quem é o macho e quem é a fêmea na relação, independentemente do sexo biológico de cada pessoa envolvida. Neste sentido, a categorização de homossexualidade e heterossexualidade que permeia a cultura é diferente daquela instituída pela classificação médica", que busca tratar das anormalidades e perversões, afirmando a normalidade da sexualidade reprodutiva.

Esta interligação do vírus com o tipo de contato sexual faz com que o imaginário coletivo albergue uma carga de significações morais, possibilitando a emergência de discriminações (infectados e não infectados) de grupos discriminados, devido à sua opção sexual. Neste sentido, a intervenção promovida pelo modelo biomédico é a de separar a parte sadia da parte infectada da sociedade. Estimula-se através dos meios de comunicação coercitivos a segregação, ou seja, exorta-se os sãos a não se aproximarem dos infectados, quando alude no *slogan*: "QUEM VÊ CARA NÃO VÊ AIDS", veiculado no governo Sarney, ou no governo Collor, como "NÃO MANTENHA RELAÇÕES COM CONTAMINADOS". Atualmente redireciona a questão para a família, num aspecto bem amplo, já fomentando as bases da responsabilização compactuada no *slogan*: "NO ANO 2000 O MUNDO TERÁ 24 MILHÕES DE PESSOAS COM AIDS. VAI SER DIFÍCIL IGNORAR TANTA GENTE".

A prática hegemônica de medicalizar a sexualidade, segregando as consideradas minorias, está no fim, haja vista que, ao compararmos os cenários da doença venérea no passado e da AIDS hoje, podemos visualizar uma diferença no que concerne ao aparecimento de grupos de pressão política e jurídica, onde doentes e contaminados defendem sua cidadania. Esta mudança, segundo Carrara (1994), ao nível organizacional (ONGs, grupos de ativistas gays) expressa uma ruptura cultural rompendo no plano simbólico; a antiga homologia entre corpo individual e corpo social, onde doentes e contaminados, ao produzirem um discurso público, ao lutarem contra a discriminação e ao não aceitarem uma cidadania de 2ª classe, apontam para o fato de estarmos vislumbrando, ainda que incipiente, uma nova concepção de doença, ou seja, não se trata mais de uma doença que atinge alguns indivíduos por seu comportamento, mas ameaça por sua vez toda a sociedade.

"A sociedade estruturada em classes fica subordinada aos interesses do capital, quando instrumentaliza o Estado, através das políticas e práticas sanitárias ineficientes, montado em cima de ações curativas em detrimento das preventivas, reforçando ainda mais a segregação. Privilegiar a prevenção é uma opção em que, através da profilaxia, se intervêm, ao nível das instituições, comportamentos e valores estabelecidos. Visa um trabalho que interfere, altera ou suprime uma certa situação de risco" (Carrara, 1994:275).

Em se tratando de uma doença de alto custo, a AIDS não é interessante ao capital, na lógica da exploração e do lucro, por ser uma doença que necessita de medidas de alto custo, tais como testes diagnósticos e o tratamento propriamente dito. O afastamento do trabalho e do convívio social, conseqüências imediatas na evolução da doença, marginaliza os sujeitos das decisões e define categorizações e auto-responsabilidade a nível individual, contribuindo para aumentar o estigma e a culpa já presente no cotidiano desses cidadãos.

Imprimir a conotação de auto-responsabilidade coletiva muda o enfoque direcionado a grupos específicos, já que hoje, mediante o atual perfil epidemiológico, existe a impossibilidade de restringir a doença a grupos minoritários e de apontar um único grupo como principal responsável pela infecção/doença no país.

ocorre a visualização do problema, ou seja, a percepção da suscetibilidade e severidade da doença e daí todo o desencadeamento posterior com pânico da doença, a questão da morte e outras com conteúdos fantasmáticos ligados à sexualidade, como punição e culpa; no terceiro ocorre uma desmistificação da doença, aceitação da realidade e são traçadas estratégias pessoais de prevenção”.

Anterior à veiculação da informação para indivíduos e grupos, devem ser avaliadas as atitudes que estão sendo tomadas, buscando compreendê-las enquanto processo e aprofundar a discussão, através da identificação dos problemas no tocante à percepção existente sobre a questão e das lacunas no seu conhecimento existentes.

O que dificulta são conteúdos veiculados pela mídia, como mensagens educativas, associando a questão da sexualidade humana com a questão da morte, do desconhecido, incurável, trágico, doente e feio (Fernandes, 1994).

Lembrando Bachelard, *apud* Camargo Jr. (1994:44), “devemos exercer uma constante vigilância epistemológica para evitar que essas imagens, constantemente reiteradas pelos meios de comunicação, impeçam nossa reflexão crítica”.

A imagem atualmente veiculada coloca o sexo como algo negativo, dando a impressão de ser algo desvitalizado, mórbido, que não combina com a vitalidade e positividade do sexo.

Cada mensagem informativa, ao ser veiculada pelo marketing, vai, de forma peculiar, sendo direcionada a cada indivíduo ou grupo e será percebida também diferentemente, ou seja, o que cada um vai fazer em relação à AIDS pertence ao fôro íntimo e, desta forma, não deve se deixar iludir onipotentemente com as questões de mudanças comportamentais imediatistas, através do estímulo do medo, pois toda mudança de comportamento para ser duradoura é processual (Fernandes, 1994).

4.2 A Construção das Mudanças Atitudinais Via Processo Educativo

Em se tratando de mudança comportamental, no tocante à AIDS, esta só pode ser vislumbrada mediante aquisição de hábitos preventivos, através da conscientização e do movimento de adaptação das pessoas à nova realidade, realidade esta que, segundo Fernandes (1994:175), “só poderá ser transformada no interior de um contexto participativo que incorpore a complexidade do processo educativo e que esteja aberta a discutir e buscar a mudança nas normas sociais que encorajam o engajamento de pessoas em comportamentos de risco, bem como facilitar a reflexão e a decisão individuais”.

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde/1994, no que concerne à prevenção, normatiza seis propostas que direcionam suas ações:

mediante uma representação prévia, mais ou menos precisa ou explícita, da situação a ser alterada" (Carrara, 1994:275).

Entendendo, porém, que o "campo das representações incluem um conjunto de observações empíricas que contêm valores, impressões, conceitos, dentre outros, como modelo de intervenção social, ou seja, o *modus operandi* consiste em interferir profilaticamente, estabelecendo, de um lado, a natureza, as causas e as conseqüências da situação em foco e, de outro, possíveis estratégias de ação, instrumentos adequados para empreendê-las, grupos sociais implicados e objetivos a serem alcançados" (Carrara, 1994:275-276).

Tendo em vista que os estudos de percepções de risco acerca da doença não possibilitam mudanças comportamentais eficazes de controle da doença, há mister de ações de caráter preventivo que, planejadas, levem em consideração que, para novas idéias serem assimiladas às já existentes, as ações mesmas haverão de neutralizar a ameaça que aquelas idéias representam e tanto a nova idéia quanto o sistema que as hospedam sofrerão modificações nesse processo (Bauer, 1994:229).

O como estas ações devem ser desenvolvidas é o que Bandura *apud* Fernandes (1994) chama de um campo educativo de facilitação da resposta. Em se tratando de um aspecto desta facilitação, destacaremos um que se refere aos métodos de prevenção, amplamente baseados na utilização de preservativos, cujo preço, num país pobre, caracteriza-se como um obstáculo para ações exclusivamente informativas.

É preciso explicitar que, através de estudos, Fernandes (1994) observa que algumas pessoas usariam o preservativo sem a necessidade de grandes discussões, seja em função do que já sabem sobre a AIDS, seja por intenções contraceptivas, seja simplesmente por não poderem adquiri-lo.

A questão que se passa focalizando o relato de jovens é ter de escolher entre ir a uma festa, tomar um chope e comprar "camisinhas". Neste sentido, as atividades educativas devem considerar estes aspectos com estratégias que contemplem o acesso regular de seu público aos meios facilitadores.

A distribuição eventual de preservativos em palestras, debates e campanhas é limitada para impactar a expansão da epidemia. Outrossim, deve ser utilizada uma diversidade de métodos e de práticas, numa atuação sinérgica para a aquisição dos hábitos preventivos.

Essas possibilidades de atuação possuem cada qual suas limitações que, em conjunto, podem influir no controle da epidemia.

Concernente aos conteúdos do trabalho educativo, Fernandes (1994) descreve a existência de três aspectos fundamentais a serem avaliados no seu planejamento, são eles: a informação a ser oferecida, a facilitação da resposta e o favorecimento da abertura de espaços para reflexão e discussão.

2. as mulheres, na sua maioria, estão se infectando com os próprios parceiros fixos — que têm, freqüentemente, outra(o)s parceira(o)s fora do casamento — mas isto está culturalmente previsto como um comportamento não só socialmente aceito como eventualmente estimulado e até exigido dentro de um determinado contexto e as mulheres, submissas, especialmente da classe social mais baixa não têm como enfrentar esta situação;
3. ainda existe a "idéia" da AIDS vinculada a "grupos de risco"⁷, sendo a classificação cultural destes grupos diversa da classificação médica — apenas o parceiro envolvido de forma passiva na relação sexual é considerado homossexual ou bissexual, portanto grande parte dos homossexuais ativos não se consideram em risco e, apesar de realmente o risco ser maior para os que praticam sexo anal passivo, o ativo também tem risco bastante aumentado de contrair o vírus.

Dentro disto, defendem que, nas campanhas educativas, a linguagem deveria ser adequada a cada grupo ou situação de risco, retirando das atuais, o viés do "falso" moralismo e também que as questões que a AIDS suscita devem deixar de ser encaradas de forma individual, com tendências repressivas ao incriminar o portador.

Ressalta Loureiro et al (1994:18) que "a classe social mais baixa está mais exposta, não em função da falta de 'informações' que recebem via campanhas educativas, palestras, grupos informais, mas sim defendem que a 'leitura' que é feita não seja correta em função das próprias interpretações de cada 'cultura' ou 'comportamento' de classe ou de grupo. Por outro lado, existe a questão econômica, pois camisinha é caro e seringa descartável também. Neste sentido cumpre-nos salientar que o Estado e suas políticas de prevenção não encaram questões como a distribuição de preservativos e seringas descartáveis como medidas preventivas e sim como estímulo a transgressões pessoais".

Loureiro et al (1992:19-20), "afirmam que o Estado como sendo reprodutor dos interesses da classe dominante não tem feito mais do que uma 'maquiagem' para a manutenção de sua legitimidade, não tocando nas questões de fundo (culturais, comportamentais, sociais) e as tentativas são altamente criticadas e condenadas".

Mudar comportamento independe apenas de conhecer acerca da epidemia, mas sim de outros fatores que agregam outras áreas do conhecimento ligadas aos aspectos culturais e comportamentais que estão internalizados no imaginário coletivo.

Na vida sexual das pessoas, espaço de relações, que ainda não tinha sofrido a intervenção da medicina, com o advento da AIDS, adota-se uma postura normatizadora, coercitiva, levando com isso a uma reação prejudicial na adoção de comportamentos mais

⁷ Segundo Parker (1994:17), "ao ser expandida sem limites a condição de vulnerabilidade à doença, generalizando a distribuição e coletivizando o risco, este novo modelo de percepção da AIDS, há um convincente argumento aquilo que tem sido uma agenda política central para a saúde coletiva..."

grupos distintos constituídos por pessoas pertencentes à área urbana e rural, embora do mesmo segmento social de nível sócio-econômico baixo. Posteriormente à análise das falas individuais dos segmentos grupais selecionados, serão analisados os conteúdos lingüísticos utilizados nas campanhas oficiais de prevenção à AIDS, bem como identificar, ao nível das políticas oficiais, quais as ações correntemente implementadas, a nível preventivo, para o controle da epidemia, capazes de impactar o imaginário coletivo.

Além das entrevistas semi-estruturadas, serão utilizados outros recursos tais como: leitura de documentos, informes, vídeos, além dos resultados das observações, leia-se linguagem não-verbal (gestos, olhares, silêncio, pausas, atos falhos...), registradas no decorrer das entrevistas com os diversos atores.

O período para a consecução da pesquisa está previsto para 12 meses, de acordo com cronograma (vide em anexo).

12. LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 693 p.
13. LOUREIRO, Regina P.; DAMIANI, Magda F.; BERIA, Jorge V. et al. **Percepção de Risco, Conhecimento e Prática numa População de Alto Risco Testada para HIV-1: uma discussão sobre as campanhas educativas e prevenção da AIDS**, p. 1-27.
14. MINAYO, M. C. S. **Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Sociais**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 25: 233-8, 1991.
15. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. 269 p.
16. MINAYO, M. C. S. **Saúde-Doença: uma concepção popular da etiologia**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4(4): 363-381, out/dez, 1988.
17. MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. **Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade**: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.
18. PAIXÃO, Helena Heloísa. **Saúde e Doença: um estudo de representação social**. Arquivos do Centro de Estudos, Belo Horizonte. v. XXIII, nº 1 e 2, p. 9-17, jan/dez, 1986.
19. PARKER, Richard G. **Corpos, Prazeres e Paixões: a cultura social no Brasil contemporâneo**. 2 ed. São Paulo: Best-Seller, 1991. 281 p.
20. PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane et al (orgs). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 360 p.
21. QUEIROZ, Marcos. **Representações sobre Saúde e Doença - Agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(3): 342-348, jul/set, 1992.
22. SANDLER, Joseph et al. **O Paciente e o Analista: fundamentos do processo psicanalítico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1986. 130 p.
23. SILVA, Bernardo M. da. **Podemos Avaliar o que é Oculto?** Coppe - UFRJ. (mimeo).

24. SOUZA-FILHO, Edson A. de; HENNING, Márcia G. **Representações Sociais da AIDS, Práticas Sexuais e Vida Social entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais em Brasília, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(4): 428-441, out/dez, 1992.
25. SPINK, Mary. **O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 300-308, jul/set, 1993.
26. THIOLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992. 105 p.

7 BIBLIOGRAFIA

1. BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro:Graal, 1989. 187 p.
2. CARRARA, S. e MORAES, C. **Um Mal de Folhetim**. Cadernos do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 1987b.
3. _____ . **Um Vírus Só Não Faz Doença**. Cadernos do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 1987a.
4. CASTIEL, Luís David. **O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano**. São Paulo:Papirus, 1994. 171 p.
5. COSTA, Jurandir F. **A Inocência e o Vício: estudos sobre o homoerotismo**. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1992.
6. DANIEL, Herbert e PARKER, Richard G. **AIDS, a Terceira Epidemia: o exercício da solidariedade**. São Paulo:Iglu, 1991.
7. FERREIRA, Jaqueline. **O Corpo como Signo**. Tese de Mestrado a ser defendida no PPGAS IFCH-UFRGS. (mimeo).
8. FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. 1 ed. Rio de Janeiro:Graal, 1985. 246 p.
9. GEERZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro:Zahar.
10. KEHL, M. R. **O Desejo da Realidade**. In: O desejo. Organizado por Aduato Novaes. Rio de Janeiro:Companhia das Letras, 1990, 503 p. p. 363-382.
11. MACHADO, João; MARTINS, Sílvia. **Mídia e Saúde — uma análise das campanhas de prevenção da AIDS**. Trabalho de conclusão do curso de habilitação em Publicidade e Propaganda da Faculdade de Meios de Comunicação da PUC/RS, jun, 1992. (mimeo).
12. MORIN, E. **O Problema Epistemológico da Complexidade**. Lisboa:Europa - América, 1983.
13. MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro:Zahar, 1978.

14. MUNIZ, Jacqueline. **Feminino — a controvérsia do óbvio.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, vol. 2, n. 1, 1992, 61-92.
15. PARKER, R. **Depois da AIDS: mudanças no comportamento (homo)sexual.** In: AIDS, a terceira epidemia. São Paulo: Iglu.
16. SONTAG, S. A. **A AIDS e Suas Metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
17. _____. **A Doença Como Metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.
18. STOLLER, Robert. **Masculinidade e Feminilidade: apresentações do gênero.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 283 p.
19. VALLINOTO, T. C. **A Construção da Solidariedade.** Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 1991.
20. WINCKLER, Carlos. **Pornografia e Sexualidade no Brasil.** 1988.

8 ANEXOS

A. ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que você entende por AIDS?
2. No seu entender qual(is) a(s) maneira(s) de se contrair o vírus da AIDS?
3. De quais formas você pode evitar a doença?
4. A AIDS mudou alguma coisa na sua vida?
5. Quais as pessoas que você acha que estão mais expostas a contrair a AIDS?
6. Porque você sentiu necessidade de procurar auxílio médico?

B. CRONOGRAMA DA PESQUISA

CONTATOS INSTITUCIONAIS	15 dias
PRÉ-TESTE	15 dias
COLETA DE DADOS	120 dias
TRANSCRIÇÃO DAS FITAS	15 dias
ANÁLISE DISCURSIVA	185 dias
ANÁLISE DE DOCUMENTOS E DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	15 dias