

ENTRE A PROMESSA DE VIDA E A AMEAÇA DE MORTE: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AIDS DE MÃES SOROPOSITIVAS

*Silvia Pereira Ferreira*¹

Resumo

O presente artigo tem como objetivo principal analisar as representações sociais construídas em torno da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), por mulheres portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que, ao engravidarem, colocaram seus filhos na condição de expostos ao contágio.

Baseia-se numa investigação que compreendeu pesquisa bibliográfica e trabalho de campo². Procurou-se abordar a realidade trazida com a presença da AIDS, analisando as representações dominantes no grupo estudado, buscando identificar a relação entre suas representações e práticas, diante da dupla condição de mulher e de mãe que, circunstancialmente se descobre portadora do HIV.

Palavras-chave: representações sociais - HIV/AIDS - mães soropositivas

Abstract

The scope of the present work aims to demonstrate the analysis of the social representations regarding the AIDS developed by women infected by HIV, who, at the moment of their pregnancy, exposed their children to the infection of the virus.

The study included bibliographic research and fieldwork. Through the literature, it was intended to examine the historic of the AIDS focusing specially the male condition. The empirical data is basically constituted

¹ Mestre em Serviço Social pela UFRJ.

² A pesquisa em que o artigo se baseia foi realizada para servir de base à Dissertação de Mestrado, realizada no Programa de Pós-graduação de Serviço Social da UFRJ, sob orientação da Prof^a Marilena Jamur e defendida em 2000.

by the social and medical attendance reports and interviews with the mothers in a hospital of Rio de Janeiro.

The interviews considered the moment of the diagnosis of the mothers jointly with the moments of the medical accompaniment of their children. It was stile focused the reality brought by the existence of the AIDS in the woman/mother's life and the analysis of the prevaileing representations before her condition as a woman/mother infected by the virus and how such representations influence her behavior.

Keywords: Social Representations - HIV/AIDS - Infected Mothers.

Introdução

Neste artigo analisaremos as representações sociais em torno da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), construídas por mulheres portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que, ao engravidarem, colocam seus filhos na condição de expostos ao contágio.

Ao analisar as representações sociais dessas mulheres em torno da AIDS, buscamos apreender como elas se percebem enquanto portadoras do vírus e enquanto mães, protagonistas de uma realidade composta de especificidade, observando o quanto e como essas representações influenciam a sua conduta e rotina.

O estudo tem caráter qualitativo, visando examinar de que forma as representações da AIDS expressas pelo grupo estudado, se relacionam com o seu comportamento no cotidiano, tendo por base as dificuldades trazidas com o diagnóstico.

A orientação teórica do estudo segue a direção indicada por Jodelet e Moscovici, cuja escolha se deu em função da posição que assumem quanto às representações sociais, ressaltando a influência do contexto sócio-histórico em sua relação com os aspectos subjetivo e afetivo, com o mental, com a cultura e a linguagem.

A representação social, enquanto forma de conhecimento, será aqui entendida a partir do contexto em que está inserida e da sua funcionalidade no cotidiano das relações sociais, ou seja,

articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervém". (JODELET, 1989:41)

Consideramos que na constituição das representações existe um processo de produção/reprodução, que implica “*um remanejamento das estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras*”. (MOSCOVICI, 1978:26)

Reportando-nos à questão da AIDS, constatamos que é uma doença ainda sem cura, ou seja, uma presença indesejável na realidade do mundo contemporâneo, uma situação que se agrava a cada dia com o aumento do número de infectados. Trata-se de uma doença que estabeleceu um limite muito frágil entre a condição do sujeito ser ou não portador do vírus, visto que, a forma de contaminação está diretamente ligada ao comportamento do indivíduo no espaço social.

O contexto em que surgiu a doença, produziu inicialmente o que foi denominado de “*grupo de risco*”, como sendo o conjunto de pessoas que estariam predispostas a contraírem AIDS, ou seja: os homossexuais e usuários de drogas injetáveis.

Segundo JODELET (1998:20), “*a AIDS é o primeiro caso de doença, cujas histórias social e médica se desenvolveram conjuntamente*”. Com o avanço das pesquisas, já se tem a identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) como agente causal da AIDS, assim como, das diferentes formas de transmissão: por meio de transfusão sangüínea, transmissão vertical mãe-filho, através de relação sexual e por seringa compartilhada no uso de drogas injetáveis; estabelece-se assim, o conhecimento de uma nova realidade caracterizada por “*comportamentos de risco*”.

Essa mudança vai interferir em todo o conjunto de relações dos indivíduos, ao inseri-los no cenário com possibilidade de se tornarem protagonistas. Nesse momento, as mulheres são incluídas, de forma definitiva, no cenário da AIDS.

Buscamos, então, observar que representações elabora um grupo de mulheres/mães, diante de duas situações individual e socialmente relevantes: uma, que se consolida positivamente com a maternidade, bem vista socialmente; outra, em que se descobrem, circunstancialmente portadoras de um vírus, que pode deixá-las doentes ou até causar-lhes a morte, pois ainda não possui cura, sendo discriminada socialmente. De que forma essas duas realidades, estando interligadas, influenciam-se e condicionam seus comportamentos.

Levantamos como hipótese que as representações da AIDS elaboradas por essas mulheres/mães, estão vinculadas às representações

hegemônicas existentes na sociedade, que servem de fator estruturante de suas representações e práticas.

Para tanto, a partir da seleção baseada em dados de um protocolo onde registramos o perfil sócio-econômico do grupo, realizamos entrevistas semi-estruturadas, sendo utilizados neste estudo os depoimentos de dezoito mulheres, tomados em dois momentos sucessivos, de acordo com a condição da informante no tratamento.³

Para análise do conteúdo das entrevistas utilizamos a orientação metodológica de BARDIN (1994:133), visando estruturar os dados da pesquisa e sistematizar a análise do material coletado; compartilhamos da idéia de que “a análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem”).

A aids no contexto das relações

A AIDS invade a realidade social, mexendo com importantes tabus e valores, como: morte, sexualidade e uso de drogas; questiona os comportamentos e toca no sagrado, no casamento e nos filhos, deixando visível o que se preferia manter escondido. Nesse contexto, emerge a mulher como portadora do HIV: a mulher casada, ou com relacionamentos estáveis, que entra nesse cenário tardiamente, mas não com menos importância, pois, não podemos esquecer que são responsáveis pela geração de um filho, quando pode ocorrer a transmissão vertical.

O grupo que estudamos, é constituído por mulheres que descobriram sua condição de soropositivas ao serem submetidas a exames de rotina durante o acompanhamento pré-natal, surgindo assim, um elemento surpresa, não esperado, no decorrer da gestação. Os discursos das entrevistadas demonstram sua surpresa diante da soropositividade:

“(...) eu achei que isso nunca iria acontecer comigo (...) e nunca passou pela minha cabeça que o resultado poderia dar positivo, nunca tinha passado pela minha cabeça(...)”. (Tatiana, 25 anos, II)

³ Primeiro momento: o momento de diagnóstico e da espera, nesse momento a observação foi realizada em dois grupos: o grupo I constituído por aquelas que ainda estavam gestantes e pelas que se encontravam na primeira consulta no DIP, e o grupo IE formado pelas mulheres/mães que já faziam acompanhamento no DIP, após a terceira consulta posterior ao nascimento da criança; o segundo momento: o momento de definição, fase em que se define e se esclarece a condição da criança, como portadora ou não do vírus. Nas citações que fazemos das entrevistas, aparece no final a referência ao momento em que as entrevistadas se expressaram (I ou II).

A surpresa não está vinculada à falta de conhecimento da existência da doença, mas à sua própria condição de soropositiva. Observa-se, nesse momento, a representação da AIDS como algo distante, que existe, mas estaria apenas "no outro", seja em pessoas conhecidas, seja em casos divulgados pelos veículos de informação. A justificativa para legitimar a surpresa diante da sua condição, esta pautada no comportamento adotado, diferenciado daquele do denominado "grupo de risco":

"(...) pra mim, era como se existisse uma forma de vírus que só existia na televisão, nunca ia chegar a mim. Por que aconteceu comigo? Não usei tóxico, não tive relações homossexuais, entendeu? (...) aí eu me vejo contaminada por uma coisa. Eu fiquei louca, (...)" (Andréa, 39, II)

A representação da AIDS como doença que pode se manifestar apenas "no outro", assim como a justificativa baseada no comportamento assumido, para a perplexidade diante de sua condição de soropositiva - em virtude de sua não inclusão no "grupo de risco" - demonstra como a construção cultural da doença ainda se encontra associada às pessoas que inicialmente se contaminaram, possivelmente em virtude da ênfase dada, no início da epidemia ao denominado "grupo de risco". (MARTIN, 1997)

Associando a idéia da não-identificação com o perfil da AIDS corrente no senso comum (tendo como base de referencia o "grupo de risco") à ausência de qualquer sintoma que possa ser percebido como doença, KNAUTH (1998) argumenta que estas são as duas principais razões que traduzem a dificuldade das mulheres que estudou, em acreditar na sua condição de portadoras do vírus HIV.

A observação feita por KNAUTH se faz presente também no universo que estudamos: além de nossas informantes compararem suas condutas e comportamentos às condutas e comportamentos dos indivíduos pertencentes ao denominado "grupo de risco" - buscando a legitimação de sua auto-exclusão do grupo que se encontra na eminência de contrair o HIV - todas as mulheres foram testadas em virtude de uma rotina de pré-natal, não apresentando, até então, nenhum sintoma clínico que indicasse a existência do HIV em seu organismo. Acrescenta-se a esses dois aspectos o fato de apenas tardiamente, as pesquisas científicas, terem colocado a mulher na condição de exposta à contaminação pelo vírus HIV.

A representação da AIDS como "doença do outro", seja este homossexual, prostituta, drogado, e promíscuo é entendida por KNAUTH

(1998) como definição do senso comum, e a autora acrescenta a isso a perspectiva “culpabilista”, ou seja, a separação entre “culpados” e “vítimas” da doença.

A idéia de “culpados” e “vítimas”, em relação à AIDS, está diretamente vinculada às práticas adotadas pelo indivíduo no contexto de suas relações: homossexuais, prostitutas e viciados em drogas, promíscuos compõem o grupo dos “culpados”; os hemofílicos, se incluem no grupo de “vítimas”. O “outro” que pode contrair AIDS, não é um “outro” qualquer, mas aquele que faz parte do “grupo de risco”, “culpado” por procurar a doença, aquele que apresenta comportamentos sociais considerados desviantes, consolidando a associação da AIDS com marginalidade. Marginalidade esta que explicita alguns valores morais atribuídos à doença e caracteriza um imaginário social marcado pelo desvio.

No decorrer da análise dos discursos das entrevistadas, observamos o constante questionamento: por que eu? Assim como, o indicativo do não-merecimento, em alguns momentos, associado a um diferencial importante: não terem o mesmo comportamento “do outro”, “do culpado”, “do promíscuo”, enfim, do condenado pelo julgamento moral da sociedade. Dessa forma, podemos constatar que as informantes se percebem vivendo uma situação de injustiça, colocando-se, então, na perspectiva de vítimas que, sem culpa, cumprem

“O questionamento, mas por que eu? Formulado como explanação da injustiça revela um sistema de classificação no qual os contaminados pelo HIV devem ter culpa pelo que lhes aconteceu. Se elas não se consideram culpadas, acabam assumindo o papel de vítimas (...)”

A relação de culpada e vítima de sua condição, também aparece em nosso estudo:

“Conheci ele que era tio da esposa do primo do meu esposo, só que ele se contaminou porque ele era travesti, tinha um envolvimento assim, entendeu? Tinha uma vida mesmo bem louca (...).” (Joana, 36 anos, I)

A perspectiva “culpabilística”, pode ser claramente observada nesses discursos, que demonstram o julgamento moral sofrido pelos portadores do HIV que, aqui, têm como juízas as mulheres também portadoras do HIV, e como sentença o fato de serem HIV positivos, aqueles classificados como os que procuram tal situação. Cabe ressaltar que ser

soropositivo não se resume a ter uma doença que afeta o organismo, mas associar isso a todo o estigma de uma doença discriminada socialmente, recebendo com isso sua sentença moral, como assinala SCHUCH (1998: 202): “(...) a contaminação pelo HIV, além de física é também moral”.

Ao condenarem o comportamento “do outro”, as entrevistadas selecionam e diferenciam seus comportamentos: com isso, vivem a sentença biológica, mas são absolvidas da sentença moral, legitimando socialmente sua condição de vítimas, portadoras do HIV; observa-se, então, a busca da auto-preservação, no sentido de amenizar as consequências do fato de serem soropositivas.

Constatamos o esforço das entrevistadas em compreender a realidade imposta e como o seu movimento de reflexão, na busca de respostas e justificativas, entrelaça o subjetivo e objetivo. Elas estão passando pelo processo de percepção e apreensão de uma nova realidade e de seus condicionantes, realizando uma re-elaboração explicativa das coisas.

As mulheres se colocaram como vítimas: de que e/ou de quem? As informantes passam a discutir sua relação com seus companheiros.⁴

Diante da questão de soropositividade ou não do companheiro, observamos três posições assumidas pelo grupo: **a posição de vítima**, quando ocorre a certeza ou, até mesmo, a desconfiança de que foi contaminada pelo atual companheiro; **a posição de culpada**, diante do fato de ter exposto o outro à possibilidade de contaminação pelo HIV; e **a posição de não-julgamento**, quando ambos estão contaminados, sem haver indicação do culpado pela transmissão, ou quando se busca uma explicação através de um comportamento aceito no julgamento moral.

A posição de vítima, assumida por algumas das informantes, expressa questionamentos e um sentimento de traição: consideram-se vítimas de uma confiança quebrada. As demais informantes também se colocam na posição de vítima, diante da situação, relacionando seu comportamento ao de quem foi vítima de um ato de confiança em um companheiro, não necessariamente o atual.

⁴ Como não foi critério de seleção na amostragem as informantes estarem em sua primeira relação sexual, observamos que somente uma das informantes relata ter tido apenas um parceiro; as demais já haviam tido experiências sexuais com outros parceiros, porém não se caracterizavam seu comportamento como promíscuo. Com isso, a relação entre mulheres positivas vítimas de maridos positivos não ocorre aqui de forma mecânica, até porque nem todos os atuais companheiros são soropositivos.

O que está em jogo, nesse momento, é menos o conhecimento que possuem em torno da AIDS, e mais as re-elaborações que fazem do conhecimento científico, adequando-o à sua realidade subjetiva e objetiva, dando forma às suas representações em torno da AIDS, entendendo as representações como:

“(...) uma forma de conhecimento social, um saber prático” (JODELET, 1984:360). Constituem-se totalidades articuladas na interseção do subjetivo e do objetivo; totalidades que se formulam e reformulam continuamente, no embate das experiências concretas vividas pelo sujeito em relações contraditórias e complementares de afirmação e negação.” (MADEIRA: 1998, 50)

Dessa forma, as entrevistadas criam estratégias próprias para a prevenção e as justificam com um discurso pautado nos comportamentos do denominado “grupo de risco”: assumindo o conhecimento da transmissão sexual e do uso do preservativo, quando exemplificam com o comportamento da prostituta, se excluem e consolidam sua prevenção pautada na confiança, diante de um relacionamento sólido e estável:

“Eu não tive muito cuidado, se não teria usado a camisinha, mas você sabe ... você usa a camisinha no início, depois de um ano assim, você já não usa mais a camisinha, você já começa a ... você tira a camisinha e começa a usar o remédio...” (Carla, 25 anos, I)

Ao observarmos que essas mulheres assumem uma indicação própria em torno da prevenção da AIDS, uma prevenção pautada na monogamia e confiança, não podemos ser ingênuos e achar que tal indicação se faz de forma estanque no tempo e ilesa às influências. Muito pelo contrário, isso nada mais é que o retrato de nossa história, de valores, crenças e práticas que constroem uma sociedade e seu imaginário; observa-se, então, a adoção das estratégias de confiança e seleção, como mecanismo de prevenção da AIDS, buscando a auto-preservação.

Devemos ficar atentos para a complexidade da questão e para como a adoção do sexo inseguro está fortemente ancorado na forma como as relações de gênero se estabelecem socialmente. (MARTIN, 1997)

Estamos falando de relações de gênero e de como elas se pautam em valores e crenças preestabelecidas, que circunscrevem o imaginário social. Ao nos reportarmos às relações de gênero e à discussão em torno da AIDS, observamos a adoção do sexo inseguro repleto de simbolismo e justificativas. Concordamos com MADEIRA (1998:61), quan-

do argumenta ser esta uma atitude que foge à situação de ignorância; para a autora "(...) não é uma questão de ignorância que está em jogo, mas um processo cultural, psicossocial, através do qual a história se faz e refaz lentamente, configurando hábitos e lógicas na vivência e na consciência". Argumenta, ainda que, ao falarmos do que estamos chamando de sexo inseguro, estamos falando de uma representação em que os sujeitos estabeleceram uma separação, como retratamos inicialmente: a AIDS está "no outro". Uma separação que, no imaginário, traz a imunidade e propicia a seleção entre um "eu" com características positivas, diante de um "outro" com características negativas. Ao falarmos da prática sexual, que predispõe a um outro, observamos que, aos poucos, vão se configurando transformações, onde as distinções se integram numa divisão que pluraliza o eu, trazendo para o cenário o "eu" e os "meus" (os que são iguais a mim), em face dos "outros" (aqueles que se distanciam de mim por desconhecerem ou afrontarem símbolos, valores e normas que afirmo). Dessa forma, o uso do preservativo não se constitui numa prática associada ao relacionamento sexual, mas sim uma exceção mediante uma relação com "o outro". (MADEIRA, 1998)

Ao nos reportarmos à nossa pesquisa, observamos o quanto a adoção do sexo inseguro está pautada na divisão entre o "eu" e os "outros", e na seleção dos "meus", tendo como valor básico a confiança. Os sujeitos "(...) selecionam os parceiros como forma de ancorar a novidade incontornável, sem comprometer a identidade social e o equilíbrio sócio-cognitivo a que ela se acha ligada", segundo JODELET (apud CARVALHO, 1998:92). Ao analisarmos a situação das soropositivas estudadas, constatamos uma frustração, em virtude de uma seleção mal feita, em conjunto com a quebra da confiança depositada.

A AIDS traz para discussão não o indivíduo, mas um indivíduo de práticas, que constituem foco de atenção, e são condenadas pelo julgamento moral de uma sociedade. Entretanto, agora entra em cena um ator inesperado: a mulher, que traz consigo práticas e comportamentos que, aparentemente, não fogem à norma social.

Com a mulher sendo alcançada pela realidade da AIDS, como afirma SCHUCH (1998) citando GUIMARÃES, hoje, no Brasil, estamos vivendo a época da "etapa heterossexual", em que a "população geral", "normal" e "familiar" perdeu sua "imunidade ideológica". Refletindo diante dessa afirmação, e do que pudemos observar, questionamos: será que se perdeu a "imunidade ideológica", ou esta estaria se remodelando, adquirindo outros contornos?

Quando retomamos o que foi colocado acima, verificamos a perplexidade das informantes diante de sua condição de soropositiva e, a partir de então, uma estruturação do discurso, argumentando para a não condenação moral. Para tanto, recorrem às características dos chamados “grupos de risco”, que apresentam comportamentos desviantes e marginais e procuram se diferenciar destes; mais adiante, utilizam novamente as características desses grupos, associando-se aos valores difundidos na sociedade como: monogamia, fidelidade e confiança, para justificar o não uso do preservativo e a seleção do “eu com os meus” e os “outros”; ao final buscam a legitimação como vítimas, e como vítimas não se encontram em julgamento.

O que pudemos observar é que, apesar das pesquisas já virem alertando para a inclusão alarmante das mulheres no cenário da AIDS, as informantes não se percebiam como possíveis portadoras do vírus, tendo como base de justificativa a pretensa “imunidade ideológica”, ainda presente no contexto social, assim como, toda uma argumentação que não a inclui de forma igual, utilizando o comportamento “do outro” para legitimar o seu e sua situação. Dessa forma, concordamos com SCHUCH (1998:208), quando constata, a partir de sua pesquisa, que:

“(...) apesar do perfil epidemiológico da AIDS mostrar registros de elevado número de casos novos entre heterossexuais, a pesquisa aponta para a existência de uma ‘imunidade ideológica’ contra a doença, que continua atuando e demarcando identidades sociais, as quais justificam práticas não preventivas com relação à infecção pelo HIV. Esta ‘imunidade ideológica’ é marcada por valores morais que identificam o soropositivo como desviante/marginal.”

Com isso, devemos tomar cuidado para não ocorrer que, ao invés dessa nova realidade diluir a imagem inicial da AIDS com todo seu peso moral, sirva para reforçar a divisão entre soropositivos - vítimas e culpados.

Em relação a perspectivas de mudanças, concordamos com tal possibilidade, em face dessa nova realidade, pois estamos tendo a comprovação prática da disseminação indiscriminada da AIDS, o que fatalmente provocará reelaborações de valores e práticas, associados à aproximação de uma parcela de soropositivos, que têm comportamentos aceitos socialmente, ajudando à desmistificação da doença.

AIDS: as faces da morte e suas representações

A morte, que se caracteriza por ser a única certeza que o ser humano possui em sua vida, assume diferentes contornos no decorrer dos séculos e nas diferentes culturas, sendo entendida na sociedade ocidental moderna com restrições, que se traduzem nas atitudes de negação e recusa, pautadas na atitude de silêncio, que torna o assunto interdito, e na atitude racional higiênica, ao se remover os mortos.

Parece contraditório, deixar a condição final do estarmos vivos guardada em uma gaveta que não gostamos de abrir, talvez porque só podemos experimentá-la parcialmente, enquanto perda subjetiva, com a morte do outro e seus reflexos sobre o sujeito; talvez porque o que vemos e vivemos é a ausência da pessoa e a deterioração de seu corpo, o que traz o medo, medo do aparente e do desconhecido; talvez porque faça com que paremos para pensar na vida, no que estamos fazendo com ela e por ela, no que significam os nossos objetivos e a luta diária diante de uma condição tão certa.

Historicamente, observamos que a doença traz uma perspectiva de morte, talvez a mais esperada e mais difícil, para quem a vivencia como protagonista.

Quando falamos em AIDS aparecem todos esses aspectos entrelaçados, pois estamos falando de uma doença que, até mesmo pela sua forma de desenvolvimento e por ainda não existir perspectiva de cura, traz consigo o estigma da morte, ou melhor, o estigma de mortes, que produz diferentes medos:

“(...) a primeira coisa que me veio à mente é a morte o mais rápido possível (...),” (Vera, 24 anos, II)

A associação entre morte e AIDS, que percebemos nos discursos, pode ser compreendida em virtude da proximidade com a doença, em conjunto com uma visão mais individualizada, como explica JODELET (1998:41):

“(...) Os sujeitos se dividem na forma pela qual qualificam essa doença, quer considerando seu caráter novo e atual, quer seu caráter moral. (...) A distância fornece a visão de uma doença “dos tempos modernos”, enquanto que, relações de proximidade, ou íntimas, fazem prevalecer a visão de uma doença “que mata”.

As informantes têm percepção de sua finitude, sua morte biológica no limite do seu organismo, ou melhor, com o diagnóstico se colocam na situação de “morte anunciada”. Em nossa sociedade já é difícil falar

da morte, quanto mais vivenciar sua constante presença. A perspectiva da morte vem, então, associada ao tempo, à angústia de uma “morte anunciada” não datada. As informantes expressam a percepção da sua finitude, porém vivem a angústia do quando?

“Algumas pessoas dizem assim, ah você pode viver dez quinze anos, eu conheço pessoas que tem dez quinze anos que vivem com esse vírus sem problema nenhum, mas tem outras que não duram um mês, então você fica nessa expectativa, daqui um mês daqui a dez anos, não sei.” (Mara, 33 anos, II)

A doença não apenas avisa que vem, sem precisar data, como demonstra as formas pelas quais pode deixar aparente a sua presença:

“... fico preocupada, fico olhando o meu corpo, procurando mancha ou ferida, será que eu vou morrer dessa maneira? (...) como eu já conheci várias pessoas que morreu horrível cheia de feridas, caindo o cabelo, internado no hospital direto, aí fico pensando que eu vou morrer assim entendeu? E eu boto isso na cabeça e tento não lembrar, não pensar. Mas tem dias que a gente tem que conviver com a realidade né...” (Renata, 29 anos, I)

Uma morte que tem definições claras no imaginário social, e que em muitos momentos se torna aparente. A pessoa que possui AIDS é reconhecida pelos sintomas clínicos que se expõem em seu corpo, ou seja: pela magreza, pela queda de cabelos, cor de pele amarelada, dentre outros, definidos tal qual uma espécie. Uma espécie que além de ter bem definida a possível “cara” de sua morte, carrega todo o estigma de uma doença discriminada socialmente. (SEFFNER, 1995)

A preocupação com a morte não-datada e com “cara” se faz presente nos discursos das informantes, uma “morte leal”. Uma lealdade que traz grande angústia, como observamos:

“Eu me sinto.....eu só fico às vezes assim pensando, quando eu tenho algum tipo de dor, de resfriado, será que isso já vai ser um motivo para um dia eu ficar doente, ficar internada, padecer igual muitas pessoas que estão com o vírus, já estão com a doença desenvolvida ... tenho muito medo dessa doença.” (Tatiana, 25 anos, II)

A “morte anunciada” não se restringe à percepção de finitude, ela traz consigo a possibilidade de ocorrerem episódios de “morte social”, entendida aqui como reação negativa do meio social e negação dos direitos civis e humanos, ou seja, um bloqueio no destino, uma suspensão da vida e de seus planos:

“(...) sabe o que é uma pessoa fechada, que não saía mais, não conversava mais ... eu era uma coisa e mudei: sempre fui de sair, de conversar, de me distrair (...).” (Camila, 26 anos, II)

No transcorrer dos discursos fica evidente a mudança de comportamento, um isolamento conjugado à desistência de realizar coisas que antes gostavam de fazer, em especial no que se refere ao lazer. Sentem estranheza, perplexidade, como se vivessem uma vida em suspenso, em virtude da condição de soropositivas. Algumas falas parecem sugerir uma vontade de auto-punição, mediante um auto-julgamento.

As mudanças não são aqui justificadas pela existência de sintomas clínicos, pois as informantes possuem o vírus HIV, porém não apresentavam sinais da doença, muito pelo contrário: ainda estavam sob o efeito de gerar um filho, o que socialmente é sinônimo de saúde, significa vida. A mudança é conseqüência da construção histórica e do imaginário social dessa doença, que coloca o portador do HIV, possivelmente futuro doente de AIDS, sob severo julgamento moral, um julgamento em que a função de juiz não se restringe ao outro, mas engloba o eu, o próprio soropositivo, que também introjetou os preconceitos em torno da AIDS e que são mobilizados diante de sua atual posição.

“Sabe como eu me sinto, assim em relação às outras pessoas que não tem AIDS? Assim: uma pessoa diferente dos outros... diferente, isolada, isolada, é assim como...é assim como se tivesse um problema (chora) um problema...que quando os outros sabem se afastam de você. Isso não aconteceu. Não, não porque eu não conto pra estranho. Eu contei pra minha prima, pra minha avó só ... (chora)...” (Mara, 33 anos, II)

Os portadores do HIV, apesar de não estarem doentes, já vivem as conseqüências da AIDS, uma doença ligada aos comportamentos marginais/desviantes. Os soropositivos vivem o medo constante da sentença moral, da discriminação, da marginalização:

“Preconceito: em geral são muito preconceituosos, tipo os meus vizinhos: eu tenho milhares de vizinhos, me dou bem com todos, te ajuda, pega sua bolsa, bebe água no seu copo. Assim que eu falar pra eles que eu tenho o vírus da AIDS, nunca que eles vão sentar no mesmo banco que eu estava sentada, isso eu tenho quase certeza, pois eu conheço vários casos no lugar onde eu moro, que é assim.” (Vera, 24 anos, II)

Os discursos demonstram que as informantes vivem a AIDS - "doença moral", onde o medo da discriminação pautada no preconceito, faz com que criem estratégias de proteção, uma busca de auto-preservação. A principal estratégia de proteção, identificada através dos depoimentos, se traduz no segredo conjugado à seleção dos pares: as entrevistadas só revelaram a doença a pessoas de confiança, que poderão ajudá-las:

"(...) eu estou tendo apoio; não por todo mundo, porque eu acho que isso aí você não precisa ficar falando pras pessoas; você tem que falar com aquelas pessoas assim que você confia e que vai passar o melhor pra você (...) olha, na minha casa só quem sabe é a minha mãe, porque eu acho, como eu falei pra você, que pra você falar pra pessoas que vai te colocar no chão, acho que não vale a pena, pessoas que vai correr de você, pessoas que vai ter medo (...)." (Joana, 36 anos, I)

A seleção de parceiros conta com o apoio dos companheiros, seguida da seleção da família, que assume a segunda posição quanto à confiança; não a família como um todo, mas alguns membros dela, em geral aqueles com quem possuem maior afinidade e confiança, no último nível vem os amigos, que percebemos constituírem um número bem reduzido. Cabe ressaltar que a revelação do segredo foi sempre seguida de grande angústia, em virtude das possibilidades de reação do outro, quanto à aceitabilidade.

Falar de AIDS é falar de marcas, é falar de estigmas. Ao falar de estigmas, SEFFNER (1995) cita GOFFMAN (1982), que define três tipos de estigmas: o primeiro seria referente às deformações físicas ou abominações do corpo; o segundo comportaria as chamadas culpas de caráter individual, incluindo os vícios, o homossexualismo, dentre outros; e o terceiro seria relacionado com os estigmas tribais, derivados de fatores como raça, cor, religião, que atingem famílias e grupos. Com base nessas definições e focalizando a AIDS, o autor observa sua inclusão em pelo menos dois grupos:

"A doença diz respeito às abominações do corpo, e aqui são colocadas, por exemplo, as manifestações dermatológicas (sarcoma de Kaposi, dermatite seborréica), como também o emagrecimento, a queda dos cabelos, a mudança de cor de pele. Enfim, os atributos físicos pelos quais se busca reconhecer o "aidético". Mas ela também pode revelar "culpa de caráter", referindo-se aqui ao homossexualismo, ao uso de drogas, à prostituição, ao bissexualismo." (SEFFNER, 1995:396)

A partir da definição acima, a análise que realizamos, traduz com clareza o estigma social que acompanha a AIDS e marca o doente. Mas, e os portadores do HIV, que não estão doentes, e aqueles que além da ausência da doença não a associam com um comportamento marginal, por que vivem esse estigma? Talvez a resposta esteja indicada nos seus próprios discursos:

“(...) o pior preconceito é o que a pessoa tem de si própria (...) o pior preconceito é quando você mesma você se afasta, se distância das pessoas, né (...).” (Helena, 23 anos, II)

Ao analisarmos os discursos, foi possível observar que as informantes vivem uma auto-sentença, resultado de um auto-julgamento, já que não estão doentes e apenas um número reduzido de pessoas sabem de sua condição. Isso nada mais é que o resultado de seus próprios preconceitos que, em muitas das vezes, lhes servem como argumento de defesa na busca de redução da pena moral. É importante esclarecer que não pretendemos, com essa afirmativa, minimizar a gravidade da doença e suas conseqüências físicas e morais.

O grupo estudado, relacionando-se as questões em torno do segredo, do sigilo e dos parceiros de apoio, não se encontra no contexto de visibilidade do estigma, mas sim no reverso da visibilidade, como explica SEFFNER (1995: 397):

“No reverso da visibilidade, temos estratégias de “encobrimento”, destinadas a evitar o conhecimento do estigma pelos “normais”. (...) O encobrimento completo, representado pela situação de vida de alguns dos informantes, está associado à presença do vírus sem nenhuma sintomatologia e a uma atitude deliberada de não revelar a soropositividade a quase ninguém(...).”

A estratégia de encobrimento foi observada em nossa pesquisa, através da seleção de pessoas a quem o fato seria revelado, tendo como contrato o sigilo. Esse encobrimento só se torna possível por fazerem parte do grupo dos indivíduos “desacreditáveis” de ter AIDS, como apontam alguns autores:

“(...) o estigma pode se apresentar numa dupla perspectiva: 1 - a característica que distingue o estigmatizado é conhecida ou imediatamente evidente: temos então o indivíduo desacreditado; 2 - a característica que distingue o estigmatizado não é conhecida nem imediatamente perceptível: temos então o indivíduo desacreditável.” (GOFFMAN, 1982 apud SEFFNER, 1995: 394)

O caráter desacreditável de nossas informantes proporciona-lhes a adoção de outra estratégia, além do encobrimento, relacionada à questão da visibilidade do estigma, mediante a escolha de parceiros de apoio; observamos, então, a busca de um comportamento dentro do padrão de “normalidade”:

“Eu não penso que eu sou portadora do vírus do HIV; eu penso que eu sou uma pessoa normal; eu sou uma pessoa normal, simplesmente eu tenho uma doença como tem gente que tem hepatite, tem gente que tem câncer. É ...eu não tenho...ah, eu sou portadora do vírus do HIV, eu não tenho assim ...” (Rita, 33 anos, IE)

Os discursos demonstram a busca da “normalidade”, ou seja, a vida de antes, a vida do outro. Uma normalidade que pode estar associada ao encobrimento da doença, assim como a sua negação:

“Ah, eles não comenta, não fala, a gente tenta até esquecer pra num, ... num ficar lembrando ...” (Iris, 16 anos, I)

Analisando os discursos, percebemos que a busca da normalidade é feita de diferentes maneiras como: o encobrimento, a recusa e busca mágica de reversão da condição de soropositiva e o ignorar a presença do vírus.

Com base nas verbalizações anteriores, onde temos as mortes em suas diferentes faces e suas conseqüências tão bem expostas, e o quanto as informantes se colocaram na posição de portadoras do vírus HIV, carregando o peso da AIDS, poderíamos aqui considerar que existe um discurso contraditório, quando elas argumentam em torno da “normalidade”. Entretanto, não acreditamos ser uma contradição, mas um processo de re-elaboração do conhecimento, no movimento entre o subjetivo e objetivo, ou seja: todo conhecimento em torno da AIDS assimilado, em conjunto com os diferentes símbolos e significados que se encontram no imaginário social, são remodelados no contraste das práticas individuais e diárias. As transformações que dão forma ao discurso revelam todo processo de apropriação do objeto, sua organização e dinamismo, mediante a busca de coerência e aceitação, no espaço em que cada um se faz sujeito.

A mulher, sua função social e a aids

Uma das funções biológicas, talvez a mais importante no que se refere à estrutura da identidade feminina, consiste na geração de um

filho, um outro ser. O papel da mulher está ligado a uma condição biológica que a faz diferente do homem, a de gerar um filho, traduzindo sua função social, que está diretamente ligada ao papel de mãe, como expressam as nossas entrevistadas:

"...O que é ser mulher? É poder ser mãe....." (Laura, 27 anos, II)

"É uma coisa boa é um dom de Deus né... a gente vai, sei lá... é muito bom ser mulher gerar nossos filhos, fazer essas coisas lindas como a gente não consegue entender como gerar uma criança, sair perfeitinha sem ter problema nenhum; a gente reza para gerar sempre com saúde, né." (Renata 29 anos, I)

Observa-se a ligação direta entre o papel da mulher e sua função social de mãe, caracterizando-se como uma realização. É fato que o papel da mulher não se resume à função de mãe, e as informantes colocam essa questão, mas a ele atribuem maior importância, estando o restante em segundo plano, ou até mesmo necessário apenas como suporte, diante das diferentes responsabilidades que assumem enquanto mães.

A importância atribuída à gravidez e à maternidade não decorre exclusivamente do instinto, constitui um conjunto de fatores biológicos e sociais, com significados e valores que vão se moldando ao longo do tempo, ou seja, constituem eventos culturais que são submetidos a uma construção simbólica. O papel desenvolvido pela mulher em dada sociedade tem por base os valores e regras que circunscrevem as relações e constroem o imaginário social.

O momento em que essas mulheres vivem é peculiar, pois estão grávidas ou possuem crianças pequenas, o que as aproxima da vivência da maternidade, mas ser mãe não se restringe a gerar filhos; em articulação com essa função, existe um conjunto de responsabilidades, vividas com dificuldades específicas.

"(...) Ser mulher ... é ser mãe, saber cuidar..., educar...dar carinho,..." (Márcia, 21 anos, II)

Diante da importância atribuída à função de mãe, concluímos que, apesar da responsabilidade e do acúmulo de atividades, as mulheres estudadas incluem a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeitos, o que pode levantar questões importantes quando se fala em AIDS e, conseqüentemente, em prevenção.

Representações Sociais e enfrentamento de contradições

O fato de ter HIV e estar em gestação, vem se chocar com idéias presentes no imaginário social, com suporte no saber médico, de que gravidez é saúde, a geração de outro ser, a reprodução da espécie. Se limitássemos nossa análise ao papel da mulher e à sua função de mãe essas afirmações seriam válidas. Como observamos anteriormente, há um valor atribuído à gravidez e ao fato de ter um filho, consolidando o papel de mãe. Entretanto, ao considerarmos a condição de mulheres HIV positivas, percebemos que ocorre uma re-elaboração dessas representações, com base nesse outro condicionante, colocado por uma doença sem cura, que essas mães poderão transmitir para seus filhos. O brilho da mágica de ser mãe fica opaco, dá lugar à força, ao cuidado, à coragem, a medos e perdas de funções. Algumas delas enfrentam corajosamente essa situação:

“... [eu me sinto] ... mais forte, mais corajosa, ... porque ... tem que ser mais forte, porque tem ela para cuidar, tem ela pra criar, ver crescer, ...” (Márcia, 21 anos, II)

As informantes se colocam na posição de mãe, uma mãe que necessita de alguma coisa a mais para dar conta de uma situação nova, para elas e para a sociedade; a condição de soropositivas traz consigo a possibilidade de adoecerem, uma condição ainda não aparente; traz também restrições em sua função de mãe, destacando-se uma restrição que entra em confronto com as orientações médicas em torno da importância do aleitamento materno, que traduz o cuidado que a mãe tem com a saúde de seu filho presente no imaginário social. A mãe soropositiva é tolhida desse ato, justamente para auxiliar na garantia de saúde de seu filho.

“[foi um] momento ruim ... o da notícia, quando eu soube que eu não podia amamentar. Eu sempre quis ter filho, sempre me imaginei amamentando, sempre critiquei as mães que não amamentavam as crianças. Eu sempre falei que no dia que eu tivesse um filho, o meu filho ia mamar até quando ele quisesse, e justamente isso eu não pude fazer: amamentar o meu filho.” (Laura, 27 anos, II)

A gravidez, o parto e o aleitamento, fazem parte do ritual que circunscreve a realidade ideal de ser mãe. Diante da realidade da condição de soropositivas, que se traduz em cuidados específicos durante a gravidez e o parto e a exclusão do aleitamento, essa restrição tem implicações de ordem física e moral, associada a todo o simbolismo construído

pelas mulheres em torno do seu leite, de sua importância e da condição de ser boa mãe, como expõe KNAUTH (1995: 387):

“A impossibilidade de amamentar aparece assim como uma primeira imposição da condição de portadora do vírus da AIDS e, neste sentido, é como um “sintoma” da doença. Esta restrição sobre a amamentação adquire uma relevância maior, na medida em que acarreta uma série de implicações de ordem tanto físicas quanto morais. Por um lado, ela contraria a importância atribuída, pelas mulheres, ao leite materno. É a qualidade deste leite e sua capacidade de proporcionar que as crianças cresçam fortes e saudáveis que é destacada. Por outro lado, a amamentação é tida como uma condição indispensável para a boa mãe.”

A restrição ao aleitamento é ressaltada pelas informantes, sendo um aspecto importante diante de sua condição de mãe soropositiva, que pode ser analisado enquanto restrição à sua função de mãe. Mas as questões que trazem essa realidade não se restringem a esse aspecto; surge o medo da transmissão para o filho, que se traduz no sentimento de culpa, como um outro aspecto importante a ser observado:

“(...) ainda mais quando se está grávida, pensa que vai passar pro nosso filho, nosso filho vai sofrer, ah é muito ruim.... é desesperador.” (Laura, 27 anos, II)

A gravidez das mães HIV positivas, traz para a cena a questão da transmissão, uma transmissão especial, de mãe para filho. Aquela que tem como função social zelar pelo filho em sua educação e saúde, diante de sua soropositividade pode legar ao filho a condição de doença sem cura; tem-se então o sentimento de culpa.

A culpa aqui inclui os papéis de vítima e culpado definidos, o filho - vítima da contaminação da mãe. Uma relação de vítima e culpado que se diferencia da que expusemos anteriormente, pautada nas práticas dos indivíduos em suas relações. As mulheres, antes vítimas, agora estão se vendo como culpadas, com uma possível sentença: a da contaminação de seus filhos, num julgamento em que a espera da sentença dura dois anos e que elas, enquanto “advogadas de defesa”, buscam de todas as formas, reverter essa situação. A decisão de ter filhos traz consigo outras preocupações e medos:

“Mãe com HIV (...) É como eu já falei, é triste né, porque posso ter vida daqui a 10 a 15 anos e ver o meu filho crescer e brincar, mas posso não ter. Só fico pensando nisso: será que Deus vai me dar

esse castigo de pelo menos ele crescer e nem me conhecer, nem saber que eu sou mãe, entendeu?” (Renata 29 anos, I)

Aparece novamente a percepção da finitude, a morte anunciada e não datada, agora em contradição com a função social de mãe de cuidar e formar seus filhos. As informantes demonstram grande angústia, diante da presença de sua morte: o quanto conseguirão dar conta da criação do filho? Surge nesse momento não a restrição de uma função, mas a possibilidade de ausência de um ator, a mãe. Com isso, vem o medo, não o medo da presença da morte, mas um medo já re-elaborado diante da condição de mãe, ou seja, o medo de não saber como, na sua ausência, ficarão os filhos.

A perspectiva da morte, em conjunto com a realidade de criar o filho, faz com que as informantes pensem em criar estratégias que visam estruturar a vida dos filhos, em estabilidade financeira e redução da possibilidade de contaminação pelo HIV.

“(...)a minha única preocupação é o neném, só consigo mesmo me preocupar com ele, o que é que eu posso deixar pra ele, tenho que comprar alguma coisa, tenho que fazer alguma coisa pra deixar pra ele.” (Patrícia, 28 anos, I)

Nesse momento, os discursos das entrevistadas demonstram, enquanto estratégia em relação à vida dos filhos, a indicação da necessidade de se constituir uma estrutura financeira que garanta o seu futuro, em especial na sua ausência, sendo importante ressaltar que não foi levantada a possibilidade de pensão, mas sim uma estrutura de bens, que se define no testamento.

Ao analisarmos essa questão, pudemos verificar não a descrição de bens, mas a necessidade de se constituir bens para que se possa dar maior estabilidade ao filho, ou seja, ao invés da simples espera da morte, deve se fazer um movimento contrário, a luta, a busca, o trabalho, enfim o viver.

As estratégias ligadas à preocupação com o futuro do filho não se restringem ao testamento. Como existe a possibilidade de não-contaminação da criança pelo vírus, possibilidade que aumenta com o tratamento feito corretamente, é principalmente isso que mobiliza o grupo estudado:

“(...) quanto à consulta dela, pra mim é sagrado, eu venho mesmo e pronto...A minha eu já relaxei um pouco, eu relaxei já deixei de ir

à minha consulta. Já até parei de tomar remédio, mas voltei.”
(Mara, 33 anos, II)

Como estratégia de redução da possibilidade de contaminação, observamos o tratamento feito durante a gestação, na hora do parto e após o parto, com o acompanhamento da criança por dois anos, e o quão foi importante para essas mães. Essa estratégia faz do hospital o espaço de angústias e esperanças, tendo como esperança final o resultado negativo do filho.

A possibilidade da não-transmissão associada à absolvição de suas acusações, à culpa em transmitir o vírus HIV ao filho, faz com que essa mulher/mãe assuma grande responsabilidade com o tratamento de seu filho. Isso pode ter como suporte a idéia presente no imaginário social da função de mãe, enquanto protagonista na tarefa de cuidar do filho e da casa. Esse mesmo compromisso, porém, não é assumido quanto ao seu próprio tratamento:

“(...) aí toda as vezes que eu venho ao médico é a mesma coisa, eu corro atrás, pro meu filho eu corro atrás, vou a luta, pra eles tanto o D. como o D. Pra mim é que eu tenho um pouquinho deixado pra trás, mas eu vou voltar, porque pra mim poder cuidar deles eu tenho que cuidar de mim também, porque se eu cuidar deles e não me cuidar, quem é que vai cuidar dos meus filhos depois?(...)” (Camila, 26 anos, II)

As mães que se mostram tão comprometidas com o tratamento dos filhos, são descompromissadas com o seu tratamento, surgindo então algumas questões: como pensam em viver mais? Como vão ter condições e tempo para estruturar o testamento? O que movimenta tanto comprometimento em um tratamento e descompromisso com outro?

Pudemos observar que a possibilidade de “cura”, associada à função de mãe, enquanto guardiã da saúde do filho, aparece como fator determinante para o compromisso com o tratamento do filho. Parece ser, também, a busca do não-julgamento moral que traz como pena uma doença no filho, ainda sem cura:

“Ah eu pretendo acabar o tratamento do meu filho que ele não precise mais, só pediatra comum mesmo, que ele seja soronegativo. Pretendo, se Deus quiser me dar vida, me dar força, o ano que vem voltar ao meu tratamento, fazer direitinho e continuar vida normal...” (Camila, 26 anos, II)

As informantes demonstram grande determinação e compromisso com o tratamento dos filhos. O prêmio para tanta dedicação, determinação e responsabilidade com o tratamento, vem com o resultado negativo do filho, que parece acabar com o motivo da auto-acusação e dá um novo estímulo à vida dessas informantes:

“(...)a vida toda eu desejei esse filho, entendeu? E, mudou tudo em mim quando eu soube do vírus; então estou começando uma nova vida, pois o exame dele deu negativo, então já é outra etapa da minha vida.” (Andréa, 39 anos, II)

Podemos afirmar que parece existir uma suspensão na vida dessas mulheres, que direcionam sua atenção para o cuidar do filho, na perspectiva do resultado negativo, como se estivessem jogando um tudo ou nada. Os filhos assumem o papel principal nas suas vidas, por vezes o único, sendo o alicerce e justificativa para continuarem a viver e a lutar.

“Não consigo falar (choro) ... É muito difícil ... minha felicidade é minha filha estar aqui com saúde, já engatinhou; acho que foi por ela que consegui passar por isso tudo Se não fosse por ela, acho que não conseguia não.....” (Laura, 27 anos, II)

O resultado negativo do filho, não só retira a acusação de transmissão de uma doença sem cura assumida pelas mães, como traz um outro processo de re-elaboração de seus conhecimentos e valores, que converge num redimensionamento de suas práticas. Começa-se a falar em vida:

“(...) eu tava muito tensa com o problema do meu filho, eu transferi tudo pra ele entendeu, tudo eu queria pra ele, eu não importava, agora eu sei que não é por aí, eu sei que ele tá bem e que eu tenho que viver pra poder criar ele.” (Tânia, 43 anos, II)

A condição de absolvidas no julgamento, com a não-contaminação do filho, faz desaparecer, não apenas o medo da morte biológica que possui cara, mas também o medo da morte social; faz sumir o medo desse filho na relação com o “outro”, um outro constituído por pessoas e instituições, um outro que representa as idéias e concepções dominantes no imaginário social. Tem-se algumas preocupações a menos: a escola, a creche, o amigo, o explicar tantas idas ao médico, os remédios, enfim uma vida “normal”, e a possibilidade de uma morte “normal”.

As informantes passam a visualizar uma perspectiva de vida, não como a exposta anteriormente, com a negação da doença: passam a enfrentar a realidade de serem soropositivas de forma menos pesada, justificando e legitimando no filho a vontade e o dever de viver.

Considerações finais

Entendemos as representações sociais enquanto expressão do consciente em sua relação com o inconsciente, do individual em sua relação com o coletivo, da história em sua relação com as práticas.

Quando nos reportamos à realidade da AIDS, percebemos que estamos falando de uma nova realidade de ação e reação, ou seja, a cada descoberta científica, em torno de uma doença ainda sem cura, observa-se uma reação da sociedade e dos indivíduos que a compõem, diante do problema que se coloca.

A preocupação central do nosso estudo está justamente nas mulheres soropositivas que estão vivendo o processo da maternidade.

No decorrer da análise do discurso do grupo estudado, pudemos observar a presença da categoria-tema “medo da morte” como uma das categorias centrais. Esta permeia todo o nosso estudo, parecendo ser o núcleo estruturante das elaborações e re-elaborações, que vão construir as representações sociais em torno da AIDS e as práticas assumidas.

O medo da morte associado às informações trazidas pelos conhecimentos científicos, se reflete num processo de elaboração e re-elaboração das representações que estruturam as práticas.

Podemos afirmar que nosso estudo nos proporcionou uma interessante investigação, onde pudemos observar uma alteração de papéis: o grupo de mulheres estudadas é forçado a passar de um papel de espectadoras a protagonistas de um drama, ao entrarem em contato com uma doença como a AIDS, que mexe com conceitos, valores, sentimentos e condutas, ou seja, propicia um processo de elaboração e reelaboração de representações e práticas. As informantes, após receberem a notícia de estavam contaminadas, passam a travar uma batalha com os seus valores e representações em torno da AIDS, na busca constante da legitimação moral de sua permanência em vida, em especial, na vida em sociedade, numa vida de relações.

O resultado do estudo tem caráter exploratório e nos permite levantar hipóteses na medida em que algumas categorias-tema se mostram como possíveis núcleos estruturantes das representações sociais que essas mulheres constroem sobre a AIDS.

A forma como foi desenvolvido o estudo não permite nenhuma afirmação definitiva sobre esse aspecto; seria necessário e importante desenvolver outros estudos com outras metodologias, que pudessem indicar, de forma mais consistente, o grau de centralidade que o “medo da morte” e a “função social de mãe” ocupam na estruturação das representações do grupo estudado.

Bibliografia

- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- CARVALHO, Maria do Rosário. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? In: JODELET, Denise & MADEIRA, Margot (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998. p. 89-94.
- JODELET, Denise. Representações do Contágio e a AIDS, In: JODELET, Denise & MADEIRA, Margot (Orgs.) *AIDS e Representações Sociais à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998. p. 17-46.
- JODELET, D. Representation sociale: phénomènes, concept et théorie In: MOSCOVICI S. (Org.), *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1984.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____ (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.
- KNAUTH, Daniela R. Morte Masculina: homens portadores do vírus a AIDS sob a perspectiva feminina, In: LEAL, Ondina F., DUARTE, Luiz Fernando Dias (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 183-198.
- KNAUTH, Daniela R. Um Problema de Família: A percepção da AIDS entre mulheres soropositivas. In: LEAL, Ondina F. (Org.) *Corpo e Significado - Ensaios de Antropologia Social*. Rio Grande do Sul: Ed. UFRGS, 1995. p. 379-389.
- KNAUTH, Daniela R., VÍCTORIA Ceres G., LEAL Ondina F. A Banalização da AIDS. In: LEAL, Ondina F. (Org) *Horizontes Antropológicos: Corpo, Doença e Saúde*. Porto Alegre: ano 4, nº 9, outubro de 1998. p. 171-202.
- MADEIRA, Margot C., A confiança afrontada: representações sociais da AIDS para jovens, In: JODELET, Denise & MADEIRA, Margot (Orgs) *AIDS e Representações Sociais à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998. p. 47-72.
- MARTIN, D. BARBOSA, M. VILLELA, Wilza, Mulheres e a prevenção da AIDS. In: PAIVA, Vera. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992. p. 166-176.
- MARTIN, Denise. Mulheres e AIDS: Uma Abordagem Antropológica. In: *Revista USP - Dossiê AIDS*. São Paulo: 1997. nº 33 p. 88-101.
- MAUTNER, Anna Verônica, Vida e morte. In: PAIVA, Vera. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992. p. 19-22.
- MOSCOVICI, Serge. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- SCHUCH, Patrice. AIDS e sexualidade entre Universitários Solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: LEAL, Ondina F., DUARTE, Luiz Fernando Dias (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 199-209.
- SEFFNER, Fernando. Aids, Estigma e Corpo. In: LEAL, Ondina F. (Org.) *Corpo e Significado - Ensaios de Antropologia Social*. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995. pp 391-415.