

Representações Sociais da SIDA Entre os Médicos

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (*)
PEDRO ANTÃO (**)
VANDA COSTA (**)
VILMA FLORES (**)
ISABEL MARQUES (**)

1. INTRODUÇÃO

A SIDA trouxe de novo a morte para a cena social, mas trouxe muito mais do que isso. Nomeadamente, *confrontou a Medicina e os médicos* com a sua impotência perante uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, no final do século XX, deitando por terra algumas crenças optimistas nos seus sucessos e desenvolvimento. Com a SIDA, *a morte visível e não programada reintroduziu-se na nossa sociedade e nos nossos hospitais enquanto uma ciência médica triunfante* — cada vez mais tecnológica e desumanizada — *tendia a ocultá-la, negá-la e recalá-la* (Schneider, 1991). De facto, os avanços verificados no âmbito das novas tecnologias médicas de diagnóstico e de tratamento passam a coexistir com as consequências de uma nova doença que, envolvendo directamente o sistema imunitário, tem mortalidade elevada e para a qual não há tratamento curativo eficaz.

A SIDA revelou-se um *excelente analisador do sistema de saúde*. Questionou a organização

dos serviços e a qualidade dos cuidados de saúde. Questionou os próprios médicos (e outros técnicos de saúde), enquanto pessoas e profissionais. Pôs em causa certas dimensões omnipotentes e de controlo de todo um sistema e de uma profissão. Destruiu crenças (aparentemente inabaláveis...) nos triunfos incessantes da Medicina.

A SIDA confrontou com novos dilemas éticos. Enfim, trouxe a Medicina e os médicos para o *humano*, chamando dramaticamente a atenção para a *necessidade de uma autêntica Medicina Antropológica, integrada com serviços de Psicologia e dispositivos de Apoio Social e Comunitário*. Revelou a insuficiência e ineficácia de modelos de prevenção e de educação para a saúde praticamente só fundamentados na transmissão de informação, questionando ao mesmo tempo quer a formação médica quer as práticas profissionais.

Cada médico ficou pessoalmente envolvido, mesmo quando a maior parte dos médicos jamais se tenha encontrado diante dum doente de SIDA ou de uma pessoa portadora do vírus. De facto, atender pessoas que solicitem cuidados de saúde relacionados com o VIH e a SIDA, ou simplesmente imaginar que no futuro isso lhes

(*) Psiquiatra. Assistente, ISPA.

(**) Finalistas do Curso do ISPA (Área de Clínica).

possa ser pedido, questiona directamente as crenças, valores e representações que os médicos tenham em relação à sexualidade e à SIDA. Pode despertar sentimentos ambivalentes e contraditórios, uma vez que, *por um lado pode existir o desejo de cuidar e ajudar* (enraizado na consciência profissional) e, *por outro, atitudes pessoais críticas e hostis, e medo do contacto* (Schaffner, 1990). Formados e treinados para ignorarem a morte e neutralizarem os seus próprios sentimentos, os médicos descobrem repentinamente que os pacientes podem despertar-lhes emoções intensas e dificilmente controláveis, bem como medos específicos. E, ao mesmo tempo, a tomada de consciência do seu próprio risco ou, pelo contrário, a negação do mesmo. Mais particularmente, se o próprio médico se percepcionar em risco, é compreensível que possa ficar muito ansioso com a proximidade de doentes de SIDA, seropositivos assintomáticos, ou pessoas simplesmente preocupadas («worried well») com a possibilidade de poderem estar infectadas pelo VIH, independentemente do seu risco real.

Finalmente, acresce o *stress* ocupacional que pode afectar médicos de certas especialidades em contacto directo com doentes de SIDA hospitalizados. Além disto, é provavelmente importante o facto da SIDA ter obrigado ao atendimento de pessoas e grupos sociais que antes não frequentavam muito os serviços de saúde, quer nos cuidados primários quer em certas áreas dos cuidados diferenciados. Veja-se, por exemplo, o caso das pessoas dependentes de drogas intravenosas.

2. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SIDA ENTRE OS MÉDICOS

Como se sabe, a construção social da doença dependeu fortemente do discurso que a Medicina fez sobre ela, largamente enraizado na metáfora militar (de resto já existente anteriormente em relação às afecções com envolvimento imunitário, quer fossem as infecto-contagiosas quer as alérgicas e as cancerosas), na qual a palavra-chave é «*invasão*», que suscita desde logo uma ideia de «*luta*» e de «*combate*» a travar. Luta que é contra o VIH mas que pode facilmente

transformar-se em luta contra as próprias pessoas afectadas, os *contaminados*. Tratando-se de uma doença infecciosa, a SIDA remeteu facilmente para a ideia de «*contaminação*» que, como se sabe, é permanente e progressiva, conduzindo à imunodeficiência.

Considerando as vias de transmissão do VIH é fácil verificar da existência de dois grupos de contaminados: os que o foram por via não-sexual (hemofílicos, transfusionados, crianças filhas de mães seropositivas), identificados facilmente como «*vítimas inocentes*» (leia-se: população geral); os que o foram por via sexual e/ou por uso não seguro de drogas intravenosas, identificados facilmente como «*culpados de transgressão*». Ou seja, a *construção social da doença remete facilmente para duas ideias-chave que, embora não correspondendo à realidade, parecem ter determinado tipo de representações sociais* (que, por seu turno, podem contribuir para o estigma social): a de que os infectados pelo VIH o foram por terem transgredido normas sociais; a de que a população geral teria de proteger-se contra os contaminados, portadores da ameaça dum qualquer apocalipse. Inicialmente, aquando do aparecimento da epidemia, estas ideias foram reforçadas pela então conceptualização de «*grupos de risco*» e, mais recentemente, pela metáfora do «*iceberg*», usada frequentemente por especialistas em epidemiologia para referir que os casos notificados aos centros de vigilância epidemiológica seriam apenas a parte do icebergue que está fora de água... Em suma: tenha-se em conta que a construção social da SIDA teve origem, em grande parte, no discurso que a Medicina produziu sobre ela, discurso que é previsível que seja partilhado facilmente pelos seus próprios protagonistas, os Médicos.

Não só a SIDA colocou a Medicina em questão, como também colocou em questão os próprios médicos (e outros técnicos de saúde), como profissionais e como pessoas. Assim, é plausível pensar-se que possa haver, em certas circunstâncias, prejuízo da neutralidade em que assenta o acto clínico, eventuais disrupções relacionais e desenvolvimento de contra-actitudes de evitamento/distanciamento afectivo, culpabilização e/ou rejeição. Estas eventuais repercussões sobre a prática clínica tornam-se ainda mais importantes quando, nesta matéria, o consenti-

mento informado e a confidencialidade não poderão deixar de ser constantemente assegurados.

Portanto, torna-se pertinente e significativo *investigar que representações sociais da SIDA têm os médicos*, uma vez que é possível que elas possam influenciar, por vezes, a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados, designadamente no que se refere à natureza das atitudes que se desenvolvem em relação aos infectados, doentes e suas famílias. Porque os técnicos de saúde em geral e os médicos em particular não ficam diferentes. Também eles sentem que podem infectar-se pelo VIH. Não pelo seu desempenho profissional. Não pelo contacto com a pessoa que consulta ou é hospitalizada. Mas sim em função da sua percepção de risco pessoal. No entanto, em certas especialidades médicas (de que são exemplo a cirurgia e a estomatologia) é possível que possam surgir medos específicos de contágio no âmbito do exercício profissional. Assim, *é plausível que as representações sociais da SIDA se possam sobrepôr aos conhecimentos científicos que os médicos possuem*, nomeadamente no que diz respeito (1) à dimensão biológica que se preocupa com o risco de contágio de si próprio ou de familiares e (2) à dimensão moral que se preocupa com os valores da liberdade/controlo sexual. Representações sociais essas que enraizam em valores institucionais e sociais que são prévios à formação científica e que, no limite, poderão influenciar negativamente o desempenho pessoal do papel profissional e os processos de tomada de decisão nesse âmbito.

Tenha-se em conta que os processos envolvidos nas representações sociais da SIDA são múltiplos, complexos e situam-se a diferentes níveis (Abrams, 1991):

1. Há *relações intergrupais* caracterizadas por preconceitos, estereótipos e conflitos que podem influenciar o modo como os médicos se pensam a si próprios e aos outros em relação à SIDA. As atitudes profissionais podem ser influenciadas pelo facto dos pacientes relacionados com o VIH não se enquadrarem facilmente no estereótipo de «doente normalizado», uma vez que a doença aparece profundamente ligada ao prazer, da sexualidade ou do uso de drogas.

2. Há *dinâmicas interpessoais*, estruturadas

pelo contexto social, no seio das quais as pessoas tentam persuadir, influenciar ou negociar com os outros com quem lidam. Aqui, seria interessante considerar que estratégias de influência social são utilizadas pelos médicos para, por exemplo, obterem dos seus pacientes as mudanças de comportamentos necessárias à prevenção da SIDA.

3. Há *processos cognitivos* que podem valorizar ou, pelo contrário, desvalorizar a informação acerca dos comportamentos de si próprio e dos outros.

Segundo Abrams (1991), a todos estes níveis podem existir processos que vão configurar a forma e os conteúdos da compreensão que cada um tem do fenómeno da SIDA. Processos que podem envolver as representações sociais.

Embora a outro nível de análise, seria interessante considerar certas componentes onnipotentes da Medicina que remetem para dimensões poderosas de reparação (Schneider, 1991) e, também, para uma percepção de invulnerabilidade pessoal partilhada por médicos envolvidos em estilos de vida não-saudáveis.

3. DELIMITAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

Os indivíduos e os grupos produzem sobre si próprios, sobre os outros e sobre o que os rodeia interpretações que lhes permitem adequar os comportamentos em diferentes situações. Nelas articulam informação, atitudes e crenças: são as *representações sociais*. São constituídas no curso da interacção entre indivíduos. Emergem de processos cognitivos mas associados à produção grupal de formas de pensamento e determinadas todas elas pelas posições grupais (Di Giacomo, 1980; Vala, 1986; Sousa, 1991). Desempenham uma função cognitiva mas também, e acima de tudo, funções sociais (Moscovici, 1961, 1972, 1982).

Contudo, quando se pretende estudar as representações sociais por intermédio das produções discursivas que os indivíduos fazem sobre o objecto é necessário ter em conta que elas podem ter como base o mesmo substracto representacional ou, pelo contrário, podem corresponder a posição diferentes sobre ele (Sousa,

1991). Assim, neste estudo preferiremos falar em *conteúdos representacionais da SIDA entre os médicos*, que só poderiam ser consideradas como representações sociais se estas forem conceptualizadas como partilha de conteúdos semânticos pelos membros de um grupo.

Alguns estudos (Paez, Echebarria, Valencia, Romo, San Juan & Vergara, 1991; Echebarria & Rovira, 1989) evidenciaram que a estrutura das crenças sobre SIDA enraiza em duas diferentes posições sociais: (1) a que associa a SIDA a uma crise social e moral, ligando-a à marginalidade e à transgressão, enfatizando a importância do isolamento para a prevenção, posição mais «conservadora» e mais predominante em grupos *sem* contacto com o objecto; (2) a que, mais conforme com a realidade, rejeita a discriminação e o controlo social como métodos de prevenção, posição mais «liberal» e mais predominante em grupos *com* contacto com o objecto. *Será que é possível encontrar estas diferentes posições entre os médicos?*

Assim, considerando o impacte que a SIDA pode ter entre os médicos (cuja posição é estratégica pela influência particular que podem ter na vida dos seus pacientes, na transmissão de informação/conhecimento e nas próprias representações sociais da SIDA), bem como a influência que as suas representações podem ter nas suas próprias atitudes e comportamentos face à SIDA, considerou-se pertinente investigar os seus conteúdos representacionais da SIDA: *Quais os conteúdos representacionais da SIDA entre os médicos?* Para tentar dar resposta a esta pergunta de investigação está a ser desenvolvido um *estudo exploratório* que incide sobre uma amostra de 220 médicos (100 do sexo masculino e 120 do feminino), distribuída por quatro especialidades: 105 *Clínicos Gerais/Médicos de Família*, 60 *Dentistas*, 30 *Psiquiatras* e 25 *Médicos de Consulta de Infecçologia*.

BIBLIOGRAFIA

Abrams, D. (1991). Exploring Social Dimensions of

AIDS (Editorial). *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1: 71-75.

Di Giacomo, J. (1987). Teoría y métodos de análisis de las Representaciones Sociales. In *Pensamiento, Individuo y Sociedad: Cognición y Representación Social*, Madrid: Editorial Fundamento.

Echebarria, A. & Rovira, D. (1989). Social representation and memory: the case of AIDS. *European Journal of Social Psychology*, 6(19): 543-551.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF.

Moscovici, S. (1984). *Social Representations*. Paris/London: Maison des Sciences de l'Homme/Cambridge Press.

Paez, D., Echebarria, A., Valencia, J., Romo, I., San Juan, C. & Vergara, A. (1991). AIDS Social Representations; Contents and Processes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1: 89-104.

Schaffner, B. (1990). Reactions of Medical Personnel and Intimates to Persons with AIDS. In *Behavioral Aspects of AIDS* (David Ostrow, Ed.), pp: 341-350, New York: Plenum.

Schneider, P.B. (1991). *Regards discrets et indiscrets sur le médecin*. Paris: Masson.

Sousa, E. (1991). Dos Conteúdos Representacionais às Representações Sociais. *Análise Psicológica*, 1(IX): 25-32.

Vala, J. (1986). Sobre as Representações Sociais: Para uma Análise da Epistemologia do Senso Comum. *Cadernos de Ciências Sociais*, 4: 5-29.

RESUMO

Nesta nota de investigação os autores dão conta da pertinência e significado de um trabalho de investigação sobre representações sociais da SIDA entre os Médicos, um estudo exploratório em curso no âmbito do Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde, envolvendo Clínicos Gerais/Médicos de Família, Psiquiatras, Infecçionistas e Dentistas.

ABSTRACT

In this paper the authors review the pertinency and signification of a study about the Physician's AIDS Social Representations (General Practitioners, Psychiatrists, Infecçionists and Dentists).