

# A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS JUNTO À COMUNIDADE SUBSÍDIOS PARA O ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE HIV

MARCO A. C. FIGUEIREDO<sup>1</sup>, MIRLENE MARCOS<sup>2</sup>

**E**nquanto a clínica médica da AIDS tem sido favorecida por várias descobertas, como o advento de drogas (AZT), o tratamento conjugado utilizando coquetéis de medicamentos e outros avanços tecnológicos<sup>2,3</sup>, o atendimento psicossocial do paciente ainda enfrenta muitas dificuldades<sup>15</sup>, devido ao despreparo dos profissionais de saúde no tratamento adequado das questões afetivas envolvidas<sup>4,7</sup>.

## INTRODUÇÃO

Embora estejam disponíveis vários trabalhos voltados para o atendimento psicossocial de portadores assintomáticos, pacientes com AIDS, familiares de pessoas contaminadas<sup>20,25</sup> e equipes de saúde<sup>9</sup>, os programas têm esbarrado em problemas relacionados ao estigma que o paciente sofre<sup>16</sup> e sua instabilidade emocional e de sua família<sup>18</sup>, potencializados pelo desenvolvimento flutuante da doença e pela curta expectativa de vida<sup>11</sup>.

Por seu turno, a sociedade organizada tem tido um papel imprescindível em diversos setores, como luta contra a discriminação, tratamento, prevenção ou suporte material e psicológico ao paciente<sup>14,17,23</sup>. Muitos trabalhos juntamente à comunidade têm possibilitado a organização de grupos de prostitutas e homossexuais<sup>22</sup> e, conseqüentemente, a diminuição do contágio sexual de risco; outros programas de suporte material/psicológico têm possibilitado uma relativa melhora da qualidade de vida de pessoas que vivem com AIDS<sup>5</sup>.

Considerando estes dois polos da prática, algumas contradições determinam o enfrentamento da AIDS – por um lado, está a equipe profissional, técnica e teoricamente preparada, mas que, na prática, não consegue atingir as

questões psicossociais da doença, enquanto, por outro, os esforços da comunidade que, apesar de serem respostas legítimas aos fenômenos sociais, no caso da AIDS, nem sempre atuam da forma mais adequada<sup>10</sup>.

Vários trabalhos têm tentado resolver essa contradição e os seus resultados apontam para a importância da integração ciência-comunidade no trato das questões psicossociais da AIDS. Entre eles, podemos citar o projeto Lampadinha, desenvolvido no Presídio Central de Porto Alegre (RS) e no Complexo Penitenciário de Charqueadas (RS)<sup>6,13,19</sup>.

O objetivo deste trabalho foi verificar crenças e valores da comunidade relacionados à AIDS, para estabelecer critérios que possibilitem a identificação de elementos-chave na sociedade civil para formar grupos de apoio ao paciente nos programas de orientação, prevenção e informação.

O referencial teórico usado foi o modelo afetivo-cognitivo proposto por Fishbein & Ajzen<sup>12</sup>, que concebe as atitudes como complexos formados por crenças e valores associados a um objeto ou fenômeno social<sup>1</sup>.

A concepção de Fishbein & Ajzen<sup>1</sup> sobre atitudes está fundamentada na distinção entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos. Como o componente cognitivo, a crença é a pedra fundamental da estrutura conceitual desses autores, pois eles vêem o homem como um organismo essencialmente racional, que utiliza as informações disponíveis para fazer julgamentos e tomar decisões<sup>24</sup>. De acordo com este postulado, Fishbein & Ajzen reinterpretaram os modelos clássicos de atitude e os colocaram sob um referencial probabilístico-afetivo<sup>8</sup>, conforme a seguinte equação:

$$Af = \sum_{i=1}^n b_i \times e_i$$

Onde: Af é a atitude geral frente ao fenômeno;  $b_i$ , as crenças sobre determinado aspecto do fenômeno;  $e_i$ , os valores associados a estas crenças; n, número de crenças relativas ao fenômeno.

1 – Professor-associado do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

2 – Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP.

*O objetivo deste trabalho foi verificar crenças e valores da comunidade relacionados à AIDS.*

Dessa forma, Fishbein & Ajzen chegaram à perspectiva de mensuração de atitudes baseada no valor probabilístico com que as crenças e os afetos se sustentam, enquanto determinantes da tomada de decisão. Neste trabalho, foi possível avaliar fenômenos afetos a estigmas sociais, baseado em representações e normas muito bem estabelecidas, com a perspectiva de, em futuros trabalhos, analisar detalhadamente os processos cognitivos e valorativos que determinam predisposições frente a vários conteúdos relacionados à AIDS.

A determinação desses conteúdos é de grande valor para identificar critérios para a captação e a formação de recursos humanos, na comunidade, para fazer frente às questões psicossociais da doença. Portanto, o presente trabalho constitui um instrumental que poderá favorecer o engajamento das pessoas que atuam junto à população em projetos que envolvem a participação integrada ciência-comunidade.

## MÉTODOS

Este trabalho foi realizado em duas etapas compreendendo, inicialmente, o levantamento das crenças modais, para, posteriormente, verificar a força de manifestação destas representações na comunidade.

## LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SALIENTES E CONTEÚDOS RELACIONADOS À AIDS

### SUJEITOS

Foram entrevistadas 15 pessoas de ambos os sexos e níveis ocupacionais diferentes, pertencentes à organizações não governamentais (ONGs) envolvidas no controle e prevenção da AIDS.

### PROCEDIMENTO

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, de acordo com os procedimentos já utilizados anteriormente no levantamento de conteúdos de crenças relacionadas à AIDS, com profissionais de saúde, envolvendo três níveis de informação: 1) evocação – consiste em ativar no sujeito as suas representações, pensamentos e crenças sobre o fenômeno estudado; 2) enunciação – envolve a expressão, por escrito, por parte do entrevistado, de pensamentos, crenças e representações evocados na primeira fase; 3) verificação – baseada numa breve discussão sobre os conteúdos enunciados, para complementação das informações coletadas e resolução de possíveis dúvidas ou ambigüidades da enunciação.

Os conteúdos enunciados durante a entrevista foram transformados em locuções, respeitando a integridade semântica e sintática dos relatos.

### ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS LOCUÇÕES

Inicialmente, de acordo com o julgamento de dois juízes universitários, graduados em psicologia, as locu-

ções foram analisadas para eliminar conteúdos comuns. Para verificar a concordância dos julgamentos, foram calculados os índices kappa ( $k$ ) para o conjunto de itens de cada categoria estudada.

Posteriormente, os itens resultantes desta primeira síntese foram avaliados por dez estudantes de psicologia e classificados de acordo com as seguintes subcategorias (Quadro I):

## Quadro I

### Conteúdos estudados que compuseram o elenco de itens

Categorias	Subcategorias
I. Doença	A - Contágio B - Sintomas $B_1$ - Efeito psicológico C - Prognóstico D - Origem $D_1$ - Razão necessária $D_2$ - Informação E - Diagnóstico F - Prevenção
II. Paciente	G - Perfil do paciente H - Convivência do paciente I - Reação à doença
III. Tratamento	J - Tratamento K - Precauções L - Interação com o paciente M - Informações

As avaliações foram realizadas de acordo com protocolos especialmente construídos. Foi calculada a proporção de inclusão ( $P_i$ ) de cada item, considerando sua distribuição entre os conteúdos das subcategorias estudadas. Tomando-se como critério a mediana das distribuições das proporções de inclusão dos itens para cada categoria, foram selecionados os conteúdos que apresentavam os maiores valores de  $P_i$ .

## ESTUDOS SOBRE A FORÇA DA CRENÇA E DAS REPRESENTAÇÕES NA COMUNIDADE

### SUJEITOS

Foram estudados 50 sujeitos de ambos os sexos e níveis ocupacionais diferentes, e que atuam em organizações não governamentais (ONGs) envolvidas na luta contra a AIDS.

### INSTRUMENTOS

Escalas de probabilidade e de avaliação<sup>21</sup> (tipo Likert, em 7 pontos, com variações entre +3 e -3) foram associadas às locuções selecionadas na primeira etapa e administradas, na forma de questionário auto-aplicável, aos 50 sujeitos.

Foram processados estudos sobre a fidedignidade das escalas, verificando-se a estabilidade de acordo com procedimentos teste-reteste, em intervalos de 15 dias

*As avaliações foram realizadas de acordo com protocolos especialmente construídos.*

entre as testagens, para a observação da diferença de média a partir do teste *t* para amostras dependentes. A homogeneidade dos itens foi verificada de acordo com os procedimentos *Split Half* pela análise de variância entre duas metades. Para ambos procedimentos foi estabelecido o critério  $P > 0,05$  para aceitação da hipótese de igualdade.

realizados estudos de diferenças de médias para cada categoria, de acordo com o teste *t* de Student, tomando-se  $p < 0,05$  como critério para rejeição da hipótese de igualdade. Estes resultados são apresentados

nas Tabelas 2, 3 e 4.

## TRATAMENTO DOS DADOS

Além dos procedimentos para verificar a fidedignidade dos instrumentos, foram realizados estudos diferenciais na amostra, em função de escolaridade, sexo e outras variáveis demográficas dos sujeitos. Foram realizados estudos descritivos dos resultados para cada subgrupo diferencial. Baseados nestes dados, futuros estudos deverão isolar algumas características essenciais e desejáveis para compor um "perfil" próximo às condições ideais para a atuação junto a pessoas portadoras do HIV e pacientes com AIDS, na comunidade.

## RESULTADOS

### LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SALIENTES E CONTEÚDOS RELACIONADOS À AIDS

Feitos os julgamentos da lista inicial pelos dois juízes universitários, os dados foram dispostos nas matrizes de cálculo para os índices *k*. Os resultados dos estudos de concordância podem ser vistos na Tabela 1.

**Tabela 1**

**Resultados do cálculo dos índices *k* e *Zk* para as categorias estudadas**

	I	II	III
<i>k</i>	+0,85*	+0,77*	+0,66*
<i>Zk</i>	18,88	17,11	14,66

Uma vez calculadas as proporções de inclusão ( $P_i$ ) sobre a distribuição das locuções entre as subcategorias pelos dez juízes universitários, o elenco de conteúdos foi definido, tomando-se como critério escores superiores às medianas de  $P_i$  para cada categoria estudada. Os Quadros II, III e IV apresentam os conteúdos selecionados para as categorias doença (Dç), paciente (Pc) e tratamento (Tr), respectivamente.

### ESTUDOS SOBRE A FORÇA DA CRENÇA E DAS REPRESENTAÇÕES NA COMUNIDADE

Uma vez associadas as escalas de probabilidade aos conteúdos levantados e submetidas aos 50 sujeitos, foram calculadas as atitudes relativas quanto às categorias e subcategorias estudadas. Considerando as variáveis sexo, escolaridade e idade dos sujeitos, foram

## Quadro II

**Locuções selecionadas para a categoria I e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,65; n = 14)**

Subcategorias	Locuções
A. Contágio	1.1. A AIDS é uma doença contagiosa. 7.3. A AIDS inside principalmente via sexo.
B. Sintomas	9.3. A AIDS denuncia as pessoas através das características físicas.
C. Efeito psicológico	3.1. A AIDS é uma doença que aterroriza toda humanidade. 5.3. A AIDS deve ser enfrentada com base no auxílio moral ao paciente. 8.2. A AIDS leva à uma reafirmação do pre conceito que a pessoa já sofre antes de ter AIDS. 8.4. A AIDS confirma e acentua os problemas familiares do paciente. 13.1. A AIDS leva à discriminação do paciente.
E. Origens	4.1. A AIDS é uma doença relativamente nova. 8.3. A AIDS é consequência do processo de auto-destruição do paciente.
F. Razão necessária	3.3. A AIDS apareceu pela imprudência do homem. 3.4. A AIDS surgiu porque o homem não soube usar a inteligência que Deus lhe deu.
I. Prevenção	11.3. A AIDS exige mudança de postura e comportamento para todos. 13.3. A AIDS pode ser prevenida através de informação.

Podemos observar que, para a categoria I, não houve diferenças significativas indicando que quanto aos conteúdos associados à doença não existe influência de variáveis ligadas a sexo, idade ou escolaridade. Entretanto para a categoria II, que concentra conteúdos relacionados ao paciente, os dados indicam diferenças significativas em função da idade, com valores mais positivos dos sujeitos com 30 anos ou menos. Finalmente, para a categoria III, que define conteúdos relacionados ao tratamento, os resultados indicaram propensões mais positivas pelas pessoas de nível não universitário.

Considerando os estudos de fidedignidade, os dados do teste-reteste são apresentados na Tabela 5.

Podemos observar que não houve diferenças significativas para as três categorias, sugerindo a estabilidade das medidas de atitudes tomadas. Finalmente, verificando a homogeneidade das escalas,

foram calculadas as variâncias entre as duas metades da amostra total para cada categoria. Estes resultados são apresentados na Tabela 6.

*Podemos observar que, para a categoria I, não houve diferenças significativas.*

confirmam o que muitos autores<sup>5,10,6</sup> consideram comum, dentro da sociedade civil, a maior sensibilidade para reconhecer o "lado humano da questão".

### Quadro III

#### Locuções selecionadas para a categoria II e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,68; n = 13)

Subcategorias	Locuções
J. Perfil do paciente	3.3. O paciente HIV demonstra um desestímulo pela vida. 4.2. O paciente HIV necessita de conforto material. 6.1. O paciente HIV é, ao mesmo tempo, sensível, carente, temeroso, revoltado, apático, enérgico e gente.
K. Convivência do paciente	2.1. O paciente HIV causa medo de contágio nas pessoas de seu convívio social. 4.5. Os pacientes HIV devem continuar com suas atividades, nem que seja com perspectivas a curto prazo. 7.2. A estigmatização do paciente HIV é aumentado pela discriminação de seus costumes e comportamentos de risco. 11.3. O paciente HIV é discriminado. 13.2. Independente da forma com que adquiriu a doença, o paciente com AIDS merece carinho e atenção.
L. Reação à doença	1.1. O paciente com AIDS perde, em primeiro lugar, o amor próprio. 3.1. O paciente HIV tem uma revolta muito grande. 4.4. Os pacientes HIV revoltam-se e contaminam as outras pessoas. 8.2. Os pacientes que estão "bem de cabeça" vivem melhor e ficam menos doentes. 14.1. O paciente HIV fica angustiado ao saber o diagnóstico.

Como podemos observar, as medidas de atitudes realizadas foram homogêneas, uma vez que não houve diferenças significativas entre as duas metades, para as escalas relativas as três categorias estudadas.

## DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos, alguns aspectos relacionados aos conteúdos isolados para a categoria I (doença) puderam ser observados:

Em primeiro lugar, prevaleceram respostas de cunho psicossocial, onde o efeito psicológico da AIDS aparece sob conteúdos de fortes conotações afetivas. Este fato é particularmente importante, se considerarmos que, em se tratando de conteúdos levantados juntamente à comunidade, são respostas que identificam preocupações que, apesar dos aspectos clínicos da doença em si, se estendem às suas conseqüências emocionais. Identificando uma maior propensão para considerar a contrapartida psicossocial da doença, estes resultados

### Quadro IV

#### Locuções selecionadas para a categoria III e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,73; n = 12)

Subcategorias	Locuções
M. Tratamento	3.1. O tratamento hospitalar dispõe de poucos leitos para os pacientes com AIDS. 3.2. O tratamento medicamentoso da AIDS nos hospitais acompanha bem o paciente. 4.1. O tratamento medicamentoso da AIDS é o mesmo em qualquer lugar do mundo. 4.2. O tratamento hospitalar da AIDS difere muito de um lugar para outro. 4.3. O tratamento da AIDS é mais fácil para quem mora em grandes centros. 5.1. A ajuda material é um fator necessário para a sobrevivência dos portadores do vírus HIV. 10.2. O tratamento da AIDS deve ser feito com a pouca medicação disponível. 14.1. O tratamento da AIDS deve contemplar três aspectos: social, emocional e medicamentoso.
O. Relacionamento com o paciente	1.1. Muitos profissionais da área médica tratam mal o paciente. 1.2. Existem muitos profissionais da área médica dedicados e que têm dado ao paciente HIV, além de uma receita, amor e atenção. 5.2. O apoio moral ao paciente com AIDS faz com que ele se sinta vivo e motivado.
P. Informações	7.1. Não existe tratamento curativo da AIDS.

### Tabela 2

#### Estudos diferenciais para a categoria I

	Sexo		Escolaridade		Idade	
	Masc	Fem	Univ.	Não univ.	Ab	Ac
Média	-0,03	-0,13	-0,07	-0,11	-0,04	-0,13
SD	0,17	0,22	0,26	0,19	0,16	0,24
t	1,70		0,49		1,43	
P	0,09		0,62		0,15	

### Tabela 3

#### Estudos diferenciais para a categoria II

	Sexo		Escolaridade		Idade	
	Masc.	Fem.	Univ.	Não univ.	Ab	Ac
Média	-0,11	-0,06	-0,07	-0,08	-0,01	-0,13
SD	0,21	0,20	0,18	0,21	0,20	0,17
t	0,80		0,20		2,27	
P	0,43		0,66		0,02*	

Um outro aspecto interessante dos conteúdos associados à doença, em si, está relacionado aos componentes de razão necessária, presentes na concepção do erro e da imprudência do gênero humano, o que atribui determinantes teleológicos para o aparecimento da doença.

Considerando os subgrupos definidos por sexo, idade e escolaridade, parece não existir influência destas variáveis nas atitudes dos sujeitos. De uma forma geral, as pessoas pertencentes às ONGs de Ribeirão Preto (SP) apresentam propensões moderadamente negativas frente à AIDS, que são determinadas principalmente por conteúdos de caráter disfórico, onde aparecem representações relacionadas ao instrumento de castigo, o que demonstra a presença de crenças em determinantes finalistas para a origem da doença. Aqui, também se manifesta a dicotomia entre o conhecimento técnico e a sensibilidade social<sup>10</sup> verificada na abordagem da AIDS entre profissionais de saúde, onde a falta de informações relevantes pode levar a formulações mágicas e de fortes conotações moralistas para explicar o fenômeno<sup>12</sup>.

*No tratamento (categoria III), há identificação de dificuldades relacionadas aos recursos disponíveis...*

Finalmente, uma terceira observação se refere à pobreza de conteúdos relacionados às informações sobre a doença, mais especificamente das formas de contágio e os sintomas; além de não terem surgido cognições relacionadas a prognóstico, informação e diagnóstico, as crenças modais apontam para características acidentais como indicadores da doença limitando-se apenas à via sexual como forma de transmissão.

Quanto aos conteúdos isolados para a categoria II (paciente), prevaleceram crenças associadas a discriminação e necessidade de suporte, que o recolocam na rotina normal dentro da sociedade; o perfil da pessoa contaminada é traçado de acordo com o desestímulo pela vida e suas necessidades de conforto material com conotações de caráter marcadamente social, voltadas para a restituição do seu convívio dentro da sociedade. Esses resultados confirmam uma tendência, que é constantemente observada na literatura, à maior preocupação dos agentes de comunidade quanto a perda da cidadania, busca de integração e identificação de necessidades afetivas no trato com o paciente<sup>6,15</sup>.

Considerando a idade dos sujeitos, os dados demonstraram propensões mais negativas frente ao paciente das pessoas mais idosas. Estes resultados são bastante interessantes, se considerarmos alguns dados da literatura que apontam maior conservantismo, nas pessoas idosas, frente a grupos minoritários e aos problemas decorrentes da AIDS<sup>26</sup>.

No tratamento (categoria III), há identificação de dificuldades relacionadas aos recursos disponíveis, além da reafirmação da ênfase no caráter psicossocial do atendimento. Por outro lado, quanto à contrapartida técnica do tratamento, os resultados demonstram pobreza de informações relevantes sobre medicamentos, atendimento domiciliar e outros conteúdos de valor instrumental para o cuidado do paciente em sua própria casa. Considerando o nível de escolaridade, os sujeitos não universitários são mais propensos a introjetar conteúdos de conotação positiva, o que não ocorre com aqueles de nível universitário. Estes resultados confirmam aquilo que alguns autores já vêm salientando quanto à crítica acadêmica<sup>9</sup> e às dificuldades das pessoas mais qualificadas para superar o limite técnico do tratamento<sup>4,7</sup>. Ao que tudo indica, as pessoas menos qualificadas tendem a se comportar de maneira menos cética frente ao tratamento, uma vez que os limites técnicos são menos valorizados e a ênfase é dada nas questões psicossociais da doença.

Contrariamente ao que seria esperado de pessoas engajadas em programas de intervenção e prevenção à AIDS juntamente à comunidade, os dados obtidos no presente trabalho apontam para algumas crenças e representações limitantes à ação comunitária. Principalmente relacionados ao caráter determinista da origem da doença, a prevalência de representações teleológicas e de razão necessária e a ênfase moralista desses conteúdos podem representar barreiras impor-

**Tabela 4**

**Estudos diferenciais para a categoria III**

	Sexo		Escolaridade		Idade	
	Masc.	Fem.	Univ.	Não univ.	Ab	Ac
Média	+0,12	+0,05	-0,02	+0,12	+0,10	+0,04
SD	0,19	0,21	0,17	0,20	0,16	0,20
t	1,24		-2,51		0,97	
P	0,21		0,01*		0,33	

**Tabela 5**

**Resultados do teste-reteste das escalas utilizadas (n = 20; p < 0,05)**

	Categoria I		Categoria II		Categoria III	
	T	R	T	R	T	R
Média	-0,11	-0,05	-0,06	-0,04	+0,12	+0,14
SD	0,20	0,18	0,24	0,19	0,24	0,17
t	1,24		-0,34		0,34	
P	0,23		0,68		0,68	

**Tabela 6**

**Resultados do teste Split Half para as escalas utilizadas (n = 50; p < 0,05)**

	Categoria I		Categoria II		Categoria III	
	T	R	T	R	T	R
Média	-0,14	-0,05	-0,11	-0,04	+0,09	+0,06
SD	0,22	0,19	0,18	0,21	0,17	0,23
F	2,25		1,61		0,36	
P	0,13		0,20		0,48	

*O nível de escolaridade, os sujeitos não universitários são mais propensos a introjetar conteúdos de conotação positiva.*

tantes à atuação na comunidade, por envolverem pré-concepções que podem levar à naturalização da AIDS juntamente a minorias estigmatizadas.

Entretanto, essas barreiras podem ser superadas na prática. Há, em contrapartida, representações de fortes conotações sociais sobre o paciente e o tratamento da AIDS, que são caracterizadas pela marcada identificação de necessidades relacionadas a reinserção na comunidade e assimilação pelo mercado de trabalho. Esses conteúdos, que são importantes para a formação de predisposições favoráveis à atuação juntamente à comunidade, poderiam ser desenvolvidos, ampliados e estendidos às origens da AIDS, enquanto um problema de saúde coletiva.

## RESUMO

Para identificar alguns dados relevantes na concepção de programas de informação e prevenção à AIDS, foi processada uma análise de conteúdo em entrevistas com 15 líderes e agentes de comunidade na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo (SP), Brasil. Considerando as diversas subcategorias de conteúdo destacadas, 39 locuções foram isoladas e associadas a escalas de probabilidade (b) e de avaliação (e) para verificar crenças e representações sobre três aspectos da AIDS: 1) doença - com 14 itens relacionados a contágio, efeito psicológico, origens, razão necessária e prevenção, identificando representações teleológicas associadas a castigo, imprudência, erro humano, falência de costumes e, principalmente, ao desgaste da família; 2) paciente - com 13 itens associados a perfil e convívio social, voltados para a restituição dos direitos civis; 3) tratamento - com 12 itens relacionados à falta de recursos, interação profissional/paciente e abordagens psicossociais, identificando pobreza de informações técnicas com ênfase nas relações informais do atendimento. Estudos diferenciais em função de sexo, idade e escolaridade identificaram, nos sujeitos mais novos, propensões mais favoráveis frente aos conteúdos relacionados com o paciente ( $t = 2,27$ ;  $p = 0,02$ ), além de atitudes mais positivas relacionadas ao tratamento por parte das pessoas de menor nível de escolaridade ( $t = -2,51$ ;  $p = 0,01$ ). Essas representações apresentam uma generalidade que aproxima os líderes de seus pares na comunidade em geral, o que reforça a indicação de se estender os programas de formação e orientação também aos agentes comunitários (FAFESP).

**Unitermos:** síndrome da imunodeficiência adquirida, representação social, saúde coletiva, líderes de comunidades.

## SUMMARY

In order to identify some relevant data for the elaboration of a program of AIDS information and prevention, content analysis was performed in interviews with 15 community leaders and agents in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Considering the various content subcategories emphasized, 39 locutions were isolated and associated with probability (b) and evaluation (e) scales to determine the beliefs and representations about three aspects of AIDS: 1) disease, with 14 items related to contagion, psychological effect, origins, necessary reason and prevention, identifying teleologic representations associated with punishment, imprudence, human error, failure of customs and mainly family deterioration; 2) patient, with 13 items associated with profile and social interaction directed at the reinstatement of civil rights; 3) treatment, with 12 items related to lack of resources, professional/patient interaction and psychosocial approaches, identifying the scarcity of technical information with emphasis on informal care relations. Differential studies as a function of sex, age and educational level identified more favorable propensities in younger subjects with respect to the contents related to patient ( $t = 2.27$ ;  $p = .02$ ), as well more positive attitudes with respect to treatment on the part of persons of lower educational level ( $t = 2.51$ ;  $p = .01$ ). These representations show a generality that brings the leaders close to their peers in the community in general, supporting the indication of extending programs of training and guidance also to community agents (FAPESP).

**Key words:** acquired immunodeficiency syndrome, social representation, collective health, community leaders

Endereço para correspondência:  
MARCO A.C. FIGUEIREDO  
Deptº de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP  
Av. dos Bandeirantes 3.900 - Ribeirão Preto-SP - CEP 14040-901  
Tel.: (016) 633-1010/r. 369 ou Fax.: (016) 633-5015

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJZEN, I. & FISHBEIN, M. - Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol. Bull.*, 84:888-918, 1977.
2. BARRE-SINOSSI, F. et al. - Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220: 868-77, 1983.
3. BOLOGNESI, D.P. - AIDS Vaccines. In: DEVITA, Jr, V.T. et al. (orgs.) - *AIDS etiology, diagnostics, treatment and prevention*. Philadelphia, J.B. Lippincot, 1992.
4. CALABRESE, L.H. et al. - Physicians' attitudes, beliefs and practices regarding AIDS health care promotion. *Arch. Intern. Med.*, 151(6):1157-60, 1992.
5. CARSON, V. et al. - Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care.*, 26(2):28-34, 1990.
6. CLAUSSON, N.I. - Le SIDA: la réponse communautaire. *Rev. Can. Santé Pub.*, 80:20-25, 1989.
7. CURREY, C.J. - Willingness of health-professionals students to treat patients with AIDS. *Acad. Med.*, 65(7):472-74, 1990.
8. EDWARDS, W. - The theory of decision making. In: EDWARDS, W. & TWERSKY, A. (orgs.) - *Decision making*. Penguin Books, Harmondsworth, 1967.



**Forma farmacéutica e Apresentações:** Comprimido revestido. Embalagem com 10 comprimidos de 125mg e com 7 e 21 comprimidos de 250mg. USO ADULTO. Composição: Cada comprimido revestido contém: famciclovir 125mg excipiente q.s.p. comp., famciclovir 250mg excipiente q.s.p. 1 comp. Excipientes: hidroxipropilcelulose, lactose, amido glicolato de sódio, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, dióxido de titânio, polietilenglicol. **INFORMAÇÃO AO PACIENTE:** Conservar o produto ao abrigo da umidade e calor excessivo (temperatura não superior a 30°C). O prazo de validade do produto é de 36 meses, a contar da data de sua fabricação. **NÃO USE MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE VENCIDO.** Caso ocorra gravidez durante ou logo após o tratamento com Famvir, suspenda a medicação e comunique imediatamente ao seu médico. O uso de Famvir não é recomendado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando. Famvir é contra-indicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade a famciclovir. Comunique ao seu médico se estiver fazendo uso de outros medicamentos. O produto deve ser usado de acordo com a orientação dada pelo médico e somente ele poderá recomendar a sua interrupção. Caso surjam reações desagradáveis, tais como dor de cabeça e náuseas, procure orientação médica. **TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS. Não é recomendado o uso de Famvir em crianças. NÃO TOMAR REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE. INFORMAÇÕES TÉCNICAS:** Famvir contém como princípio ativo o famciclovir, a forma oral de penciclovir. Famciclovir é rapidamente convertido in vivo em penciclovir, que tem atividade demonstrada in vivo e in vitro contra o vírus da Herpes em seres humanos, inclusive o vírus Varicella zoster e os vírus da Herpes simplex tipo 1 e 2. O efeito antivirótico de famciclovir administrado por via oral foi demonstrado em vários estudos com animais; este efeito é devido à conversão in vivo em penciclovir. Penciclovir dirige-se às células infectadas pelo vírus onde é rápida e eficientemente convertido em trifostato (mediado via timidina quinase induzida pelo vírus). O trifostato de penciclovir permanece nas células infectadas por mais de 12 horas, onde inibe a reprodução de DNA vírico e tem uma meia vida de 9, 10 e 20 horas em células infectadas com o vírus Varicella zoster, vírus Herpes simplex Tipo 1 e vírus Herpes simplex Tipo 2, respectivamente. Em células não infectadas tratadas com penciclovir, as concentrações de trifostato de penciclovir são apenas escassamente detectáveis. Conseqüentemente, é improvável que células não infectadas sejam afetadas por concentrações terapêuticas de penciclovir. Penciclovir demonstrou ter atividade contra uma cepa do vírus da Herpes simplex recentemente isolada, resistente a aciclovir, que possui uma polimerase de DNA alterada. Após administração oral, famciclovir é rápida e extensivamente absorvido e rapidamente convertido ao componente ativo, penciclovir. A biodisponibilidade de penciclovir após administração oral de Famvir é de 77%. O pico médio da concentração plasmática de penciclovir, após uma dose oral de 125mg e 250mg de famciclovir, foi de 0,8 microgramas/ml, respectivamente, e ocorreu em um tempo médio de 45 minutos pós-dose. As curvas de concentração plasmática x tempo de penciclovir são semelhantes após dose única e doses repetidas. A meia-vida plasmática final de penciclovir após dose única e doses repetidas de famciclovir é de aproximadamente 2 horas. Não há acúmulo de penciclovir com doses repetidas de famciclovir. Penciclovir e seu precursor 6-desoxi têm baixa ligação às proteínas plasmáticas (<20%). Famciclovir é eliminado, principalmente, como penciclovir e seu precursor 6-desoxi, que são excretados sem alterações pela urina. Famvir não foi detectado na urina. A secreção tubular contribui para a eliminação renal do composto. A infecção por Herpes zoster não complicada, não altera significativamente a farmacocinética de penciclovir, após administração oral de Famvir. **INDICAÇÕES:** Famvir é indicado para o tratamento de infecções agudas por Herpes zoster e para o tratamento agudo de infecções por Herpes genital. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **FAMVIR É CONTRA-INDICADO NOS CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA A FAMCICLOVIR.** Precauções: Deve-se dispensar atenção especial a pacientes com função renal comprometida, já que um ajuste da dose é necessário. Não são necessárias precauções especiais para pacientes com insuficiência hepática ou idosos. A Herpes genital é uma doença sexualmente transmissível. O risco de transmissão é aumentado durante episódios agudos. Os pacientes devem evitar relações sexuais quando os sintomas estiverem presentes, mesmo se o tratamento com um antivirótico já tiver sido iniciado. Embora estudos em animais não tenham demonstrado quaisquer efeitos embriotóxicos ou teratogênicos com famciclovir ou penciclovir, a segurança de Famvir na gravidez humana não foi estabelecida. Assim, Famvir não deve ser usado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando, a menos que os benefícios potenciais do tratamento compensem qualquer possibilidade de risco. Estudos em ratos demonstram que penciclovir é excretado pelo leite de fêmeas lactantes recebendo famciclovir por via oral. Não há informações sobre a excreção pelo leite humano. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Nenhuma interação farmacocinética clinicamente significativa foi identificada. A probenecida e outras drogas que afetam a fisiologia renal podem afetar os níveis plasmáticos de penciclovir. **REAÇÕES ADVERSAS:** **FAMCICLOVIR FOI BEM TOLERADO EM ESTUDOS REALIZADOS NO HOMEM. CEFALÉIA E NÁUSEA FORAM RELATADAS EM ESTUDOS CLÍNICOS. ESTAS REAÇÕES FORAM DE NATUREZA LEVE A MODERADA E OCORRERAM COM INCIDÊNCIA SIMILAR EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO COM PLACEBO. POSOLOGIA:** Infecções por Herpes zoster - Adultos: 250mg três vezes ao dia por sete dias. O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível no curso da doença, imediatamente após o diagnóstico. **Primeiro episódio de infecções por Herpes genital - Adultos:** 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Quando apenas a creatinina sérica estiver disponível, um nomograma ou a seguinte fórmula (Cockcroft e Gault) deve ser usada para estimar o clearance de creatinina.

$140 - \text{idade em anos} \times \text{peso (kg)} \times 88,5 \text{ (para homens)} \text{ ou } 75,2 \text{ (para mulheres)}$

$72 \times \text{creatinina sérica } (\mu\text{mol/L})$

**Pacientes com insuficiência renal sob hemodiálise:** Para pacientes sob hemodiálise, um intervalo de 48 horas entre as doses é recomendado para os períodos entre as diálises. Uma vez que uma hemodiálise de 4 horas resulta em uma redução de aproximadamente 75% nas concentrações plasmáticas de penciclovir, dose total de famciclovir deve ser administrada imediatamente após a diálise. **Insuficiência hepática:** Não é necessária uma modificação na dosagem para pacientes com doença hepática crônica compensada. Não há informações sobre pacientes com doença hepática crônica claramente descompensada; portanto, não é possível fazer recomendações precisas de dosagem para este grupo de pacientes. **Crianças:** Atualmente os dados sobre a segurança e eficácia de Famvir em crianças são insuficientes e, portanto, o seu uso em crianças não é recomendado. **Superdosagem:** Não houve relatos de superdosagem aguda com Famvir. Tratamento sintomático e de suporte deve ser administrado, se apropriado. Penciclovir pode ser eliminado por diálise e as concentrações plasmáticas são reduzidas em aproximadamente 75% após a hemodiálise por 4 horas. **Informações adicionais:** Famciclovir não tem efeitos significativos sobre a espermatogênese ou morfologia e motilidade de espermatozoides no homem. Em doses muito acima daquelas terapêuticamente usadas, observou-se um comprometimento da fertilidade em ratos machos sendo que tais efeitos não foram observados em ratos fêmeas. Em um nível de dose aproximadamente 50 vezes a dose terapêutica normal, houve um aumento na incidência de adenocarcinoma mamário em fêmeas de rato. Tal efeito não foi observado em ratos machos ou em camundongos de ambos os sexos. Além disso, famciclovir não foi considerado genotóxico em uma ampla bateria de testes in vivo e in vitro desenhados para detectar mutação genética, danos cromossômicos e danos reparáveis no DNA. Penciclovir, da mesma forma que outras drogas desta classe, demonstrou causar dano cromossômico, mas não induziu a mutação genética em sistemas celulares bacterianos ou de mamíferos, nem houve evidências de reparo aumentado do DNA in vitro. Estes achados não são considerados como tendo significância clínica.

**ATENÇÃO:** Este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas realizadas tenham indicado eficácia e segurança quando corretamente indicado, podem ocorrer reações adversas imprevisíveis ainda não descritas ou conhecidas. Em caso de suspeita de reação adversa, o médico responsável deve ser notificado. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

- FIGUEIREDO, M.A.C. et al. - Crenças, valores e atitudes frente à AIDS. Um estudo comparativo entre profissionais da saúde. XX Reunião da SBP, Ribeirão Preto, p.299, 1990.
- FIGUEIREDO, M.A.C. - Profissionais da saúde e atitudes frente à SIDA. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein/Ajzen (1975). Tese de Livre-Docência. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP, Ribeirão Preto, 1994.
- FIGUEIREDO, M.A.C. & SOUZA, L.B. - Atitudes frente à AIDS: um estudo comparativo entre categorias profissionais na área de saúde. *Medicina Ribeirão Preto*, 24(3):175-85, 1991.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. - *Belief, attitudes, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Addison Wesley, Reading, Massachusetts, 1975.
- Gapa (Porto Alegre-RS). Lampadinha. Prevenção da AIDS entre presidiários do Rio Grande do Sul. *AIDS & DST. Experiências que funcionam*, 1(2):9-10, 1993.
- HOLMAN, P. - Increasing the involvement of national and regional racial and ethnic minority organization in HIV information and education. *Pub. Health Rep.*, 106(6):687-94, 1991.
- KELLY, J.A. & HOLMAN, S. - The new face of AIDS. *Am. J. Nurs.*, 93(3):26-32, 1993.
- KELLY, J.A. et al. - Stigmatization of AIDS patients by physicians. *Am. J. Pub. Health*, 77(7):789-91, 1987.
- L'engagement des communautés marque la Journée Mondiale SIDA dans le monde entier. *SIDA-OMS, Le Point.*, n.1, pp.11-14, 1993.
- LENKER, S.L. et al. - Planning community - wide services for persons with HIV infection in area of moderate incidents. *Pub. Health Rep.*, 108(3):285-93, 1993.
- LONGO, P.H. - Programa Pegação. Prevenção para rapazes que se prostituem no Rio de Janeiro. *AIDS & DST. Experiências que funcionam*, 1(2):8-9, 1993.
- MEYER, C. - Death anxiety: finding support in families. *Am. J. Nurs.*, 92(12):15, 1992.

N.R.: O restante da Bibliografia encontra-se à disposição com os autores.

**VISITE  
NOSSA HOME PAGE**

<http://www.uff.br/dst/>

**VISIT  
OUR HOME PAGE**