

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Crença no Mundo Justo, AIDS e Câncer de
Pulmão: Orientação sexual e responsabilização
individual**

Margareth R. G. V. de Faria

Goiânia –Goiás
Março de 2007

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Crença no Mundo Justo, AIDS e Câncer de
Pulmão: Orientação sexual e responsabilização
individual**

Margareth R. G. V. de Faria

Dissertação apresentada ao
Mestrado em Psicologia da
Universidade Católica de Goiás,
como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Raquel
Rosas Torres

Goiânia –Goiás
Março de 2007

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Autora: Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria

Título: Crença no Mundo Justo, AIDS e Câncer de Pulmão: Orientação sexual e responsabilização individual.

Data de Avaliação: ____/____/____.

| Banca Examinadora: | Avaliação |
|--|-----------------------|
| _____ Profª Drª Ana Raquel Rosas Torres Universidade Católica de Goiás Presidente | _____ Nota ou Grau |
| _____ Profª Drª Daniela Sacramento Zanini Universidade Católica de Goiás Membro Convidado | _____ Nota ou Grau |
| _____ Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho Universidade Católica Dom Bosco Membro Convidado | _____ Nota ou Grau |
| _____ Profª Drª Helenides Mendonça Universidade Católica de Goiás Suplente | _____ Nota ou Grau |

Goiânia –Goiás
Março de 2007

Aos meus pais, **Sônia e José Veríssimo**, que muito investiram na minha formação. E se hoje me orgulho do que sou foi porque eles me ensinaram a buscar os meus objetivos e ser forte para superar os obstáculos e vencer honestamente. A minha orientadora **Ana Raquel** que depois de meus pais foi uma grande formadora de valores e ideais e em quem eu me espelho como exemplo de força, dedicação e ética.

Agradecimentos

A *Deus* em primeiro lugar, por ter me guiado, iluminado e me dado forças para chegar até aqui.

Aos meus pais, *Sônia e José Veríssimo*, pelo incentivo desde criança para a vida acadêmica e por não terem poupado esforços, apesar das dificuldades financeiras, para dar a melhor educação aos filhos.

As minhas irmãs, *Deyse e Patrícia*, pela paciência nos meus dias de intolerância e pela torcida e reconhecimento.

Ao *Jônatas*, que de várias formas torceu e contribuiu para meu sucesso.

À minha orientadora *Ana Raquel Rosas Torres* que me acolheu em seu grupo de pesquisa na graduação, me mostrou um caminho ainda desconhecido e me deu ferramentas para desbravá-lo. Pelo incentivo diário, pela motivação, pela dedicação, pela amizade e acolhimento em momentos difíceis. Pelo que sou hoje, meu amadurecimento pessoal e profissional. Pelo voto de confiança. Pelo investimento.

Ao Professor *Cícero Pereira* pelos ensinamentos na monitoria de Psicometria e por ter me levado e me apresentado ao grupo GPPG onde tudo começou. Pela dedicação e paciência. E pelos ensinamentos de estatística, extremamente úteis neste trabalho.

À Professora *Juliany G. G. de Aguiar* que me ajudou na Iniciação Científica onde trabalhamos juntas. Pela ajuda até hoje na vida acadêmica. Pelo apoio profissional e pessoal nos meus momentos mais difíceis. Pela grande colaboração na coleta de dados.

À Professora *Angela Coêlho* pelos ensinamentos e colaboração na minha formação como pesquisadora.

Às Professoras *Margareth Ribeiro* e *Alessandra Demito* que se disponibilizaram a aplicar os questionários em suas turmas de Psicologia.

Aos *professores do Mestrado em Psicologia* pelas contribuições a este trabalho desde o início.

Aos meus *Colegas do GPPG* pelo apoio e auxílio. Especialmente a Psicóloga *Maysa Bittar* que me ajudou na coleta de dados e em outros vários momentos.

E a *todas as pessoas* que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Sumário

| | |
|---|------|
| Folha de Avaliação..... | i |
| Dedicatória..... | ii |
| Agradecimentos..... | iii |
| Sumário..... | iv |
| Lista de Tabelas..... | v |
| Lista de Figuras..... | vi |
| Resumo..... | vii |
| Abstract..... | viii |
| Capítulo 1 - Avaliação Do Preconceito Contra o Homossexual Portador do HIV/AIDS a Partir da Crença no Mundo Justo..... | 1 |
| Capítulo 2 – Artigo..... | 24 |
| Referências..... | 47 |
| Anexo I – Modelo Geral Questionário: Entrevista Homossexual com AIDS..... | 52 |
| Anexo II - Trecho de Entrevista: Homossexual com Câncer de Pulmão..... | 56 |
| Anexo III - Trecho de Entrevista: Heterossexual com Câncer de Pulmão..... | 58 |
| Anexo IV - Trecho de Entrevista: Heterossexual com AIDS..... | 60 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Participantes (N) de acordo com as situações experimentais..... | 37 |
| Tabela 2. Cargas Fatoriais, Valor Próprio e Variância Explicada da Escala sobre Crença no Mundo Justo..... | 38 |
| Tabela 3. Resultado da regressão linear múltipla aplicada à análise dos fatores preditivos da responsabilização pela doença..... | 41 |

Lista de Figuras

- Figura 1.** Linhas de regressão representando os níveis de responsabilização pela contaminação de acordo com a orientação sexual e o tipo de doença para a condição de baixa CMJ..... 42
- Figura 2.** Linhas de regressão representando os níveis de responsabilização pela contaminação de acordo com a orientação sexual e o tipo de doença para a condição de alta CMJ..... 43

Resumo

O objetivo principal deste trabalho foi investigar o preconceito contra homossexuais portadores do HIV/AIDS, analisando o papel moderador da Crença no Mundo Justo (CMJ) nesse fenômeno. Três hipóteses foram testadas: a) a responsabilização pela contaminação seria maior para os homossexuais do que para os heterossexuais; b) a responsabilização seria maior para a condição do HIV/AIDS do que para o câncer de pulmão e c) os participantes com alta adesão à CMJ responsabilizariam mais o homossexual portador do HIV/AIDS. Para testar essas hipóteses, 171 estudantes de Psicologia responderam um questionário nos quais, além da escala da CMJ, havia um pequeno trecho de uma entrevista no qual um homem relatava ter uma doença. Para metade dos participantes ele era homossexual e para a outra metade, heterossexual; além disso, foi manipulado também o tipo de doença: para metade ele era portador do HIV/AIDS e para a outra metade, ele tinha câncer de pulmão. Os resultados da regressão múltipla mostram que os efeitos isolados da orientação sexual e da CMJ não foram significativos. Apenas o efeito isolado do tipo da doença foi significativo, mostrando que, de uma maneira geral os portadores do HIV/AIDS foram mais responsabilizados pela própria contaminação. Os resultados mostram que a CMJ tem um papel moderador na responsabilização, assim, os participantes com alta CMJ responsabilizaram mais os homossexuais portadores do HIV/AIDS. No entanto, no caso da baixa CMJ, os participantes responsabilizaram mais os heterossexuais portadores do HIV/AIDS. Esses resultados são discutidos à luz da teoria de racismo aversivo de Gaertner e Dovidio (1986), ressaltando-se a importância da inclusão do preconceito contra homossexuais na agenda de investigações dos psicólogos sociais.

Palavras-chave: preconceito e discriminação; homossexualidade; crença no mundo justo; HIV/AIDS.

Abstract

The main objective of this work was to investigate the prejudice against homosexuals with HIV/AIDS, analyzing the Belief in a Just World (BJW) moderation effect on this phenomenon. Three hypotheses were tested: a) the responsabilization for the contamination would be stronger for homosexuals in comparison to heterosexuals; b) the responsabilization would be stronger for HIV/AIDS in comparison to lung cancer; c) participants with higher adherence do BJW will consider more responsible homosexuals with HIV/AIDS than heterosexuals. In order to test these hypotheses, 171 psychology students answered a questionnaire with the BJW scale followed by a short story with a man saying that he was ill. For half of participants, this men was homosexual, for the other half, he was heterosexual; besides that, the illness was also manipulated: for half of participants, it was HIV/AIDS, for the other half, it was lung cancer. The multiple regression results show that the effects for the sexual orientation and BJW were not significant. Only the effect of type of illness was significant, indicating that men with HIV/AIDS were seen more responsible for their own contamination than men with lung cancer. The results also show the BJW moderation effect, indicating that for higher adherence participants, homosexuals with HIV/AIDS were more responsible than heterosexuals in the same condition. However, for lower BJW, heterosexuals with HIV/AIDS were more responsible than homosexuals. Those results are discussed from the aversive racism theory point of view (Gaertner & Dovidio, 1986), emphasizing the importance of the inclusion the prejudice against homosexuals in the social psychologists agenda of investigations.

Key-words: prejudice and discrimination; homosexuality; belief in a just world; HIV/AIDS.

CAPÍTULO I

Avaliação do Preconceito Contra o Homossexual Portador do HIV/AIDS a Partir da Crença no Mundo Justo

No início da década de 1980 surgem os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Estados Unidos (Herek, 1999). A AIDS está associada ao HIV, vírus da imunodeficiência humana que diminui a imunidade do organismo deixando-o sujeito às doenças oportunistas. As pessoas acometidas pela doença eram em sua maioria do sexo masculino e homossexuais ou usuários de drogas injetáveis, e por isso acreditou-se que se tratava de uma doença restrita a estes grupos. E só em 1983 é que se descobre que os heterossexuais poderiam ser contaminados e transmitir o HIV (Junqueira, 2000; Regato & Assmar, 2004). Desde então, houve todo um esforço das autoridades e estudiosos do assunto no sentido de desvincular a AIDS da homossexualidade.

Devido a essa relação inicial com a homossexualidade, durante muito tempo após sua descoberta, a AIDS foi relacionada às práticas homossexuais, aumentando a discriminação e preconceito contra os portadores de HIV/AIDS que além de sofrerem com a doença sofriam também por causa da estigmatização. Ou seja, primeiro eram discriminados por ter a doença ou um vírus que não tinha (e ainda não tem) cura e depois por este vírus ter sido identificado inicialmente nos grupos de pessoas com comportamentos considerados socialmente desviantes (Herek, 1999).

Mesmo com o aumento das pesquisas sobre AIDS envolvendo alguns grupos em situações de maior risco, Paiva, Peres e Blessa (2002) chamaram de “grupos

especiais” (meninos de rua e prostituição juvenil), os resultados mostraram que altos níveis de informação e conhecimento não significam necessariamente mudanças comportamentais e nem de adoção de medidas de prevenção (Reis, Faria, Coelho & Torres, 2004). Marinho (1994) também já afirmava que a conscientização não é suficiente para alterar o comportamento. Ele defende que intervenções que visam prevenção devem ser repensadas considerando o significado da AIDS no contexto social atual na sexualidade das pessoas. Outros autores preferem tratar o assunto considerando que todas as pessoas estão sujeitas ao risco, o que tem sido denominado de vulnerabilidade coletiva (Ayres, França Jr., Calazans & Saletti Fo, 1999, citados em Paiva *et al.*, 2002).

Nos últimos anos cresceu a preocupação com estudos que avaliam o impacto da educação sexual entre os jovens. Os estudos da UNAIDS (1997, citados por Paiva *et al.*, 2002) mostraram que a educação sexual ou de prevenção não estimula o aumento da atividade sexual. E os programas de boa qualidade contribuem para adiar o início da vida sexual e protege os sexualmente ativos de doenças e da gravidez indesejada, além de demonstrar que comportamentos adequados podem ser aprendidos.

Esse novo enfoque dado para os trabalhos de prevenção, vulnerabilidade e educação só vêm a reforçar que a AIDS não é uma doença restrita a grupos de risco. Porém, o grande vilão de todo o trabalho que é desenvolvido, no que se refere ao combate a AIDS, ainda é o preconceito e a estigmatização, impedindo uma conscientização efetiva e mantendo as pessoas distantes do problema, pensando estarem protegidas e conseqüentemente não se protegendo e aumentando sua vulnerabilidade em relação à contaminação. Assim, este trabalho surgiu a partir da

preocupação sobre quais fatores contribuem para o aumento da discriminação do portador do HIV/AIDS, principalmente, quando hipotetizamos que talvez esse preconceito seja maior quando se trata de pessoas homossexuais.

Além disso, as representações sociais que relacionam os homossexuais a AIDS tornam o estigma e o preconceito mais forte. A culpa e a vergonha são fatores que fortalecem essa representação do homossexual como um doente de AIDS e responsável pela disseminação do vírus. Devido a isso, eles enfrentam dificuldades até mesmo ao buscarem serviços médicos no sistema de saúde (Terto Jr., 2002).

Muitos estudos sobre a AIDS têm sido realizados na perspectiva de se investigar os índices de processamento de informações sobre prevenção e conhecimento e sobre as representações sociais da doença (Páez, San Juan, Romo & Vergara, 1991). Outros autores têm se interessado muito pelo estudo do estigma da AIDS (Herek, 1999; Parker & Annagleton, 2001). No entanto, estudos como o de Anderson (1992, citado por Furnham, 2003) com uma preocupação voltada para a perspectiva psicossocial, nesse caso comparando níveis de Crença no Mundo Justo (CMJ) com a atribuição de culpa pela sua doença para homens homossexuais, são poucos, sendo que o mais semelhante é o de Regato e Assmar (2004). Nesse estudo, o objetivo é de verificar as diferenças de atribuições (internas ou externas) entre portadores de HIV/AIDS, também chamados de atores, e médicos, denominados também de observadores. Seus resultados mostraram que os atores tendem a fazer atribuições externas à sua condição geralmente atribuindo essa responsabilidade ao parceiro que não contou sobre sua soropositividade e não usou preservativo ou ainda, às políticas públicas de prevenção. Enquanto os médicos ou observadores tendem a fazer atribuições internas, ou seja, que o portador do HIV/AIDS foi o maior

responsável pela sua condição por não ter usado preservativo em suas relações sexuais. No entanto, esse trabalho teve como objetivo primeiro melhorar o atendimento psicológico ao portador do HIV/AIDS e em segundo contribuir para o combate a AIDS, não houve uma preocupação maior em compreender os aspectos sociais envolvidos nesse contexto.

Os trabalhos de Comby, Devos e Deschamps (1996) também chamam a atenção para a avaliação do preconceito e atribuição de responsabilidade. Eles avaliaram a atribuição de responsabilidade pela sua condição de doença a duas pessoas: uma com AIDS e outra com Câncer. Seus resultados demonstraram que se atribuiu mais responsabilidade a quem tem AIDS do que a quem tem câncer.

Estes resultados demonstram que a AIDS continua sendo fator de estigmatização, porém nos levam a alguns questionamentos. E se especificássemos o tipo de câncer, por exemplo, o câncer de pele ou de pulmão que dependem muito mais de fatores comportamentais do que hereditários, como seriam os posicionamentos dos participantes ao compararem esses tipos específicos de câncer com a AIDS? E se essa avaliação fosse feita em contextos de orientação sexual diferentes, comparando um grupo de homossexuais com um grupo de heterossexuais? E qual seria a diferença entre as atribuições de responsabilidade se levássemos em conta o nível de crença num mundo justo (CMJ)?

A partir disso, o problema proposto para investigação neste estudo é analisar o preconceito a partir da atribuição de responsabilidade nos contextos de Câncer de Pulmão (que está relacionado ao hábito de fumar) e AIDS (que pode ser relacionada ao não uso de preservativo nas relações sexuais) em duas situações diferentes: homo e heterossexualidade, além de verificar se a CMJ influencia nessa atribuição,

demonstrando assim o nível de preconceito existente.

A definição dessas relações se justifica também a partir das considerações feitas por Furnham (2003) quando afirma que os estudos sobre CMJ na Alemanha tem demonstrando que a associação dessa crença à culpabilização das vítimas confirma-se em diversas categorias, sendo que dentre elas estão os pacientes de AIDS e os pacientes com câncer.

Além de se buscar a compreensão desse fenômeno utilizando a teoria da CMJ incluímos, como fator diferencial para este estudo, o preconceito contra homossexuais. Assim, pretende-se avaliar o papel da estigmatização no posicionamento de estudantes universitários quanto aos portadores de HIV/AIDS com orientação declaradamente homo ou heterossexual, observando as variações no processo de estigmatização conforme as situações de doença - AIDS ou Câncer de Pulmão - e utilizando os níveis de adesão à CMJ para justificar esses posicionamentos.

Neste trabalho, considera-se que os posicionamentos geradores de estigmatização têm suas origens no campo social e cultural e por isso devem ser estudados e investigados a partir de uma abordagem psicossocial. Essa é a idéia central da perspectiva psicossocial, que considera os grupos, organizações e a comunidade conjuntos de mediadores da vida pessoal de cada indivíduo, sendo que estes são criados, geridos e transformados pelos próprios indivíduos. Essa perspectiva estuda o sujeito em seus grupos, organizações e comunidades (Levy, Nicolai, Enriquez & Dubost, 1994). Nela, a pessoa é vista como inseparável de seus laços sociais, portanto, este trabalho pretende investigar o fenômeno do preconceito e da estigmatização a partir desta perspectiva.

Doise (2002) apresenta quatro níveis de análise em Psicologia Social, sugerindo que os estudos na área articulem tanto aspectos individuais quanto sociais para o estudo de fenômenos sociais. O primeiro nível de análise em Psicologia Social trata de processos intra-individuais onde os modelos utilizados descrevem a forma como as pessoas organizam sua percepção e avaliação do meio social definindo assim seu comportamento diante deste. O segundo nível de análise, chamado de interindividual, interessa-se pelas relações que ocorrem entre pessoas em determinada situação. No terceiro nível de análise, o intergrupais, estuda-se as relações entre grupos e a importância das pertencças grupais nessas relações. O quarto nível de análise, o societal ou ideológico, investiga as ideologias, os sistemas de crenças, representações sociais, normas e avaliações que são compartilhadas por um grande número de pessoas e que buscam manter uma ordem estabelecida de relações sociais.

Antes disso, Camino e Pereira (2000) já afirmavam que as crenças são construídas a partir de um sistema ideológico que tem como objetivo tornar as situações naturais na medida em que vão sendo passadas de geração a geração. Assim, podemos compreender porque apesar de cada pessoa ter suas crenças pessoais e individuais elas não deixam de ser sociais. Dessa forma, este estudo encontra-se nos dois últimos níveis de análise de Doise (2002), mais especificamente no quarto nível de análise, porque investiga o quanto a CMJ pode influenciar os posicionamentos coletivos dos participantes no que se refere à atribuição de responsabilidade à vítima de uma doença considerada estigmatizante pela sociedade.

Para a realização desta investigação nos fundamentaremos em um conjunto de teorias que nos darão o suporte necessário para nossa discussão. A seguir, faremos

uma revisão sobre a origem da AIDS e as teorias sobre a homossexualidade, esclarecendo a relação inicialmente existente entre elas.

1.1- Homossexualidade

Falar sobre homossexualidade nos dias de hoje continua sendo algo polêmico e de interesse para poucos pesquisadores. Segundo Spencer (1999), a palavra homossexualidade descreve o relacionamento sexual e afetivo entre pessoas do mesmo sexo. Na antiguidade, a homossexualidade não era considerada antinormativa como nos dias de hoje. Ainda segundo esse autor, no Egito antigo a bissexualidade era considerada natural, porém o que incomodava era a homossexualidade passiva. Na atualidade, isso ainda pode ser observado, por exemplo, nos estudos de Silva (1999), em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, que mostram que entre os michês (bissexuais cuja relação sexual com o outro visa o dinheiro), aqueles que se deixam ser penetrados são discriminados e os que são penetradores se consideram homens, machos.

Em algumas civilizações em que os adolescentes eram iniciados sexualmente por outro homem, as relações homossexuais eram aceitas desde que o indivíduo ativo jamais se sujeitasse a situação passiva. Além disso, os meninos eram passivos até determinada idade, depois passavam a ser ativos e a iniciarem outros garotos mais novos (Nunan, 2003).

O problema da passividade está relacionado a outro preconceito. Segundo Spencer (1999), na antiguidade a mulher era considerada um ser inferior ao homem que servia apenas a reprodução da espécie. Os homens não se disponibilizavam a ter prazer com uma mulher, pois acreditavam que elas eram seres tão desprezíveis que

seriam incapazes de sentir prazer numa relação sexual. Por outro lado, a condição de passividade na relação sexual era permitida apenas para os meninos em iniciação sexual e para as mulheres. No caso da iniciação aos meninos jovens pelos meninos mais velhos, o mais novo sempre ocupava a posição passiva e a troca de posições era proibida. Depois de determinada idade o menino que ocupava a posição passiva passava a ser ativo e iniciar outros garotos e não poderia retornar a posição anterior. É daí que surge o preconceito contra a homossexualidade passiva, pois esta era a condição de submissão, geralmente ocupada por um menino iniciante ou pelas mulheres. Então, o homem que se sujeita a essa posição, conseqüentemente, recebe todo o preconceito antes destinado à mulher.

Para Herek (2000) a homossexualidade pode ser definida como o ato sexual ou a atração sexual entre pessoas de mesmo sexo biológico. É entendida, geralmente, como o contrário de heterossexualidade. A bissexualidade se refere as pessoas que manifestam ao mesmo tempo comportamentos heterossexuais e homossexuais.

Contudo, a homossexualidade tem sido alvo de grandes discussões por não ser aceita pelas normas sociais, incluindo as religiosas. Neste trabalho, utilizaremos o conceito de Herek (2000) para a homossexualidade, considerando apenas o fator de relacionamento sexual entre pessoas do mesmo sexo. E apesar de não diferenciarmos entre a homossexualidade passiva ou ativa, essa divisão ainda existe entre os homossexuais e, segundo Spencer (1999), os efeminados são alvos de discriminação desde a antiguidade. Por tudo isso, a homossexualidade gera grande preconceito e tem sido motivo para violência conforme mostram as estatísticas do Grupo Gay da Bahia (Mott & Cerqueira, 2003).

Os estudos de Nunan (2003) mostram que os homossexuais acreditam que as

coisas estão mudando em função da AIDS, que permitiu que se falasse mais abertamente sobre a homossexualidade. Eles também se referem ao papel das religiões para o aumento do preconceito e com isso justificam a busca pelo Candomblé devido a essa religião possuir uma estrutura que os acolhe (principalmente os homossexuais efeminados) dando-lhes um status religioso e, conseqüentemente, devolvendo um pouco da aceitação familiar. Com o advento da AIDS abriu-se o espaço para discussão sobre sexualidade e formas de prevenção. Contudo, nos grupos considerados inicialmente de risco, homossexuais, por exemplo, as campanhas parecem ter tido resultado, já que as estatísticas da UNAIDS (2006) demonstram que o aumento da contaminação pelo HIV/AIDS tem ocorrido em outros grupos, como mulheres e crianças, grupos que antes eram considerados fora de risco.

Outro ponto importante que aparece nos trabalhos de Nunan (2003) é o que ele chamou de preconceito ‘positivo’ ou pré-juízos favoráveis aos homossexuais em algumas situações, como por exemplo, um emprego que necessite de sensibilidade onde o gay pode ser o candidato escolhido por causa do estereótipo de que todo gay é sensível. Porém, esse autor lembra que o preconceito ‘positivo’ é fundamentalmente negativo por se basear em estereótipo.

Para a melhor compreensão do fenômeno, a seguir serão discutidos temas sobre estigma e preconceito relacionados à homossexualidade e AIDS.

1.2 - Estigma e preconceito

Quando falamos de temas como AIDS e homossexualidade não há como não discutir sobre o estigma que os acompanham, e para isso, antes é importante

conhecer algumas definições e possíveis origens do termo. Estigma, segundo Crocker (1996), se refere às condições estigmatizantes de rejeição de indivíduos, onde outras pessoas os percebem com alguma característica que compromete a humanidade. O estigma pode possuir características de visibilidade (raça, obesidade) ou ocultabilidade (doenças, orientação sexual).

O estigma visível pode ser facilmente identificado, enquanto o estigma oculto não necessariamente se revela, dependendo de outros fatores para ser percebido. Além desses aspectos, os estigmas também possuem outras características, por exemplo, serem controláveis ou não controláveis. Neste caso, significa que ele pode ser percebido socialmente como algo controlável pelo indivíduo e que depende de um esforço pessoal, porém na realidade, o controle desse estigma não está ao alcance do indivíduo ou grupo, (Crocker, 1996). Pelo contrário, a forma como é percebido socialmente, sem uma análise do contexto social em que foi criado o torna muito longe do controle daqueles que se tornam vítimas dele. O estigma do HIV/AIDS, por exemplo, pode ser considerado oculto e controlável, pois não é possível diagnosticá-lo visivelmente e pode ser evitado pelo próprio indivíduo se usar preservativo em suas relações sexuais. Já a cor da pele pode ser considerada um estigma visível e incontrolável, pois não tem como esconder e a pessoa não têm opção ou escolha por ser um fator genético.

As pessoas que sofrem de um estigma considerado incontrolável provavelmente terão mais piedade e mais tolerância da sociedade, assim como aqueles que possuem um estigma considerado controlável, ou seja, que aparentemente dependem de um esforço pessoal, possivelmente não compartilharão dessa mesma tolerância (Crocker, 1996).

Goffman (1963) define estigma como uma característica depreciativa que visa fazer com que a pessoa que o possui acredite mesmo que aquilo é real e natural não percebendo o seu real valor. Segundo Herek (2002), o termo deriva do Grego que significa o mesmo que perfurar ou tatuar. A palavra também foi usada se referindo as marcas feitas por instrumento de ponta na crucificação de Cristo. A definição de Herek (2002) para estigma é de que se trata de uma condição duradoura, status ou atributo que dispensa valor negativo à sociedade e conseqüentemente a leva ao autodescrédito.

Por outro lado, o estigma da AIDS não está relacionado exclusivamente ao HIV/AIDS, mas antes disso, relaciona-se com a sexualidade pelo fato dos primeiros casos surgirem entre homossexuais e posteriormente estar relacionada à prostituição e a promiscuidade; ao gênero por atingir mulheres com comportamentos considerados inadequados às normas sociais; a raça ou etnia por ter surgido entre a população africana; e a pobreza por ter se tornado fonte de vulnerabilidade pela dificuldade em possuir os aparatos necessários à prevenção. Além disso, quando faz essa distinção entre grupos o estigma promove a maior desvalorização de um grupo em favor de outros aumentando as desigualdades (Parker & Aggleton, 2001).

A partir disso, percebemos o quanto o estigma afeta negativamente uma sociedade e pode levar à conseqüências prejudiciais, tanto para a pessoa que sofre quanto para o grupo a que ela pertence. Constatamos, então, que a relação entre o estigma e a sociedade é muito mais estreita e, seria então, um erro tratar este fenômeno como algo individual. Dessa forma, a sociedade pode contribuir para a disseminação da estigmatização e a faz através da individualização desse fenômeno. Mas, não podemos esquecer que o estigma se origina a partir de características que

são valorizadas negativamente pela própria sociedade, por exemplo, a AIDS e a homossexualidade que são fatores de estigmatização por serem considerados conseqüências de comportamentos antinormativos ou como comportamentos que fogem às normas sociais. Nesses casos, a individualização do fenômeno da estigmatização ocorre, por exemplo, através da maior atribuição de responsabilidade ao homossexual portador do HIV/AIDS pela sua doença do que ao heterossexual na mesma condição, responsabilizando individualmente a pessoa e retirando da sociedade a sua parte de responsabilidade.

Na verdade, o estigma e estigmatização funcionam como elementos para constituir a ordem social, contribuindo para a transformação das diferenças em desigualdades (Parker & Aggleton, 2001). Contudo, falar em estigmatização obriga-nos a discutir o conceito de preconceito e discriminação, pois esses fenômenos acontecem juntos, concomitantemente.

Allport (1954) define preconceito como uma atitude hostil ou de evitação contra uma pessoa que pertence a um grupo, presumindo-se assim que ela possua as mesmas qualidades atribuídas ao grupo. Enquanto para Brown (1995), o preconceito surge das relações de conflito entre grupo e pode ser entendido como uma atitude hostil contra membros de um grupo. O preconceito também é definido por Crocker (1996) como atitudes depreciativas, expressão de afetos negativos ou comportamentos discriminatórios contra membros de um grupo. A discriminação é tida como ‘tratamento injusto’, segundo o *Oxford Dictionary of Sociology* (citado por Parker & Aggleton, 2001) decorrente do preconceito existente. Ou seja, a discriminação é a expressão do preconceito em sua forma concreta através de um comportamento negativo e depreciativo contra um determinado grupo.

Portanto, considerando todas essas definições juntamente com a definição de Comby *et al.* (1996) de que na atribuição de responsabilidade apenas se julga, sem a necessidade de conhecer quem está sendo julgado, pretendemos mensurar o preconceito a partir da atribuição de responsabilidade dada ao indivíduo pela sua condição de doença. Assim, quanto maior a atribuição de responsabilidade, maior o preconceito existente. Pois essa atribuição de responsabilidade não acontece num vácuo social. Ela é construída e influenciada por um contexto social formado por normas e regras do que é aceito ou não aceito socialmente, onde os processos discriminatórios têm um papel preponderante, definindo através dos comportamentos discriminatórios o que a sociedade aceita ou condena. Muitas vezes esse processo discriminatório tem o papel de tornar a injustiça um processo natural como forma de justificar a incapacidade da sociedade em solucionar os problemas.

A partir dessas considerações podemos hipotetizar que membros de grupos minoritários, como por exemplo, homossexuais portadores do HIV/AIDS, serão mais responsabilizados, do que os homossexuais com outros tipos de doença ou heterossexuais com o HIV/AIDS, por se tratarem de pessoas duplamente estigmatizados. Primeiramente, pela orientação sexual contrária a norma social e depois pela AIDS, doença relacionada a comportamentos considerados socialmente desviantes ou irresponsáveis.

Após a Segunda Guerra Mundial e com a Declaração dos Direitos Humanos, as expressões flagrantes de preconceito passaram a ser antinormativas levando as novas formas de expressão do preconceito. Em relação a isso, as teorias atuais defendem que o preconceito se apresenta de forma sutil ou encoberta, sem contrariar as normas antipreconceituosas desenvolvidas após a Segunda Guerra Mundial (Vala,

Brito & Lopes, 1998; Vala, Brito & Lopes, 1999). Foi a partir desta idéia que Pettigrew e Meertens (1995) realizaram um estudo em que o preconceito contra minorias raciais na Europa apareceu formado por duas dimensões: flagrante e sutil.

Da combinação dessas duas dimensões, Pettigrew e Meertens (1995) derivaram três formas de expressões do preconceito: flagrante, com alta rejeição à proximidade e negação de emoções positivas; sutil, com pouca rejeição à proximidade e negação de emoções positivas; e o igualitarismo, com baixa rejeição à proximidade e expressão de emoções positivas.

Porém, apesar de novas teorias sobre o preconceito (Gaertner & Dovidio, 1986; Katz & Hass, 1988; Kinder & Sears, 1981; MacConahay, 1983; Pettigrew & Meertens, 1995) afirmarem que normas baseadas na Declaração dos Direitos Humanos coíbem a discriminação explícita de grupos minoritários, os resultados de estudos recentes mostram que isso não vem ocorrendo com tanta precisão quando se trata da homossexualidade.

Os resultados de Lacerda, Pereira e Camino (2002), Falcão (2004) e Pereira (2004) sobre o preconceito contra homossexuais mostraram que a porcentagem de expressões de preconceito flagrante é predominante em relação às expressões de preconceito sutil, porém, quando se analisa o preconceito racial, a porcentagem de expressões sutis é igual às expressões flagrantes (Camino, Silva, Machado & Pereira, 2001).

A partir desses resultados, verificamos que todo o trabalho preventivo e de campanhas contra o preconceito racial precisará ser retomado para o caso da homofobia, pois as informações fornecidas nessas campanhas não se estenderam a este tipo de preconceito.

Percebe-se também, um movimento da mídia no sentido de tentar conscientizar a população sobre o preconceito contra homossexualidade pela frequência com que o tema tem sido tratado, por diversas vezes, nas novelas de maior audiência da televisão. No entanto, parece ainda que não está claro para a sociedade que as mesmas normas que regem o combate ao preconceito racial também servem para o preconceito contra a homossexualidade. Talvez a explicação esteja no fato de que o preconceito racial esteve em voga por anos e recebeu mais atenção das autoridades devido às conseqüências sociais que teve. Enquanto que o preconceito contra a homossexualidade passou a ser preocupação dos estudos da área há pouco tempo, principalmente, após os movimentos organizados pelo grupo, Parada Gay, por exemplo, que vem ganhando força e chamando a atenção da sociedade e da mídia para o problema. Além disso, os homossexuais têm despertado atenções do mercado consumidor pela sua preferência por produtos de lazer e informação, o que tem elevado os investimentos nesse mercado (Nunan, 2003).

Apesar de tudo, a análise das teorias desenvolvidas ao longo do tempo sobre o preconceito racial, mostra que o que tem mudado é a intensidade da expressão desse preconceito e a diversificação da sua forma de expressão, enquanto que no preconceito contra os homossexuais não houve mudanças significativas. No entanto, acreditamos que se for do interesse das autoridades pode haver uma mudança na imagem repassada a sociedade sobre a homossexualidade e, conseqüentemente, pode ser que haja uma mudança de comportamento também no que diz respeito à discriminação e ao preconceito. Considerando que uma mudança nas crenças de uma sociedade a respeito de determinado fenômeno pode mudar seu comportamento em relação a ela analisaremos a teoria de Lerner (1965) sobre a Crença no Mundo Justo.

1.3 - A teoria da Crença no Mundo Justo e sua importância para o estudo do preconceito

A teoria da Crença no Mundo Justo (CMJ) surge com Lerner (1965), justificando que para manter o equilíbrio mental, as pessoas precisam acreditar que o mundo é um lugar justo e que elas têm o que elas merecem. Assim, os primeiros trabalhos sobre CMJ enfatizam seu aspecto intraindividual, ou seja, como e porque as pessoas desenvolvem ou adquirem este tipo de crença.

Por outro lado, Rubin e Peplau (1973) discutem a CMJ e sua importância em estudos sobre desigualdades entre raças e gêneros, além de sua contribuição para que as novas formas de discriminação se tornem mais sofisticadas na medida em que ao culpar as pessoas pela sua condição encoraja a aceitação de injustiças sociais. Enquanto que Furnham e Procter (1989) consideram a CMJ como uma diferença individual no sistema de crenças e estudam suas consequências na responsabilização ou culpabilização de vítimas de doenças pela sua situação.

A partir disso, percebemos que a evolução da teoria da CMJ tem grande importância para os estudos sociais, considerando que fenômenos, como o preconceito, por exemplo, são construídos socialmente e, portanto devem ser estudados neste contexto. Segundo Furnham (2003), as investigações do Centro de Estudo da CMJ da Universidade de Trier, na Alemanha, têm demonstrando que a associação da CMJ com a culpabilização das vítimas confirma-se em diversas categorias de vítimas: pobres de países em desenvolvimento, deficientes, pacientes de AIDS, casos de acidentes, vítimas de estupro e pacientes com câncer.

Rubin e Peplau (1975) afirmam que a CMJ é um dos determinantes de

atitudes contra grupos em desvantagem social e contra o ativismo político. E em estudos como o de Glennon e Joseph (1993, citados por Correia, 2000) verificou-se que “...a crença de que a AIDS é considerada um castigo merecido para os homossexuais por comportamento sexual não saudável estava associada à elevada CMJ” (p. 265). A nossa idéia de que a maior adesão a CMJ levará a uma maior responsabilização do portador do HIV/AIDS parte de estudos como este.

Como dito anteriormente, as atitudes são construídas através das crenças e só podem ser transformadas se houver uma transformação de conhecimento, assim compreende-se a relação entre as atitudes preconceituosas e a crença no mundo justo. Acreditamos que se a pessoa possui alta crença no mundo justo ele irá agir de acordo com sua crença, suas atitudes serão conseqüências dessa crença. Assim, a intensidade da crença no mundo justo se relacionará fortemente com o preconceito ou discriminação em relação a um HIV positivo ou doente de AIDS, por exemplo.

A partir dessa explanação verifica-se a importância da CMJ para a construção do preconceito quando ela tem como objetivo manter o equilíbrio mental e social na presença de algum evento que a ameace tornando normal e justificável as diferenças sociais, a discriminação, e a desvalorização das vítimas, principalmente, quando alega merecimento ou responsabilidade individual o sofrimento alheio.

Outros estudos (Comby *et al.*, 1996) também demonstram as conclusões firmadas acima e serão discutidos agora.

1.4 - Atribuição de Responsabilidade: detalhamento e planejamento de pesquisa

Comby *et al.* (1996) realizaram vários estudos sobre atribuição de responsabilidade para AIDS em diferentes contextos. Seus resultados mostraram que em todos os estudos as situações em que a atribuição de responsabilidade foi maior se referiam àquelas que de alguma forma fugiam à norma social: contaminação numa relação amorosa do tipo hedonista e contaminação por uso de drogas injetáveis.

Nosso estudo baseou-se em um dos estudos de Comby *et al.* (1996), no entanto, observamos que as duas enfermidades (AIDS e câncer), onde ele compara a atribuição de responsabilidade, são de naturezas diferentes. Na AIDS, teoricamente o indivíduo tem mais autonomia para evitá-la, como por exemplo, tendo relações sexuais usando preservativo. Já no câncer salvo em alguns tipos, essa autonomia é praticamente inexistente, como por exemplo, o câncer de mama e de intestino, onde o fator hereditário é preponderante. Contudo, em outros tipos de câncer, como o de pele, na qual o uso de protetor solar pode evitá-lo, e de pulmão, causado pelo fumo, essa autonomia está mais presente, o que torna o indivíduo mais responsável pela sua enfermidade.

No estudo de Comby *et al.* (1996), também não foi especificado o tipo de câncer. Ou seja, normalmente se atribui mais responsabilidade pela própria doença a quem tem AIDS do que a quem tem câncer já que este último, na maioria dos casos, se desenvolve sem que a pessoa tenha feito algo para contraí-lo. Dependendo do tipo, o câncer não é controlável e ocorre independente de qualquer ato da pessoa, enquanto que na contaminação pela AIDS é necessário haver algum contato da pessoa com secreções, sangue ou objetos contaminados.

Dessa forma, optamos neste estudo por utilizar um tipo específico de câncer - o de pulmão - por se tratar de uma doença relacionada ao hábito de fumar que pode ser considerado como “opção” individual.

Considerando que se avalia a responsabilidade da pessoa doente, achamos que uma comparação entre essas duas enfermidades (AIDS e câncer de pulmão), nas quais o seu desenvolvimento pudesse estar relacionado a comportamentos socialmente desviantes ou a maus hábitos (fumar, por exemplo), poderia influenciar as respostas dos participantes.

Uma comparação entre duas doenças que podem estar relacionadas a hábitos de vida pode provocar posicionamentos diferentes dos da comparação entre duas doenças com origens diferentes: uma relacionada a hábitos e comportamentos (AIDS) e a outra a genética (câncer), por exemplo. Neste último caso, a atribuição de responsabilidade será maior para as doenças relacionadas ao comportamento da pessoa.

A pergunta que se faz é: na comparação entre AIDS e câncer de pulmão que estão relacionadas a comportamentos e hábitos pessoais, será que os participantes atribuirão responsabilidades iguais aos doentes pela sua condição ou será que a atribuição de responsabilidade será maior para os doentes de AIDS devido a sua estigmatização?

Nesta investigação, os personagens das entrevistas fictícias do questionário são homens, o que muda é a orientação sexual deles. Para metade dos questionários apresentamos um personagem homossexual (com Câncer de Pulmão ou AIDS) e para a outra metade apresentamos um personagem heterossexual (com Câncer de Pulmão ou AIDS).

Portanto, a principal contribuição deste trabalho é a inclusão do preconceito contra homossexuais na entrevista fictícia adaptada do questionário dos estudos de Comby *et al.* (1996). Para responder aos nossos objetivos também investigamos a influência da CMJ nas atribuições de responsabilidade ao personagem.

A importância da investigação sobre o preconceito contra o portador do HIV/AIDS se justifica também pela afirmação de Herek (1999) de que em 1981, as pessoas com AIDS já estavam marcadas pelo estigma e a distância que se colocam do problema facilita a estimulação da mídia e da cultura para a criação de conceitos deturpados sobre a AIDS (Daniel & Parker, 1991). Além disso, poucas pessoas têm contato com uma pessoa vivendo com HIV/AIDS, porque muitas dessas pessoas se afastam do convívio social para se protegerem (Gilmore & Somerville, 1994; Hasan e cols., 1994; Malcolm e cols., 1998, citados por Parker & Aggleton, 2001).

Em outras situações, o medo do preconceito e da discriminação faz com que as pessoas não contem sobre sua condição sorológica (Malcolm e cols., 1998; UNAIDS, 2000, citados por Parker & Aggleton, 2001). Nas famílias isso também é velado, o parente que tem o vírus não conta para a família pelos mesmos motivos que não conta aos amigos, por medo da rejeição e da estigmatização (McGrath e cols., 1993, citado por Parker & Aggleton, 2001). Alguns autores comentam que nestes casos, as mulheres e os parentes homossexuais são mais discriminados do que crianças e homens (Castro e cols., 1998a, 1998b, citados por Parker & Aggleton, 2001). As famílias também sofrem com a estigmatização quando possuem algum membro com HIV/AIDS, e isso influencia na forma de tratamento dedicada ao familiar evitando que ele tenha contato com outras pessoas para que seu status sorológico não seja divulgado (Lwihula & cols., 1993, citados por Parker &

Aggleton, 2001).

Assim, a partir do que foi exposto o objetivo geral deste trabalho é investigar o preconceito contra homossexuais portadores do HIV/AIDS, considerando que para as duas doenças analisadas - AIDS e Câncer de Pulmão - as pessoas têm certo grau de responsabilidade pela sua condição, pois possuem comportamentos que favorecem o risco de desenvolvê-la.

Os objetivos específicos desta investigação são:

- Verificar se haverá diferenças quanto aos níveis de atribuição de responsabilidade em relação ao tipo de orientação sexual (homossexualidade x heterossexualidade);
- Verificar se haverá diferenças quanto aos níveis de atribuição de responsabilidade em relação ao tipo de enfermidade (Câncer de Pulmão x HIV/AIDS)
- Investigar qual o papel da CMJ na atribuição de responsabilidade;

Os resultados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.0, utilizando como técnicas estatísticas a Análise Fatorial (AF), e Análise de Regressão. A Análise Fatorial tem "... por objetivo descobrir a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais". (Maroco, 2003, p.261). A AF atribui valores às variáveis que não são observáveis e utiliza as correlações observadas entre estas variáveis originais para encontrar um fator comum entre elas, procurando também as relações que ligam os fatores criados às variáveis originais (Maroco, 2003).

A Análise de Regressão é utilizada “... para modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma ou mais variáveis dependentes (ou de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou predictoras).” (Maroco, 2003, p.375).

Os resultados deste estudo mostraram que de um modo geral há maior responsabilização para o portador do HIV/AIDS do que para o portador de Câncer de Pulmão. E em relação à influência do tipo de orientação sexual, quando avaliada isoladamente, não influencia na responsabilização. Porém, o que os resultados mostram é que os participantes com maior adesão a CMJ responsabilizam mais o homossexual portador do HIV/AIDS. E, para nossa surpresa, os participantes com baixa adesão a CMJ responsabilizam mais os heterossexuais portadores do HIV/AIDS do que os homossexuais portadores do HIV/AIDS. A possível explicação para esse resultado seria a hipótese de Gaertner e Dovidio (1986) dada ao mesmo fenômeno ocorrido no preconceito racial de que os participantes “racistas aversivos” aderem a uma norma social quando o contexto de discriminação é explícito. E assim sendo, não seria correto responsabilizar mais o homossexual (pertencente a um grupo minoritário) do que o heterossexual.

Esses resultados demonstram que a AIDS ainda está vinculada a homossexualidade apesar das campanhas enfatizarem que todos estão sujeitos a contaminação. Percebe-se também que existe uma mudança em relação à discriminação quando se observa uma maior responsabilização do heterossexual portador do HIV/AIDS e não do homossexual portador do HIV/AIDS, que é explicitamente um grupo minoritário. Assim, são necessários outros estudos para ajudar na melhor compreensão desse fenômeno e investigar se o mesmo processo pelo qual passou o preconceito racial, a mudança das expressões de preconceito de

flagrante para sutil, está se repetindo para o preconceito contra a homossexualidade.

A seguir, apresentaremos o artigo, produto final deste trabalho, no qual os procedimentos, e os resultados são apresentados e discutidos mais detalhadamente.

CAPÍTULO II

Introdução

Os primeiros casos documentados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiram nos Estados Unidos em 1981 (Herek, 1999). Essas primeiras vítimas eram jovens do sexo masculino, em sua maioria, homossexuais ou usuários de drogas injetáveis. Como, inicialmente, um grande número de contaminados era homossexual, a doença foi primeiramente batizada como “câncer gay” (Daniel & Parker, 1991; Vitoria, 1999).

A AIDS é uma doença que está associada ao vírus HIV da família *Retroviridae*, conhecido como o vírus da imunodeficiência humana. Quando a pessoa se contamina com o HIV, o vírus promove uma incapacidade de produzir respostas imunológicas, ficando sujeita ao desenvolvimento de doenças oportunistas, como por exemplo, pneumonias e alguns tipos raros de câncer (Sadock & Sadock, 2007).

Depois de mais de 25 anos desde sua descoberta, a AIDS, hoje, não está mais restrita a “grupos de risco” (homossexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas e bebês filhos de contaminadas) ou “comportamentos de risco” (Paiva, Peres & Blessa, 2002). Atualmente, fala-se em vulnerabilidade coletiva (Ayres, França Jr., Calazans & Saletti, 1999, citados por Paiva et al., 2002), que quer dizer que todos estão sujeitos a uma possível contaminação.

Segundo o Relatório sobre AIDS de dezembro de 2006 (UNAIDS, 2006), existe uma grande preocupação sobre a disseminação da AIDS entre jovens, mulheres e crianças. Segundo as estatísticas desse relatório, existe no mundo todo um total de 39,5 milhões de contaminados, sendo que, destes, 2,3 milhões são

crianças e 17,7 milhões são mulheres. A partir dessas estatísticas, conclui-se que a epidemia deixou de atingir grupos considerados de risco, homossexuais, por exemplo, e está contaminando pessoas que antes eram considerados fora do risco de contaminação. As estatísticas atuais confirmam a preocupação de muitos estudiosos da área sobre o conceito de vulnerabilidade coletiva como fator essencial na prevenção.

No entanto, devido ao vínculo inicial entre a AIDS e práticas homossexuais masculinas, ainda hoje essa relação está presente no imaginário coletivo (Daniel & Parker, 1991; Herek, 1999; Vitória, 1999). De fato, trabalhos recentes têm demonstrado que jovens auto-declarados heterossexuais e sexualmente ativos não se consideram em risco de ser contaminados (Reis, Faria, Coelho & Torres, 2004).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo principal investigar o preconceito contra homossexuais masculinos portadores de HIV/AIDS. A questão que nos intriga refere-se à suposta ligação entre AIDS e práticas homossexuais no imaginário coletivo. Será que a ênfase dada na atualidade à questão da vulnerabilidade coletiva tem sido suficiente para diminuir a discriminação contra o homossexual contaminado pelo HIV ou ele continua sendo mais responsabilizado pela sua condição do que os heterossexuais portadores do HIV? Essa questão se reveste de uma grande relevância social porque, de acordo com Terto Jr. (2002), os homossexuais ainda são os que mais sofrem com o preconceito nos serviços de saúde, o que dificulta seu acesso aos tratamentos médicos e programas de prevenção.

Gordon Allport (1954) definiu o preconceito como “...uma atitude evitativa ou hostil contra uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque ela pertence a aquele grupo, e está, portanto presumido que objetivamente ela tem as

qualidades atribuídas ao grupo”.¹ (p. 7). Esse fenômeno, de acordo com Brown (1995), deve ser compreendido no quadro das relações que se estabelecem entre os grupos que compõem uma dada sociedade, relações essas que envolvem lutas pelo poder e sistemas de crenças sobre o que é ou não socialmente permitido. Um dos mais cruéis resultados desse fenômeno é a discriminação dos membros de grupos que, por inúmeros motivos, fogem às normas socialmente estabelecidas nas relações intergrupais. Negros, mulheres, homossexuais são apenas alguns exemplos que podem ser citados de grupos considerados minorias sociais que, como tais, são discriminados, o que os coloca numa situação subalterna na sociedade.

O preconceito e a discriminação dele decorrente têm sido objeto de um grande número de estudos realizados em todo o mundo. Inicialmente, ele foi explicado a partir de características individuais das pessoas preconceituosas (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950; Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1939). No entanto, a partir dos trabalhos de Tajfel (1982) sobre as relações intergrupais, esse fenômeno vem sendo cada vez mais analisado a partir de uma perspectiva que o coloca em um nível mais psicossocial no qual, para entender fenômenos tais como preconceito e discriminação, processos psicológicos são articulados com aspectos mais sociais, como, por exemplo, as representações sociais sobre determinados grupos de indivíduos (Pereira, Torres, & Almeida, 2003).

Camino (1996) defende a importância de se levar em consideração os sistemas de crenças envolvidos nos processos discriminatórios. Segundo esse autor, isso se deve ao fato que elas são construídas a partir do conhecimento que se tem

¹ *An aversive or hostile attitude toward a person who belongs to a group, simply because he belongs to that group, and is therefore presumed to have the objectionable qualities ascribed to the group.*

previamente do meio social no qual se está inserido. Nessa perspectiva, Faria, Martignoni, Torres e Bittar (2006) demonstraram a importância da adesão aos ideais democráticos para a não discriminação contra os portadores do HIV. Dito de outra forma, esses autores mostram que uma concepção mais democrática da organização da sociedade favorece a aceitação da inclusão de indivíduos membros de minorias sociais.

Dentre os diversos sistemas de crenças que têm sido estudados por psicólogos sociais, a Crença no Mundo Justo (CMJ) tem uma posição de destaque. Para Tyler (1996), as pessoas são motivadas a perceberem o mundo como um lugar justo. Essa percepção levaria a uma distorção dos seus julgamentos sobre os eventos que ocorrem com elas ou com outras pessoas, tornando-os consistentes com a crença que, no mundo, as pessoas recebem o que merecem.

A CMJ tem sido relacionada às situações de culpabilização e responsabilização das vítimas em contexto de doença, inclusive AIDS e Câncer (Funham & Procter, 1992; Montada, 1992, citado por Correia, 2000), desvalorização da vítima em caso de violência (Jones & Aronson, 1973, citados por Correia, 2000), desigualdades entre raças e gênero (Rubin & Peplau, 1973), desigualdades sociais e mobilidade social (Lemes, 2004). Todos esses estudos mostram que existe uma correlação positiva entre a CMJ e a concordância ou justificativa para as situações de infortúnios das vítimas. Ou seja, a CMJ influencia a concordância ou aceitação das condições de desigualdade, injustiça ou de sofrimento.

Neste trabalho, parte-se do pressuposto que a CMJ teria um papel moderador no preconceito contra homossexuais portadores do HIV/AIDS. Um moderador influencia na ocorrência de uma resposta (Baron & Kenny, 1986), pois aumenta a

probabilidade de ocorrência dessa resposta (Pinheiro, Tróccoli & Paz, 2006). Em outras palavras, ele fortalece (ou enfraquece) a relação existente entre uma variável independente e uma dependente. Assim, a principal hipótese deste trabalho é que a CMJ tornaria mais forte o preconceito contra o homossexual portador do HIV.

A seguir, discutiremos mais detalhadamente os principais marcos teóricos que norteiam este trabalho, justificando o papel da CMJ na discriminação do homossexual portador do HIV.

Homossexualidade, Preconceito e Estigmatização

Herek (1999) e Spencer (1999) ao definirem a homossexualidade apresentam diferentes visões sobre o fenômeno da homossexualidade. Enquanto Herek (1999) a define como o ato sexual ou atração sexual entre pessoas do mesmo sexo biológico, Spencer (1999) a define como o relacionamento sexual e afetivo entre pessoas do mesmo sexo, diferenciando-se do primeiro por valorizar a questão afetiva dessa relação.

A homossexualidade sempre esteve presente na história da humanidade (Spencer, 1999), porém desde os primórdios o que incomodava a sociedade era a posição passiva de um dos indivíduos envolvidos no ato homoafetivo. De acordo como Spencer (1999), isso era devido ao fato do homem assumir um papel de submissão, papel esse que tem sido historicamente destinado às mulheres.

Portanto, quando surgem os primeiros casos de AIDS entre os homossexuais a AIDS é rapidamente associada à homossexualidade gerando o estigma de que a AIDS seria uma doença específica desse grupo. Segundo Herek (2002), o termo estigma vem dos anos de 1300 e deriva de perfurar ou tatuar. Assim, o estigma seria

uma marca ou característica negativa atribuída a alguém ou grupo. Parker e Aggleton (2001) afirmam que o estigma tem conseqüências maiores, ele desempenha um papel de produção e reprodução das desigualdades sociais porque faz com que alguns grupos sejam desvalorizados, na medida em que a eles são atribuídas características negativas. No mesmo sentido, Torres, Pereira e Carvalho (2004) argumentam que o estigma e a discriminação são fenômenos sociais e culturais, não podendo ser compreendidos, simplesmente, como conseqüências de comportamentos individuais. Esses autores argumentam, baseados nas teorias de Tajfel (1982) e Moscovici (1984), que o estigma, da mesma forma que o preconceito, se origina a partir de um conhecimento que é social, desenvolvido nas relações entre os grupos que formam uma dada sociedade num determinado momento histórico, e não de processos intrapsíquicos. Por outro lado, o estigma não inclui apenas as condições estigmatizantes, como por exemplo, ser membro de um grupo minoritário, mas inclui também as reações das outras pessoas a essas condições (Crocker, 1996). A interface entre estigma e preconceito está em duas características que são comuns a eles: ambos se desenvolvem no âmbito das relações de poder que são determinadas historicamente e ambos levam a exclusão de pessoas porque elas possuem alguma “marca” social que a coloca numa situação minoritária. É por essa razão, por exemplo, que Parker e Aggleton (2001) afirmam que o estigma da AIDS não está relacionado somente a homossexualidade, mas também à promiscuidade e à pobreza, o que fortalece o preconceito e a discriminação.

Mesmo vivendo em uma sociedade dita democrática, na qual as leis coíbem práticas discriminatórias, o preconceito ainda existe, mas tem se tornado mais sutil, pelo menos no caso de preconceito racial (Camino, Silva, Machado & Pereira, 2001).

No entanto, quando nos referimos à homossexualidade esse preconceito continua sendo flagrante (Falcão, 2004; Lacerda, Pereira & Camino, 2002; Pereira, 2004), demonstrando que, para este caso, as normas sociais e a legislação antipreconceituosas não são suficientes para combatê-lo.

Falcão (2004), por exemplo, investigou o posicionamento dos estudantes universitários goianos sobre a adoção de crianças por homossexuais. Seus resultados mostraram que 44% dos participantes expressaram preconceito tipo flagrante sobre a homossexualidade e 33% expressaram preconceito do tipo sutil. Da mesma forma, os estudos de Pereira (2004), com estudantes de teologia (evangélicos e católicos) da cidade de Goiânia, também mostraram que 72% dos seus participantes expressaram preconceito flagrante e 28% preconceito sutil. Esses resultados mostram que, embora o preconceito racial flagrante venha diminuindo, dando lugar a formas de expressão mais sutis, isso não vem ocorrendo para o preconceito contra homossexuais.

Considerando que os trabalhos sobre o preconceito contra homossexuais são poucos, a situação se complica ainda mais quando se tenta relacionar homossexualidade, preconceito e AIDS. Os trabalhos relacionados a temas correlatos tratam desse fenômeno num nível individual, ou seja, sobre as conseqüências psicológicas do preconceito e da estigmatização para o homossexual e/ou portador do HIV/AIDS em particular, ou focando na prevenção da AIDS. Sem dúvidas, são temas importantes, mas o objeto deste trabalho foi construído a partir de uma perspectiva diferente.

Pesquisa feita no *Scientific Electronic Library Online – Scielo*, no dia 21/01/07, tendo como palavra-chave “preconceito” mostrou a existência de vários trabalhos sobre preconceito racial, mas apenas um sobre preconceito e

homossexualidade (Lacerda, *et al.*, 2002). Relacionando HIV e preconceito existe um trabalho (Goldsteen & Goldsteen, 1990), realizado nos Estados Unidos, onde foram feitas entrevistas por telefone com 200 pessoas da cidade de Chicago (EUA) em busca de explicações para a discriminação de pacientes portadores de HIV/AIDS. Os resultados mostraram que as explicações dadas pelos participantes para a discriminação foram a intolerância à homossexualidade e a falta de credibilidade nas intervenções originárias das políticas de saúde para controle da epidemia de AIDS.

A partir de uma perspectiva diferente, Comby, Devos e Deschamps (1996) investigaram as relações entre AIDS e discriminação utilizando a responsabilização da vítima (Rubin & Peplau, 1973) como medida para esse fenômeno. Esses autores apresentaram a um grupo de jovens suíços estórias curtas onde um personagem relatava que estava doente. Para a metade dos participantes, esse personagem era uma jovem com AIDS. Para a outra metade, era um jovem com câncer. De uma maneira geral, a personagem com AIDS foi avaliada como sendo mais responsável de sua condição.

No entanto, podemos apontar dois pontos críticos nesse trabalho. Primeiro, a questão do sexo do personagem, uma vez que se comparava um personagem masculino com um feminino. Será que o fato da personagem ser uma mulher contaminada por um vírus que se dissemina por comportamentos socialmente desviantes não influenciou nos resultados? Segundo, se comparava duas doenças de naturezas diferentes: a AIDS é causada por um agente externo, o vírus HIV. Já o câncer, tanto pode ser causado por agentes externos, como por exemplo, o fumo, como pode ter um componente genético, como os cânceres de mama, intestino etc. Assim, o fato da jovem com AIDS ter sido mais responsabilizada pode ser fruto de

qualquer uma dessas possíveis variáveis intervenientes.

Aqui, nos cabe perguntar sobre os possíveis resultados se, por exemplo, os personagens apresentados fossem homens, sendo um homossexual e outro heterossexual. Provavelmente, o homossexual, por conta do preconceito, seria mais responsabilizado do que o heterossexual. Por outro lado, se fosse explicitado um tipo de câncer onde a causa estivesse diretamente ligada a algum hábito do personagem, como por exemplo, fumar e câncer de pulmão. Provavelmente, o personagem com AIDS seria mais responsabilizado por conta do estigma ligado a essa doença. Finalmente, acreditamos que o personagem homossexual com AIDS seria o mais responsabilizado.

Mas, como discutido anteriormente, preconceito e discriminação não acontecem num vácuo social. Os posicionamentos dos indivíduos, de uma maneira geral, encontram-se ancorados nas suas pertenças, em sistemas de crenças, etc. (Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi, 1993). Regato e Assmar (2004), por exemplo, demonstraram que quanto maior a crença no mundo justo, mais atribuições a causas internas são feitas para a contaminação pelo HIV/AIDS. Ou seja, a pessoa contaminada é mais responsabilizada pela sua própria contaminação. Assim, podemos argumentar que esse sistema de crenças pode ter um importante papel na responsabilização do homossexual portador do HIV/AIDS. Em seguida, discutiremos os estudos sobre a Crença no Mundo Justo.

Crença no Mundo Justo e a Abordagem Psicossocial

O conceito de Crença no Mundo Justo (CMJ) foi introduzido na psicologia social por Lerner (1965) a partir do estudo realizado em um hospital psiquiátrico,

quando ele observou que os médicos tendiam a culpar os próprios doentes mentais pela sua condição de doente. Esse fenômeno foi denominado por Rubin e Peplau (1973) como vitimização secundária, pois ao sofrer o infortúnio o indivíduo seria vítima uma vez. Ao ser responsabilizado pelo próprio infortúnio, ele seria vítima pela segunda vez. Para Furnham (2003), a partir da revisão feita dos trabalhos realizados durante os anos sobre esse tema, a tendência à desvalorização das vítimas é hoje um consenso entre os estudiosos da CMJ.

Para Lerner (1965), a CMJ seria uma consequência natural do desenvolvimento infantil. Segundo ele, para diminuir o sofrimento psíquico, a criança adiaría a satisfação de um desejo imediato, acreditando numa compensação futura por esse esforço, ou seja, acreditando que, na vida, as pessoas recebem o que merecem. A CMJ tenta explicar como as pessoas conseguem se manter em equilíbrio mental e vivendo suas vidas normalmente, com confiança e tranquilidade, apesar de sua segurança ser ameaçada o tempo todo quando se deparam com tragédias que às vezes tiram a vida de outras pessoas. Assim, pode-se afirmar que “... as pessoas desenvolvem mecanismos de defesa, para diminuir a sua percepção de vulnerabilidade e para poderem prosseguir as suas atividades quotidianas” (Correia, 2000, p. 254). A culpabilização secundária seria um desses mecanismos, pois quando não é possível acreditar que as pessoas têm o que merecem, a CMJ pode ser preservada através da desvalorização da vítima, de modo que ela passe a ser percebida como merecedora do seu destino (Lerner & Simmons, 1966).

Para Rubin e Peplau (1973), a CMJ facilita a aceitação das injustiças sociais, já que ao justificá-las, as tornam naturais. Para esses autores, a CMJ seria, então, um construto sócio-psicológico, pois como não encontram uma forma de explicar a

injustiça e manter seu equilíbrio mental, ao mesmo tempo, culpam ou desvalorizam as vítimas para que se tornem merecedoras da injustiça. Assim, um problema que surge no nível psicológico torna-se também um problema social, pois a naturalização das injustiças sociais pode levar ao conformismo, à discriminação de minorias sociais, enfim, à crença social que, se as pessoas sofrem de alguma forma, é porque elas merecem esse sofrimento. Uma estrutura social injusta, com uma distribuição de renda injusta etc., não poderia então ser mudada, pois se os infortúnios existem é porque as pessoas os merecem de alguma forma. É por essa razão que Doise (1982) afirma que a CMJ seria um universal ideológico, pois ela conduz à justificação das diferenças nos destinos dos indivíduos.

Por exemplo, Ryan (1971, citado por Correia, 2000) demonstrou que pessoas com alta adesão à CMJ tendiam a culpar os pobres pela sua própria condição por não lutarem por uma situação melhor. Seguindo essa linha de raciocínio, Furnham e Procter (1992) avaliaram as atitudes das pessoas em relação a vítimas da AIDS e verificaram uma correlação positiva entre CMJ e evitação de contato com essas pessoas.

Diante do exposto, os objetivos específicos desta investigação são:

- Verificar se haverá diferenças quanto aos níveis de atribuição de responsabilidade em relação ao tipo de orientação sexual (homossexual x heterossexual);
- Espera-se que, de uma maneira geral, o homossexual será mais responsabilizado que o heterossexual pela contaminação pelo HIV/AIDS (hipótese 1).
- Verificar se haverá diferenças quanto aos níveis de atribuição de

responsabilidade em relação ao tipo de enfermidade (câncer de pulmão X HIV/AIDS);

- Espera-se que, de uma maneira geral, o portador do HIV/AIDS será mais responsabilizado que o portador de câncer de pulmão (hipótese 2).
- Investigar o papel moderador da CMJ na atribuição de responsabilidade.
- Espera-se que essas diferenças serão mais fortes para as pessoas com alta CMJ (hipótese 3).

Para investigar essas hipóteses, este trabalho teve um delineamento experimental 2 (orientação sexual) X 2 (tipo de doença) e sua realização foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (Protocolo nº 0031/03) em 26/03/2003. Os resultados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.0.

Método

Participaram deste estudo 171 estudantes de Psicologia de duas universidades privadas de Goiânia. Destes, 15,8% eram do sexo masculino e 84,2% do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 24,6 anos (DP = 8,4 anos).

Instrumentos

As questões estavam organizadas na seguinte seqüência:

1. Trechos de entrevistas: tratava-se de uma entrevista fictícia, adaptada de Comby *et al.* (1996). Nessa entrevista, um homem descreve sua vivência de receber o diagnóstico de uma doença que pode ser fatal. Para metade dos

participantes, esse personagem era homem, de orientação heterossexual e, para a outra metade, o personagem era homossexual. Em cada uma dessas situações havia dois tipos de questionário: em um, o diagnóstico era da contaminação pelo HIV/AIDS e no outro, o diagnóstico era de câncer de pulmão. Neste último, esclarecia-se que esse tipo de câncer é provocado pelo fumo para que ficasse claro para o leitor que ambas as doenças eram conseqüências de comportamentos do personagem: no caso do HIV, por ele não ter usado preservativo; no caso do câncer do pulmão, pelo fumo.

2. Atribuição de Responsabilidade: mensurada por um único item, onde se perguntava o grau de responsabilidade que o participante atribuía ao personagem do trecho da entrevista pela sua condição, variando de 1 (pouca responsabilidade) a 7 (muita responsabilidade). Esta era a medida de discriminação utilizada neste trabalho.
3. Escala de Crença no Mundo Justo construída baseada na escala de Rubin e Peplau (1975) com 19 itens, variando de 1 (discordo totalmente) até 7 (concordo totalmente) em formato Likert (1970);
4. Dados Sócio-Demográficos: sexo, idade.

Procedimento

Os questionários foram distribuídos aleatoriamente e respondidos individualmente pelos estudantes de Psicologia em sala de aula, após a autorização do professor presente. Os estudantes levaram em média 15 minutos para respondê-los. A análise da distribuição do número de participantes de acordo com o tipo de situação experimental (Tabela 1) mostra que existe um equilíbrio, sendo assim,

podemos fazer as comparações entre as situações experimentais planejadas.

Tabela 1. Participantes (N) de acordo com as situações experimentais.

| Orientação Sexual | Doença | N |
|--------------------------|------------------|----------|
| Heterossexual | AIDS | 42 |
| Homossexual | Câncer de Pulmão | 44 |
| | AIDS | 42 |
| | Câncer de Pulmão | 43 |

Resultados

Para verificar a estruturação da escala da Crença no Mundo Justo, utilizou-se a Análise Fatorial (método dos eixos principais), levando-se em consideração apenas as cargas fatoriais maiores ou iguais a 0,40. Os resultados (Tabela 2) indicaram a existência de um único fator com valor próprio igual a 4,027, que explica 21,19% da variabilidade dos posicionamentos dos participantes e com um coeficiente de fidedignidade de 0,79.

Tabela 2. Cargas Fatoriais, Valor Próprio e Variância Explicada da Escala sobre Crença no Mundo Justo.

| Análise dos Componentes Principais | | Cargas Fatoriais |
|---|---------|------------------|
| | Nº item | Fator 1 |
| 1. De um jeito ou de outro, uma pessoa desonesta sempre é punida. | 9 | 0,66 |
| 2. As pessoas que fazem maldade com outras sempre acabam sendo punidas pela vida. | 4 | 0,59 |
| 3. As pessoas que mais se dedicam à sua profissão são sempre mais respeitadas | 5 | 058 |
| 4. As pessoas que se empenham em fazer uma boa formação na graduação sempre conseguem melhores empregos que aqueles que não se dedicaram. | 7 | 058 |
| 5. A pessoa que cumpre as leis é sempre mais feliz do que aqueles que não as respeitam | 1 | 0,54 |
| 6. Cedo ou tarde os políticos desonestos acabam sendo descobertos. | 8 | 054 |
| 7. Fazer o bem sem olhar a quem sempre faz com que a vida de uma pessoa seja melhor. | 12 | 053 |
| 8. O que realmente é importante para uma pessoa conseguir melhorar de vida é que ela seja honesta e trabalhadora | 16 | 051 |
| 9. As pessoas boas e generosas geralmente são as que têm mais sorte na vida | 3 | 051 |
| 10. Geralmente, quando coisas ruins começam a acontecer na vida de uma pessoa, ela fez algo para merecer. | 13 | 0,46 |
| 11. Em competições esportivas o atleta com melhor treinamento sempre vence. | 11 | 0,45 |
| 12. As pessoas que poupam na juventude, sempre conseguem ter uma velhice mais sossegada. | 6 | 0,45 |
| 13. De uma maneira geral, o mundo é um lugar justo. | 10 | 0,44 |
| Valor Próprio | | 4,027 |
| Variância Explicada | | 21,19% |
| Coefficiente de Fidedignidade | | 0,79 |

Nota: Apenas as cargas fatoriais superiores 0,40 são apresentadas; KMO (Kaiser-Meyer – Olkin) = 0,699; Teste de esfericidade de Bartlett = 749,044; $p < 0,001$.

Para analisar o efeito moderador da CMJ na responsabilização do homossexual portador do HIV/AIDS, foi utilizado o cálculo da regressão múltipla, na

qual a responsabilização pela doença foi regredida sobre a CMJ, orientação sexual, tipo de doença e as interações possíveis entre todas essas variáveis.

Como as variáveis orientação sexual e tipo de doença são dicotômicas, atribuiu-se códigos de efeito não ponderados para representarem cada uma das condições experimentais, tal como recomendado por West, Aiken e Krull (1996). Assim, no que se refere à orientação sexual, atribuiu-se -0.51 para heterossexuais e 0.50 para homossexuais. Para o tipo de doença, atribuiu-se -0.48 para câncer e 0.50 AIDS. .

Para a realização desse tipo de cálculo com variáveis intervalares, como a CMJ, Aiken e West (1991) recomendam a padronização da variável a fim de controlar os efeitos de multicolinearidade entre as variáveis independentes. A padronização da variável faz com que ela apresente média igual a zero e desvio-padrão igual a 1,00.

Depois desses procedimentos estatísticos, os efeitos interacionais entre as variáveis foram calculados por meio da multiplicação das variáveis, primeiro cada duas variáveis (tipo de doença X orientação sexual; orientação sexual X CMJ; tipo de doença X CMJ) e, em seguida, as três variáveis (tipo de doença X orientação sexual X CMJ).

Finalmente, o efeito da moderação foi interpretado a partir da projeção das linhas de regressão. Essas linhas representam os valores da responsabilização pela contaminação preditos em cada uma das situações experimentais (orientação sexual X tipo de doença) considerando os níveis da variável moderadora (baixa e alta CMJ). Além disso, baseados nos erros-padrão e nos intervalos de confiança (IC) para os coeficientes de inclinação (os “Bs” da regressão múltipla), verificou-se que esses

coeficientes eram significativamente diferentes de zero (Frazier, Tix & Baron, 2004).

Como pode ser observado na Tabela 3, os resultados mostram que o coeficiente de regressão múltipla obtido é significativamente diferente de zero ($R = 0,45$, $R^2 = 0,20$, $F(7,163) = 5,95$, $p < 0,001$). O efeito isolado da variável moderadora – CMJ – não é significativo. Da mesma forma, o efeito isolado da orientação sexual também não é significativo. Já o efeito isolado do tipo de doença é significativo ($B = 1,352$, Erro Padrão = $0,281$). Tomados em conjunto, os resultados indicam que a responsabilização pela contaminação foi influenciada pelo tipo de doença isoladamente, mas não pelo tipo de orientação sexual isoladamente. Mais importante é o fato que há maior atribuição de reponsabilidade para a AIDS do que para o Câncer.

Ainda na mesma tabela, observa-se que não existe interação entre o tipo de doença e a orientação sexual. No entanto, todas as outras interações são significativas. Assim, existe interação significativa entre a CMJ e a orientação sexual ($B = 1,229$, Erro Padrão = $0,295$), significando que o efeito da orientação sexual na responsabilização depende dos nível de CMJ dos participantes. Da mesma forma, a interação entre CMJ e o tipo de doença ($B = -0,668$, Erro Padrão = $0,303$) é significativa. Isto também indica que o efeito do tipo de doença na responsabilização depende dos níveis de CMJ dos participantes.

Tabela 3. Resultado da regressão linear múltipla aplicada à análise dos fatores preditivos da responsabilização pela doença.

| | responsabilização | | |
|--|--|--------|-------|
| | Beta | T | p< |
| Variável moderadora | | | |
| CMJ | 0,042 | 0,54 | n.s. |
| Variáveis independentes | | | |
| Orientação sexual | -0,007 | -0,096 | n.s. |
| Tipo de doença | 0,353 | 4,815 | 0,001 |
| Interações | | | |
| Tipo de doença X orientação sexual | 0,048 | 0,650 | n.s. |
| Orientação sexual X CMJ | 0,314 | 4,166 | 0,001 |
| Tipo de doença X CMJ | -0,173 | -2,206 | 0,029 |
| Orientação sexual X tipo de doença X CMJ | 0,153 | 1,941 | 0,054 |
| Coeficiente de regressão múltipla | R = 0,45 | | |
| Explicação da variabilidade | R ² = 0,20; R ² _{ajustado} = 0,17 | | |
| Teste estatístico do modelo | F(7,163) = 5,95 p< 0,001 | | |

De maior importância é o fato de esses efeitos terem sido qualificados pela interação tripla entre orientação sexual, tipo de doença e CMJ. Para interpretar esta interação, realizamos a decomposição dos efeitos, analisando os *single slopes* que representam o efeito da orientação moderado pela doença e pela crença no mundo justo (ver as Figuras 1 e 2). A interpretação dos efeitos de moderação foi realizada com base na projeção das linhas de regressão representando os escores da variável dependente preditos pela orientação sexual, considerando cada tipo de doença e os níveis baixo (1 DP abaixo da média) e alto (1 DP acima da média) da CMJ (e.g., Frazier, Tix, & Barron, 2004).

Para os participantes com baixa CMJ (Figura 1), o efeito da orientação sexual na responsabilidade é significativo apenas quando a doença é AIDS: há maior

responsabilização dos heterossexuais do que para os homossexuais ($\beta = -.44$, $t = -2.64$, $p < .01$). Quando a doença é câncer, a relação entre orientação e responsabilidade não é significativa ($\beta = -.23$, $t = -1.64$, *ns.*).

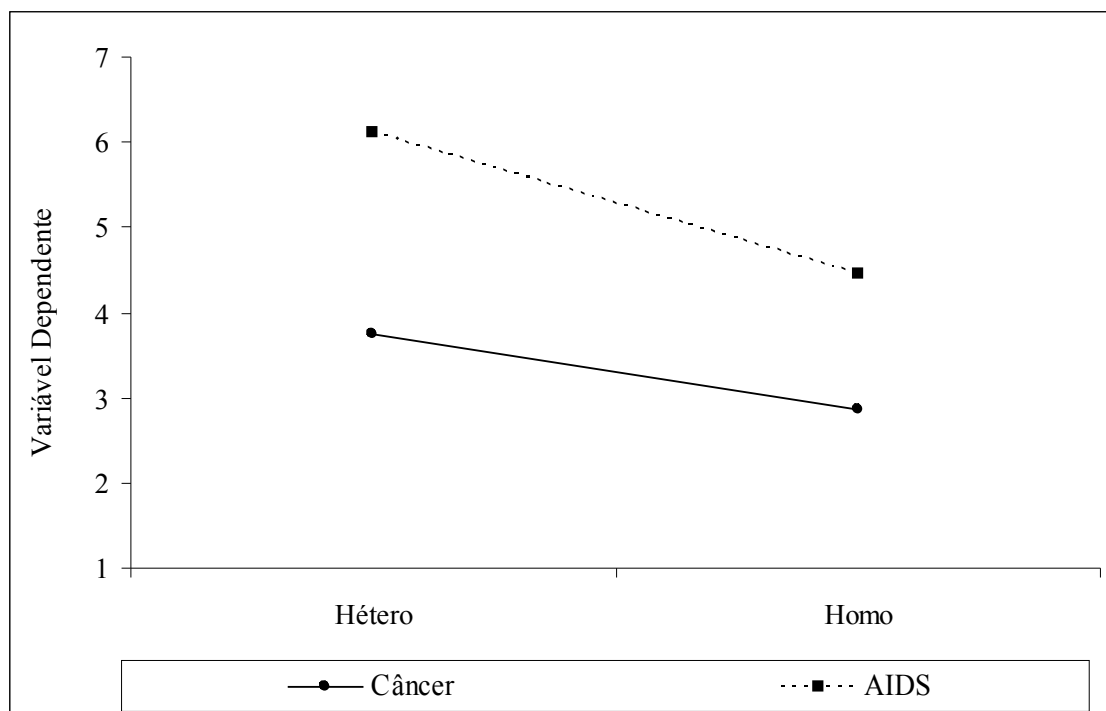


Figura 1. Linhas de regressão representando os níveis de responsabilização pela contaminação de acordo com a orientação sexual e o tipo de doença para a condição de baixa CMJ.

Para os participantes com alta CMJ (Figura 2), também o efeito da orientação sexual na responsabilidade é significativo apenas quando a doença é AIDS. Neste caso, contudo, há maior responsabilização dos homossexuais do que para os heterossexuais ($\beta = .55$, $t = 3.40$, $p < .001$). Quando a doença é câncer, a relação entre orientação e responsabilidade não é significativa ($\beta = .12$, $t = 0.87$, *ns.*).

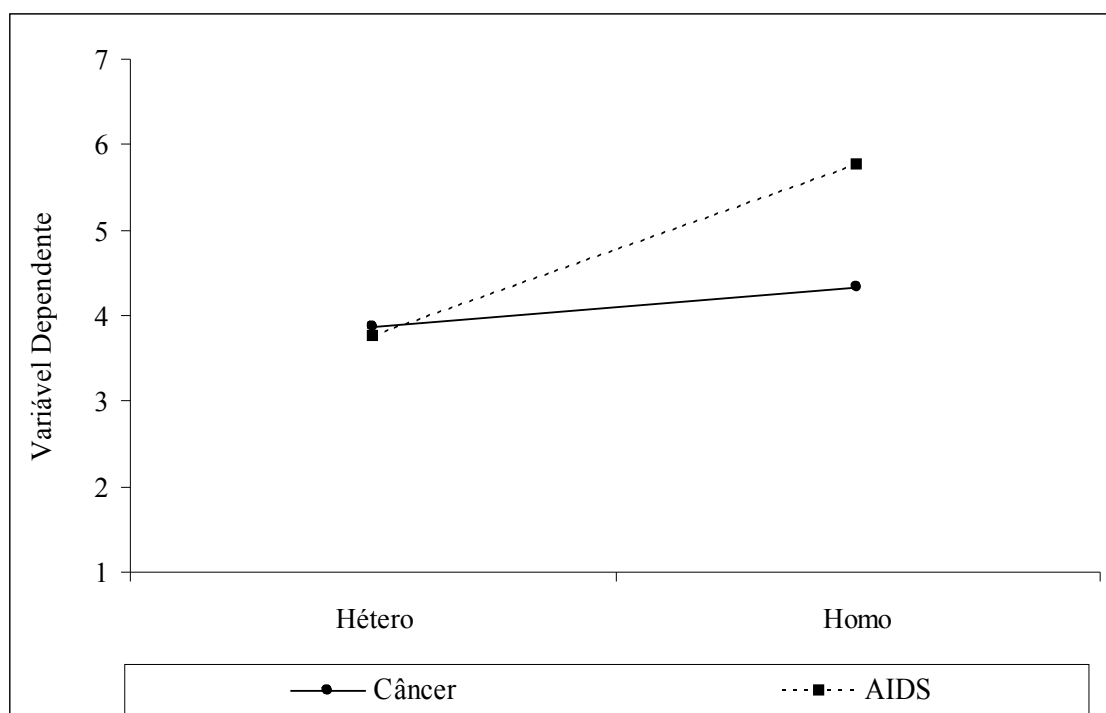


Figura 2. Linhas de regressão representando os níveis de responsabilização pela contaminação de acordo com a orientação sexual e o tipo de doença para a condição de alta CMJ.

Discussão

O objetivo principal deste trabalho foi investigar o preconceito contra homossexuais portadores do HIV/AIDS. Partimos do pressuposto que apesar das intensas campanhas sobre a vulnerabilidade coletiva, onde todos estão sujeitos a uma possível contaminação, o vínculo entre homossexualidade-AIDS ainda persiste nos dias atuais. No entanto, seguindo os estudos contemporâneos sobre o preconceito, partimos do pressuposto que o preconceito e a discriminação têm que ser entendidos a partir de uma lógica que coloca esses fenômenos no seio da estrutura social, na qual os sistemas de crenças têm papel fundamental na sua explicação. Assim sendo, construímos a hipótese que a Crença no Mundo Justo teria um papel moderador na discriminação do homossexual portador do HIV/AIDS.

Os resultados mostram que, de uma maneira geral, os portadores do

HIV/AIDS foram mais responsabilizados que os portadores de câncer de pulmão, confirmando assim a hipótese 2. No entanto, a orientação sexual não teve nenhum papel isolado na responsabilização pela contaminação. Assim, homossexuais e heterossexuais foram responsabilizados da mesma forma, não confirmando a hipótese 1.

No que se refere ao papel moderador da CMJ – hipótese 3, os resultados indicam que aqueles participantes que têm uma adesão mais forte a essas crenças, responsabilizam mais o homossexual portador do HIV/AIDS, confirmando assim nossas expectativas. Aqui é importante ressaltar que não existem diferenças na responsabilização dos portadores de câncer de pulmão. Ou seja, o papel moderador está realmente presente quando junta-se, num mesmo indivíduo, diversas “marcas” sociais estigmatizantes, homossexualidade e HIV/AIDS, como visto anteriormente.

No entanto, um resultado nos chamou atenção: na baixa adesão a CMJ, os heterossexuais foram mais responsabilizados pela contaminação do que os homossexuais, quando na verdade não deveria haver diferenças, já que teoricamente, uma baixa adesão a CMJ significa a não existência do preconceito. Uma hipótese explicativa para tal resultado talvez esteja relacionada aos estudos sobre o racismo aversivo² de Gaertner e Dovidio (1986). Para esses autores, o racismo aversivo seria produto da assimilação tanto de valores igualitários como da vivência de sentimentos e crenças negativos em relação aos Negros. Esses sentimentos e crenças negativos seriam, por sua vez, produtos de dois mecanismos: a) do contexto racista onde os indivíduos são socializados e b) dos mecanismos da categorização e do viés intergrupais, que contribuem para o preconceito (Tajfel, 1981).

² O termo “aversivo” usado por Gaertner e Dovidio (1986) refere-se à aversão ao próprio racismo.

Mas como transpor uma teoria sobre o racismo para as investigações sobre o preconceito contra homossexuais? Primeiro, no caso brasileiro, resultados de pesquisas anteriores mostram a prevalência do preconceito flagrante contra os homossexuais (Falcão, 2004; Lacerda, Pereira & Camino, 2002; Pereira, 2004), o que nos permite supor que, de certa maneira, os participantes são socializados num contexto no qual o preconceito contra homossexuais é freqüente. Segundo, a grande maioria dos participantes deste estudo eram mulheres (86,4%) e estudantes de psicologia, considerados nos estudos de Lacerda *et al.* (2002) como pertencentes aos grupos com expressões preconceituosas sutis e não preconceituosas, respectivamente. Os mecanismos de categorização estavam implicitamente presentes, já que se tratavam de mulheres avaliando um homem. No entanto, esses participantes não acreditam que o mundo é um lugar justo. Pelo contrário, eles acreditam que o mundo é um lugar injusto, onde nem sempre o destino das pessoas tem relação direta com seus atos. Assim sendo, eles não discriminam o membro da minoria social. Gaertner e Dovidio (1986) defendem que os “racistas aversivos” aderem fortemente à norma social da não-discriminação quando essa norma é explícita. Assim, para os participantes deste estudo com baixa adesão a CMJ, responsabilizar um homossexual não seria aceitável socialmente, haja vista ser ele membro de um grupo minoritário. No entanto, a ausência da norma anti-discriminação – a situação da heterossexualidade – aumenta a probabilidade do aparecimento da discriminação (Gaertner & Dovidio, 1986). Assim, responsabilizar os heterossexuais por sua contaminação é socialmente aceitável. Já responsabilizar os homossexuais, não é. Este é um aspecto que merece ser investigado em futuros trabalhos: será que as idéias de Gaertner e Dovidio sobre o racismo aversivo também

podem ser aplicadas no estudo do preconceito contra homossexuais?

A principal contribuição deste trabalho refere-se à demonstração que o preconceito contra homossexuais está presente nas nossas relações cotidianas e que esse tema merece estar na agenda de temas investigados por psicólogos sociais.

Referências

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J. & Sanford, R. N. (1950). *The Authoritarian Personality*. New York: Harper and Row.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Allport, G. (1954). *The Nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research. Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51,6,1173-1182.
- Brown, R. (1995). *Prejudice, it's social psychology*. Oxford (UK): Blackwell
- Camino, L. (1996). *O conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A. & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: Uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1, 13-36.
- Camino, L. & Pereira, C. (2000). O papel da psicologia na construção dos direitos humanos: análise das teorias e práticas psicológicas na discriminação ao homossexualismo. *Perfil*, 13, 49-69.
- Comby, L., Devos, T. & Deschamps, Jean-Claude (1996). Atribución de responsabilidad y discriminaciones. In: Basabe, N., Páez, D., Usieto, R. Paicheler, H. e Deschamps, Jean-Claude (Orgs.), *El desafío social del sida* (pp.231-255). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Correia, I. F. (2000). A Teoria da Crença no Mundo Justo e a Vitimização Secundária: Estudos empíricos e desenvolvimento teóricos. *Psicologia*, XIV. 253-283.
- Crocker, J. (1996). Stigma. In: A. S. R. Manstead e M. Hewstone (Orgs.). *The Blackwem Encyclopedia Of Social Psychology*. Oxford: Blackwem.
- Daniel, H., & Parker, R. (1991). *AIDS: a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu Editora, 1991.
- Doise, W. Clemence, A. e Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The quantitative analysis of social representations*. Hempel Hempstead: Harvest Wheatsheaf.
- Doise, W. (1982) A mudança em Psicologia Social. Em: A. Knokw, E. Figueiredo, H. Tajfel, J.P. Leyens, J.C. Jesuíno, I. Caeiro, M. Bonami, M. Crozier, S. Stoer,

- W. Doise (Org.). *Mudança Social e Psicologia Social*. Lisboa: Horizonte.
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. Em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 027-035. Brasília.
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. (1939). *Frustration and Agression*. Nova Haven: Yale University Press.
- Falcão, L. C. (2004). *Adoção de crianças por casais homossexuais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Faria, M. R. G. V., Martignoni, T. V. L., Torres, A. R. R. & Bittar, M. M. (2006). Influência dos Ideais Democráticos na Discriminação contra Portadores do HIV. Em *Revista de Psicologia da UnC*, v. 3, n. 1, p. 3-11.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134.
- Furnham, A. & Procter, E. (1989). Belief in a just world: review and critique of the individual difference literature. *British Journal of Social Psychology*, 28, 365-384.
- Furnham, A. & Procter, E. (1992). Sphere-Specific Just World Beliefs and Attitudes to AIDS. *Human Relations*, 28, 3, 265-280.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34. 795-817.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61-89). Orlando, FL: Academic Press.
- Goffman, I. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Londres: Simon e Schuster.
- Goldsteen, R. L.; Goldsteen, K. (1990). Investigação sobre restrições impostas a portadores de HIV em área metropolitana de Chicago, EUA. *Rev. Saúde Pública.*, São Paulo, v. 24, n. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/> Acesso em: 23 Jan 2007.
- Herek, G. M. (1999). AIDS And Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, 1106-1116.
- Herek, G. M. (2000). Homosexuality. In: A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedic of Psychology* (pp.149-153). Washington, DC: American Psychological Association & Oxford University Press.
- Herek, G. M. (2002). Thinking About AIDS and Stigma: a psychologist's perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 594-607.

- Junqueira, E. (2002). *Fatos Que Marcam A História Da AIDS*. 2000. Revista Época, Ed. 224, 02/09/2002. Disponível Em <[Http://Www.Revistaepoca.Globo.Com/Epoca/0,6993,EPT08541-1664,00.Html](http://Www.Revistaepoca.Globo.Com/Epoca/0,6993,EPT08541-1664,00.Html)>. Acesso Em: 25 Mar. 2003.
- Katz, I. & Hass, R. G. (1988). Racial ambivalence and American value conflict: Correlational and priming studies of the cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 893-905.
- Kinder, D. R. & Sears, D. O. (1981). Prejudice and politics: Symbolic racism versus racial threats to the good life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 414-431.
- Lacerda, M., Pereira, C. & Camino, L. (2002). Um estudo sobre o preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 165-178.
- Lemes, L. M. S. (2004). Crença na Justiça Social e Admiração pelas Celebidades: um estudo exploratório. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia: Brasil.
- Lerner, M. J. (1965). Evaluation of performance as a function of performer's reward and attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 355-360.
- Lerner, M. J., & Simmons, C. H. (1996). The observer's reaction to the "innocent victim": compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 203-210.
- Levy, A., Nicolai, A., Enriquez, E. & Dubost, J. (1994). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes.
- Likert, R. (1970). The technique for the measurement of attitudes. In G. F. Summers (Org.), *Attitude measurement*, (pp. 149-158). London: Kershaw.
- Marinho, L. C. de O. (1994). *A Questão da Sexualidade e a Prevenção da AIDS*. Texto apresentado no Fórum Permanente sobre AIDS nas Empresas do SESI, RJ.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Líbano.
- McConahay, J. B. (1983). Modern racism and modern discrimination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 551-558.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr & S. Moscovici (eds.), *Social Representations*, pp. 03-69. Cambridge, Cambridge University Press.
- Mott, L. & Cerqueira, M. (2003). *Matei porque odeio gay*. Editora Grupo Gay da Bahia. Disponível Em www.ggb.org.br. Acesso Em: 17 setembro 2005.

- Nunan, A. (2003). *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansarai.
- Paez, D., San Juan, C., Romo, I. & Vergara, A. (1991). *Sida: imagen y prevención*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Paiva, V., Peres, C. & Blesa, C. (2002). Jovens e Adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP*, 13, (1), 55-78.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). Estigma, Discriminação e AIDS. *ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar De Aids*. Rio de Janeiro.
- Pereira, A. S. (2004). Representações Sociais do Homossexualismo e Preconceito contra Homossexuais. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia: Brasil.
- Pereira, C., Torres, A. R. & Almeida, S. T. (2003). O preconceito na perspectiva das representações sociais: Análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 95-107.
- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology Bulletin*, 25, 57-75.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. & Paz, M. G. T. (2006). Preditores Psicossociais de Sintomas Osteomusculares: a importância das relações de mediação e moderação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 1, 142-150.
- Regato, V. C. & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9, 167-175.
- Reis, R. M. A., Faria, M. R. G. V., Coelho, A. E. L. & Torres, A. R. R. (2004). Adolescentes: o que eles pensam sobre a AIDS?. *Revista Estudos: Vida e Saúde*, Vol. 2, nº 31.
- Rubin, Z. & Peplau, L. A. (1973). Belief in a just world and reactions to another's lot: A study of participants in the National Draft Lottery. *Journal of Social Issues*, 29, 73-93.
- Rubin, Z. & Peplau, L. A. (1975). Who believes in a Just World?. *Journal of Social Issues*, 31 (3), p. 65-90.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, V. G. (1999). Faca de Dois Gumes: percepções da bissexualidade masculina em João Pessoa. *Dissertação de Mestrado não publicada*, Universidade Federal da Paraíba, Mestrado em Sociologia, 1999.
- Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record.

- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1982). *Social Psychology of Intergroup Relations*. London: Cambridge University Press.
- Terto Jr., V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids* (pp.147-158). Porto Alegre: Horizontes Antropológicos .
- Torres, A. R. R., Pereira, A. S. P. & Carvalho, R. M. (2004). Psicologia e Preconceito. *Revista Estudos*, 31 (2), p. 01-15.
- Tyler, T. R. (1996). Just World Phenomenon. Em: Antony S.R. Manstead & Miles Hewstone (Org.). *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: Blackwell .
- UNAIDS. (2006). *Situación de la Epidemia de SIDA, 2006*. Global Summary. Retirado no dia 01/01/2007, do website http://www.data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUdate_es.pdf
- Vala, J., Brito, R. & Lopes, D. (1998). *Expressões de Racismos em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Vala, J., Brito, R. & Lopes, D. (1999). O Racismo Flagrante e o Racismo Sutil em Portugal. Em J. Vala (Org.), *Novos Racismos: Perspectivas Comparativas*, (pp. 31-59). Oeiras: Celta.
- Vitória, C. (1999). *Antropologia Do Corpo E Da Saúde Em Tempos De AIDS*. Disponível Em <[Http://www.Geocities.Com/Timessquare/Lair/1217/Trabalho.Html](http://www.Geocities.Com/Timessquare/Lair/1217/Trabalho.Html)>. Acesso Em: 02 Abr. 2003.
- West, S. G., Aiken, L. S., & Krull, J. L. (1996). Experimental personality designs: Analyzing categorical by continuous variable interactions. *Journal of Personality*, 64, 1-49.

ANEXO I

Somos um grupo de pesquisa ligado ao Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás e estamos desenvolvendo uma série de investigações sobre o que os jovens brasileiros pensam sobre alguns aspectos da nossa sociedade.

Este questionário não é um teste, portanto, não existem respostas “certas” ou “erradas”. É muito importante que suas respostas reflitam suas opiniões honestas e não a dos seus colegas, amigos ou de qualquer outra pessoa.

Todas as suas respostas serão guardadas em segredo e, portanto, não precisamos saber o seu nome. Assim você pode dizer exatamente o que quiser.

Este questionário foi planejado de uma forma muito simples. Ele é constituído basicamente de dois tipos de questões. Em algumas, você terá que preencher os espaços com as informações pedidas. Em outras existe uma escala e tudo o que você tem a fazer é circular o número que melhor demonstra o que você pensa.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração!!

1. Leia o trecho abaixo, retirado de uma entrevista com um portador do vírus da AIDS, em seguida responda as questões sobre o que você pensa sobre essa situação:

***Pergunta:** Como você soube do seu diagnóstico?*

***João:** Eu procurei um médico porque já fazia algum tempo que eu estava com uma tosse seca que não passava de jeito nenhum. Ai, meu companheiro começou a insistir para eu procurar um médico porque aquilo não estava certo e como morávamos juntos, ele estava começando a ficar com medo que eu passasse alguma doença para ele. O diagnóstico veio depois de alguns exames médicos. Meu médico me contou com muita delicadeza sobre o diagnóstico. Mas sempre é muito difícil saber que se tem AIDS*

***Pergunta:** E sua família, sabe de sua doença?*

***João:** Minha família não sabe. Seria muito difícil para meus pais saberem que posso morrer em breve por causa da AIDS.*

***Pergunta:** Sua família sabe que você é homossexual?*

***João:** Minha família sabe. Foi por isso que saí de casa.*

***Pergunta:** E seu parceiro?*

***João:** Ele me abandonou assim que soube que eu tinha AIDS*

***Pergunta:** E sua vida, como ficou depois da notícia do diagnóstico?*

***João:** Fiquei transtornado. Sem saber o que fazer. E me pergunto todos os dias: Por que eu? O mundo caiu sobre minha cabeça... Depois começaram as rotinas médicas e o tratamento que ajudaram a me orientar... fazendo com que a gente volte a vida e tenha esperanças. Deixei meus estudos, pois o tratamento me impedia de continuar. É difícil às vezes me pergunto o que foi que fiz para ser castigado. Gostaria de ter uma vida normal.*

***Pergunta:** Você acha que é possível uma vida normal tendo AIDS?*

***João:** Não. Preciso de ajuda. Eu tenho que aceitar que a AIDS é minha nova vida.*

2. Na sua opinião até que ponto JOÃO pode ser considerado responsável por ter sido contaminado pelo vírus da AIDS?

Marque com um X sua opinião, sendo que **1** representa ***Pouca Responsabilidade*** e **7** ***Muita Responsabilidade***, quanto maior o número que você marcar maior é a responsabilidade dele.

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------|
| Pouca responsabilidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muita responsabilidade |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------|

3. Leia as frases abaixo e marque o número que mais corresponde a sua opinião a respeito de cada uma delas.

| | Discordo totalmente | Discordo muito | Discordo | Nem concordo e nem discordo | Concordo | Concordo muito | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------------|----------|-----------------------------|----------|----------------|---------------------|
| 1. A pessoa que cumpre as leis é sempre mais feliz do que aqueles que não as respeitam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. A sorte tem um papel fundamental para que uma pessoa consiga ter sucesso na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. As pessoas boas e generosas geralmente são as que têm mais sorte na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. As pessoas que fazem maldade com outras sempre acabam sendo punidas pela vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. As pessoas que mais se dedicam à sua profissão são sempre mais respeitadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. As pessoas que poupam na juventude, sempre conseguem ter uma velhice mais sossegada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. As pessoas que se empenham em fazer uma boa formação na graduação sempre conseguem melhores empregos que aqueles que não se dedicaram. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. cedo ou tarde os políticos desonestos acabam sendo descobertos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. De um jeito ou de outro, uma pessoa desonesta sempre é punida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. De uma maneira geral, o mundo é um lugar justo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Em competições esportivas o atleta com melhor treinamento sempre vence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Fazer o bem sem olhar a quem sempre faz com que a vida de uma pessoa seja melhor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Geralmente, quando coisas ruins começam a acontecer na vida de uma pessoa, ela fez algo para merecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Muitas vezes, os filhos é que pagam pelas maldades cometidas pelos seus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. Na universidade as bolsas de estudo são destinadas a quem realmente precisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. O que realmente é importante para uma pessoa conseguir melhorar de vida é que ela seja honesta e trabalhadora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Os melhores empregos são dados às pessoas que mais precisam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Os pais sempre são justos na hora de punir seus filhos pelos seus erros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Ter uma boa saúde depende muito dos cuidados que a pessoa toma no decorrer da vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. Seus Dados Sócio-Demográficos**a). Qual é o seu sexo?**

() Masculino () Feminino;

b). Qual é a sua idade? _____

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO I I

Trecho de Entrevista: Homossexual com Câncer de Pulmão

Pergunta: Como você soube do seu diagnóstico?

João: Eu procurei um médico porque já fazia algum tempo que eu estava com uma tosse seca que não passava de jeito nenhum. Ai, meu companheiro começou a insistir para eu procurar um médico porque aquilo não estava certo e como morávamos juntos, ele estava começando a ficar com medo que eu passasse alguma doença para ele. O diagnóstico veio depois de alguns exames médicos. Meu médico me contou com muita delicadeza sobre o diagnóstico. Mas sempre é muito difícil saber que se tem CÂNCER DE PULMÃO.

Pergunta: E sua família, sabe de sua doença?

João: Minha família não sabe. Seria muito difícil para meus pais saberem que posso morrer em breve por causa do CÂNCER DE PULMÃO.

Pergunta: Sua família sabe que você é homossexual?

João: Minha família sabe. Foi por isso que saí de casa.

Pergunta: E seu parceiro?

João: Ele me abandonou assim que soube que eu tinha CÂNCER DE PULMÃO.

Pergunta: E sua vida, como ficou depois da notícia do diagnóstico?

João: Fiquei transtornado. Sem saber o que fazer. E me pergunto todos os dias: Por que eu? O mundo caiu sobre minha cabeça... Depois começaram as rotinas médicas e o tratamento que ajudaram a me orientar... fazendo com que a gente volte a vida e tenha esperanças. Deixei meus estudos, pois o tratamento me impedia de continuar. É difícil às vezes me pergunto o que foi que fiz para ser castigado. Gostaria de ter uma vida normal.

Pergunta: Você acha que é possível uma vida normal tendo CÂNCER DE PULMÃO?

João: Não. Preciso de ajuda. Eu tenho que aceitar que o CÂNCER é minha nova vida.

ANEXO III

Trecho de Entrevista: Heterossexual com Câncer de Pulmão

Pergunta: *Como você soube do seu diagnóstico?*

João: O diagnóstico veio depois de alguns exames médicos. Meu médico me contou com muita delicadeza sobre o diagnóstico. Mas sempre é muito difícil saber que se tem um CÂNCER DE PULMÃO.

Pergunta: *E sua família, sabe de sua doença?*

João: *Minha família não sabe. Seria muito difícil para meus pais saberem que posso morrer em breve por causa do CÂNCER DE PULMÃO.*

Pergunta: *E sua vida, como ficou depois da notícia do diagnóstico?*

João: *Fiquei transtornado. Sem saber o que fazer. E me pergunto todos os dias: Por que eu? O mundo caiu sobre minha cabeça... Depois começaram as rotinas médicas e o tratamento que ajudaram a me orientar...fazendo com que a gente volte a vida e tenha esperanças. Deixei meus estudos, pois o tratamento me impedia de continuar. É difícil às vezes me pergunto o que foi que fiz para ser castigado. Gostaria de ter uma vida normal.*

Pergunta: *Você acha que é possível uma vida normal tendo CÂNCER DE PULMÃO?*

João: *Não. Preciso de ajuda. Eu tenho que aceitar que o CÂNCER é minha nova vida.*

ANEXO IV

Trecho de Entrevista: Heterossexual com AIDS

Pergunta: *Como você soube do seu diagnóstico?*

João: O diagnóstico veio depois de alguns exames médicos. Meu médico me contou com muita delicadeza sobre o diagnóstico. Mas sempre é muito difícil saber que se tem AIDS.

Pergunta: *E sua família, sabe de sua doença?*

João: *Minha família não sabe. Seria muito difícil para meus pais saberem que posso morrer em breve por causa da AIDS.*

Pergunta: *E sua vida, como ficou depois da notícia do diagnóstico?*

João: *Fiquei transtornado. Sem saber o que fazer. E me pergunto todos os dias: Por que eu? O mundo caiu sobre minha cabeça. ...Depois começaram as rotinas médicas e o tratamento que ajudaram a me orientar... fazendo com que a gente volte a vida e tenha esperanças. Deixei meus estudos, pois o tratamento me impedia de continuar. É difícil às vezes me pergunto o que foi que fiz para ser castigado. Gostaria de ter uma vida normal.*

Pergunta: *Você acha que é possível uma vida normal tendo AIDS?*

João: *Não. Preciso de ajuda. Eu tenho que aceitar que a AIDS é minha nova vida.*