

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Administração

Ronan Romão de Freitas Vieira

**O ESTIGMA NO TRABALHO:
a vivência de profissionais soropositivos**

Belo Horizonte

2018

Ronan Romão de Freitas Vieira

**O ESTIGMA NO TRABALHO:
a vivência de profissionais soropositivos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Costa Nunes.

Área de concentração: Pessoas, Trabalho e Sociedade.

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

V658e	<p>Vieira, Ronan Romão de Freitas</p> <p>O estigma no trabalho: a vivência de profissionais soropositivos / Ronan Romão de Freitas Vieira. Belo Horizonte, 2018.</p> <p>92 f. : il.</p> <p>Orientador: Simone Costa Nunes</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração</p> <p>1. Pessoas HIV-positivo. 2. AIDS (Doença). 3. Discriminação no emprego. 4. Condições de trabalho. 5. Estigma (Psicologia social). I. Nunes, Simone Costa. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.</p> <p>CDU: 616.988</p>
-------	--

Ronan Romão de Freitas Vieira

**O ESTIGMA NO TRABALHO:
a vivência de profissionais soropositivos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Profa. Dra. Simone Costa Nunes - PUC Minas (Orientadora)

Profa. Dra. Darcy Mitiko Mori Hanashiro - UPM (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Antônio Moreira de Carvalho Neto - PUC Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 27 de abril de 2018

[...]
**As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão**

**Mas as coisas findas
muito mais que lindas,
essas ficarão.**

Memória, de Carlos Drummond de Andrade.

OU SOBRE OS MEUS AGRADECIMENTOS

Começo pela minha orientadora, Professora Simone Costa Nunes. Professora Simone se faz presente nas minhas memórias mais agradáveis sobre a vida acadêmica. Tive a grande sorte de conhecer sua figura sempre generosa, humilde e dedicada 10 anos atrás, quando seu aluno na graduação; e fui orientado por ela em minha iniciação científica, quando menino que sonhava em ser pesquisador. Agora, como alguém ainda mais consciente da grande responsabilidade que nos pede a academia, novamente a tenho como orientadora neste trabalho que tanto me orgulha. Simone foi quem possibilitou a minha participação no processo seletivo deste programa: eu morava na Irlanda naquela ocasião e, pela inviabilidade de minha presença física, encorajou-me a enviar pelos correios a documentação exigida e providenciou a videoconferência que tornou possível a etapa de entrevista. Com toda a certeza o conteúdo que segue da primeira à última página deste trabalho não existiria, neste momento, se não fosse por ela.

Aos demais professores, colegas e toda equipe deste Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA - PUC Minas) que serão para sempre lembrados por mim quando eu falar em dedicação e competência. Aos professores membros da banca examinadora, agradeço também pela disponibilidade e contribuições que tanto valorizam este trabalho.

E aqui, um obrigado especial ao Professor Antônio Carvalho Neto, Toninho, que esteve presente em todos os momentos desta minha caminhada no PPGA: participou de minha entrevista de seleção juntamente com a Professora Simone, esteve presente em minha qualificação, contribuindo significativamente com o projeto desta pesquisa. E agora, nesta etapa final, se faz novamente presente, enobrecendo ainda mais a banca examinadora.

A esta querida Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos a mim concedida, obrigado.

Deixo um muitíssimo obrigado também aos antigos colegas de trabalho e amigos do Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga e do Serviço de Prevenção a Doenças Infecciosas (SEPADI) da Prefeitura de Betim, em especial aos farmacêuticos Tânia e Júpiter, que abriram novamente as portas do lugar onde há 10 anos trabalhei e onde pude me encontrar/reencontrar com amigos e com os participantes deste estudo. Agradeço também a essa Prefeitura e seu Comitê de Ética em Pesquisa.

E como posso agradecer aos participantes deste estudo? Eles depositaram confiança que em mim quando, um a um, permitiram-se acessar os mundos, os sentimentos e os segredos que habitam e preservam. Espero conseguir demonstrar que, mais do que qualquer teoria, este trabalho é sobre um honesto relato de suas vidas.

Por fim, por me presentear com a oportunidade desta experiência, agradeço a Deus com Sua inalcançável inteligência que sempre me surpreende pelas linhas por onde escreve. Eu me lembro de um céu frio e cinzento que fazia na Irlanda quando pensei que poderia (se tudo que era improvável desse certo) viver este momento, e agora há o calor de um céu azul celeste (o mais bonito que conheço) afirmando que deu certo, sim.

Como tenho para mim que todo agradecimento é também uma prece, pois não consigo agradecer sem pedir que todos que encontro sejam agraciados em dobro: peço que assim seja, Deus. Obrigado. Amém.

Nenhuma família sem casa!
Nenhum camponês sem terra!
Nenhum trabalhador sem direitos!
Nenhuma pessoa sem a dignidade que o trabalho dá!

Jorge Mario Bergoglio, O Papa Francisco

RESUMO

Partindo da constatação de que nos últimos anos as pessoas que vivem com o HIV/AIDS têm tido melhor qualidade de vida e, por consequência, têm participado ativamente do mercado de trabalho, como essas pessoas vivenciam, no local onde trabalham, o estigma que historicamente é associado a elas e qual o impacto de tal estigma em sua vida nesse contexto? Buscando encontrar respostas para este questionamento, pensamos em uma estratégia metodológica de abordagem qualitativa, guiada pelo método de estudo de caso, com dados coletados por meio de entrevista em profundidade e analisados pela técnica de análise de conteúdo. O grupo de participantes deste estudo foi composto de 13 trabalhadores que vivem com HIV/AIDS e atuam em organizações públicas e privadas da região metropolitana de Belo Horizonte. Por meio do relato trazido por eles, foi possível constatar que o estigma dessa doença permeia toda sua vida e, especialmente no local de trabalho, instala-se um cenário de prejuízos de diversas ordens. Podem-se citar prejuízos em aspectos de relacionamentos interpessoais, prejuízos à carreira e, especialmente, prejuízos à saúde que tentam manter em boa condição. Ser estigmatizado no local de trabalho ou viver com o temor de sê-lo estabelece o sofrimento e o adoecimento para esse trabalhador, obrigando-o a criar estratégias para sobreviver nesse ambiente. Vencer o estigma parece ainda ser o maior desafio imposto pelo HIV/AIDS em nossa sociedade, especialmente quando se pensa no mundo do trabalho e seus interesses quase sempre pautados pelo retorno financeiro sem compromisso em melhorar o mundo em que vivemos e superar suas injustiças.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Soropositividade em profissionais. Estigma no trabalho.

ABSTRACT

Based on the fact that in recent years people living with HIV/AIDS have been having a better quality of life and, consequently, have participated actively in the labor market, we question how they experience the stigma historically associated with them, and what is the impact of such stigma in that context of their lives? In order to find answers to this questioning, we think of a methodological qualitative approach, led by the case study method, with data collected through an in-depth interview and analyzed by the content analysis technique. In this study, the group of participants was composed of 13 workers living with HIV/AIDS and working for public and private organizations of the metropolitan region of Belo Horizonte. Through their report, it was possible to verify that the stigma of this disease permeates all their lives and, especially in workplace, installs a context of losses of several orders. We can cite impairments in aspects of interpersonal relationships, career and especially health losses that they try to maintain in good condition. Being stigmatized in workplace, or living with the fear of being so, establishes suffering and sickness, forcing them to create strategies to survive in this environment. Overcoming stigma still seems to be the greatest challenge posed by HIV/AIDS in our society, especially when we think of the world of work and its interests almost always driven by financial returns without commitment to improve the world we live in and overcome their injustices.

Keywords: HIV / AIDS. Seropositivity in professionals. Stigma at work.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Determinantes do estigma da AIDS.....	35
FIGURA 2 - A produção do estigma relacionado ao HV/AIDS	36
FIGURA 3 - Contextos-chave para a estigmatização e a discriminação	37
relacionadas ao HIV/AIDS.....	37
FIGURA 4 - A exposição midiática em torno de Cazuza quando doente	60
FIGURA 5 - Atributos depreciativos sob a perspectiva do trabalhador soropositivo .	62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Sistema de categorias de análise.....	53
QUADRO 2 - Resumo do conteúdo encontrado nas entrevistas.....	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Resultado da pesquisa em portais de publicações científicas.....	15
TABELA 2 - Tipos de características com as quais “preconceito” e “estigma” estão associados em artigos científicos	40

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEC	Ministério da Educação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PPGA	Programa de Pós-graduação em Administração
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PROBIC	Programa de Bolsas de Iniciação Científica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEPAD	Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SPELL	Scientific Periodicals Electronic Library
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Estigma	20
2.1.2 <i>Estigma antecipado</i>	<i>30</i>
2.2 HIV/AIDS, trabalho e estigma	32
2.3 Estigma, preconceito e discriminação	38
3 PLANO METODOLÓGICO	44
3.1 Abordagem	44
3.2 Método.....	44
3.3 Coleta e análise dos dados	45
3.4 Caracterização dos participantes	47
3.5 O cuidado ético desta pesquisa.....	50
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4.1 Estigma e o processo de interação social no trabalho.....	54
4.1.1 <i>Face a face com o diferente</i>	<i>54</i>
4.1.2 <i>O atributo depreciativo</i>	<i>58</i>
4.2 Estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo.....	63
4.2.1 <i>Relacionamentos interpessoais comprometidos</i>	<i>63</i>
4.2.2 <i>Prejuízos para a carreira e oportunidades no trabalho.....</i>	<i>64</i>
4.2.3 <i>Consequências para a saúde e qualidade de vida no trabalho</i>	<i>68</i>
4.3 Estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo.....	69
4.3.1 <i>O manejo da informação sobre o estigma.....</i>	<i>69</i>
4.4 Resumo do conteúdo encontrado nas entrevistas	73
5 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	87
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista	89

1 INTRODUÇÃO

Para contextualizar o presente estudo, deve ser ressaltado que no ano de 2008 realizamos pesquisa de iniciação científica financiada pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PROBIC/PUC Minas), que tinha o objetivo de analisar, sob a perspectiva do trabalhador portador do HIV/AIDS, o ambiente de trabalho nas empresas da região metropolitana de Belo Horizonte.

Esse interesse surgiu pois, à época, eu era graduando do curso de Administração desta Universidade, funcionário da Prefeitura de Betim e trabalhava na farmácia do Sistema Único de Saúde responsável pelo Programa de Doença Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) naquele município. Minha rotina de contato diário com este tema, com profissionais da área de saúde e especialmente com os usuários do sistema, despertou minha atenção para aquele universo e encorajou-me a pesquisá-lo.

Sobre aquela pesquisa, por meio de abordagem qualitativa e um roteiro de perguntas semiestruturado, foram entrevistadas 12 pessoas (homens e mulheres maiores de 18 anos) que viviam com AIDS e estavam inseridas como trabalhadoras formais no mercado de trabalho. Os dados alcançados possibilitaram analisar as percepções do sujeito soropositivo quanto à sua carreira, atividades, relacionamentos interpessoais, saúde, tratamento e o local de trabalho de forma geral. O trabalho foi apresentado no XVIII Seminário de Iniciação Científica da PUC Minas e seu relatório final foi publicado no livro de Destaques da Iniciação Científica desta mesma instituição, em 2009.

Daquele primeiro trabalho, portanto, surgiu a motivação para o presente estudo. Voltei, nos últimos meses, àquele meu antigo local de trabalho, revi amigos e reencontrei-me novamente com os usuários do programa, especialmente as pessoas que vivem com HIV/AIDS e são atendidas por uma dedicada equipe multidisciplinar de profissionais.

Observei que novos medicamentos antirretrovirais encontravam-se nas prateleiras da farmácia e, inclusive, uma espécie de teste rápido que detecta o vírus em poucos minutos. Vi também que o popularmente conhecido “coquetel” de medicamentos contra a AIDS, que naquele tempo já não era como a maioria das pessoas ainda imagina, agora está mais otimizado. E o SUS, tantas vezes criticado

por quem não compreende ou aceita sua relevância, continua bravamente lutando graças ao comprometimento de vários profissionais que resistem na missão de fazer um sistema de saúde universal que garanta a todos os brasileiros o direito à saúde.

Nesse retorno, pude perceber novamente que pouco evoluiu a discussão que foi aberta à época, praticamente uma década atrás, e que me revelou um mundo de possibilidades carentes de investigação acadêmica, em especial no tocante a aspectos subjetivos do sujeito soropositivo e seu local de trabalho. Nessa percepção, o estigma vivenciado pelo trabalhador que vive com HIV/AIDS continua como um objeto de estudo muito pouco explorado no contexto organizacional.

Veja-se o resultado de uma pesquisa feita em relevantes portais de publicações científicas - Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ Ministério da Educação (CAPES/MEC), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Scientific Periodicals Electronic Library (SPELL) e Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD). Em cada um desses repositórios foram buscados os verbetes: Estigma, em seguida Estigma e Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e, por fim, Estigma e HIV/AIDS e Local de Trabalho. Salienta-se que não foi colocado limite temporal e não se limitou a uma área de conhecimento específica nessas buscas, a fim de se encontrar o maior número possível de resultados. Antes de detalhar tais resultados em números, na sequência explica-se:

O Portal CAPES, reconhecido por reunir a produção científica brasileira e o que há de mais relevante no âmbito internacional, foi o único que indicou trabalhos que relacionam as questões estigma, HIV/AIDS e local de trabalho, mas ainda assim há ressalvas: os trabalhos indicados como resultados não necessariamente fazem essa relação de forma objetiva. De maneira geral, percebeu-se que o estigma para o HIV/AIDS no local de trabalho aparece em trabalhos diversos, mas não necessariamente decorre de estudos que tenham essa questão como objeto principal.

O portal SCIELO, que abrange uma coleção de periódicos científicos brasileiros, retornou nossa busca com resultados para trabalhos sobre estigma e sobre o estigma inserido no contexto do HIV/AIDS, mas nenhuma publicação sobre o estigma para o HIV/AIDS no local de trabalho.

O SPELL, particularmente dedicado às áreas de Administração, Contabilidade e Turismo, bem como o portal da ANPAD, que reúne produções de congressos da área da Administração, evidenciaram de maneira ainda mais direta a necessidade

premente de inserir este tema no celeiro das pesquisas realizadas em nossa área, pois aparentemente nenhum trabalho dedicado a esta questão fora realizado por pesquisadores da Administração em âmbito nacional. Ou, se por acaso tenha sido, ainda não consta em tais bibliotecas. A Tabela 1 detalha esses dados:

Tabela 1 - Resultado da pesquisa em portais de publicações científicas

<i>Portal</i>	<i>Estigma</i>	<i>Estigma + HIV/AIDS</i>	<i>Estigma + HIV/AIDS + local de trabalho</i>
CAPES	7.495	1.392	90
SCIELO	946	144	0
SPELL	8	0	0
ANPAD	6	0	0
Total	8.455	1.536	90

Fonte: Elaborado pelo autor.

Lacuna teórica onde este trabalho se insere

Sendo o estigma um problema que se apresenta nas organizações e interfere em seu funcionamento, bem como na experiência dos trabalhadores que nelas se encontram, preocupa-nos o fato de ainda não ter sido despertada a devida atenção na área de conhecimento que deve, *a priori*, trazer respostas para este universo: a Administração. Essa é outra razão pela qual dedicamos neste trabalho os nossos esforços.

A discrepância se torna ainda mais surpreendente quando, no portal CAPES, por exemplo, buscou-se exclusivamente o verbete AIDS. Mais de 1,8 milhão de publicações constaram como resultados de trabalhos publicados sobre esta questão no Brasil e no mundo. As preocupações em relação a tal doença acionam esforços de diferentes áreas de conhecimento, mas é possível perceber que elas estão aparentemente mais dedicadas ao seu entendimento como uma questão epidemiológica.

Um alerta quanto a isso é encontrado na Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2015), quando diz que a questão HIV/AIDS está cada vez mais presente na sociedade e vem interferindo mais e mais nas relações de trabalho em todo o mundo. Em outra publicação, além de impactos profundos na estrutura social

e econômica de diversos países, a OIT (2010) destaca também o sofrimento que tal doença impõe às pessoas e às suas famílias, por afetar direitos humanos fundamentais, especialmente em função da estigmatização e da discriminação de quem vive com AIDS.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2012) considera que em alguns países, e em especial o Brasil, o tratamento medicamentoso tem proporcionado significativos avanços em aspectos da saúde dessas pessoas, mas conviver com o estigma e com a discriminação é ainda um dos maiores desafios impostos por essa doença.

Sobre a complexidade desses desafios pode-se mencionar Mann (1988), quando defende a existência de três epidemias distintas em relação ao HIV/AIDS, que podem ser identificadas em qualquer comunidade: a primeira epidemia está relacionada à infecção silenciosa pelo vírus (HIV); a segunda, que se estabelece inexoravelmente após alguns anos ou décadas, está relacionada às consequências do desenvolvimento da síndrome (AIDS) nos organismos infectados; e a terceira refere-se às reações sociais, culturais, econômicas e políticas contra a AIDS, potencialmente mais danosas em função do estigma, da discriminação e até mesmo da negação coletiva.

Ele também alertou:

Infelizmente, como a ansiedade e o medo fazem com que alguns culpem os outros, a AIDS revelou os preconceitos vagamente disfarçados sobre raça, religião, classe social, sexo e nacionalidade. [...] Na medida em que excluimos pessoas infectadas pela AIDS da sociedade, colocamos em perigo a sociedade, enquanto na medida em que mantemos pessoas infectadas com AIDS na sociedade, protegemos a sociedade (Mann, 1988, p. 134, tradução nossa)¹.

Mann (1988) fez essas ponderações no fim da década de 1980, em um momento que essa doença apavorava o mundo com sua ferocidade. Ele, contudo, acreditava que nas melhores circunstâncias (e com sorte) até meados da década de 1990 uma vacina estaria disponível, entre os poucos recursos que havia, para se combater o vírus. Hoje, três décadas após sua previsão, pode-se dizer que ele falhou

¹ Unfortunately, as anxiety and fear cause some to blame others, AIDS has unveiled the dimly disguised prejudices about race, religion, social class, sex and nationality. [...] To the extent that we exclude AIDS-infected persons from society, we endanger society, while to the extent that we maintain AIDS-infected persons within society, we protect society. This is the message of realism and of tolerance.

nesse ponto, mas acertou plenamente quando disse dos impactos econômicos e sociais que viriam.

A despeito da vacina e outras expectativas não correspondidas, vivemos um momento em que a melhoria em aspectos da qualidade de vida dessas pessoas tem possibilitado seu retorno às atividades profissionais sem alguma limitação física. Contudo, isso não significa que sua integração no mercado de trabalho tenha se tornado uma questão resolvida.

Nas últimas décadas, quando os medicamentos para o controle do vírus começaram a assegurar boas condições de saúde para seus utilizadores, começou-se a perceber que eles eram capazes de usufruir de uma qualidade de vida que lhes possibilitava atuar ativamente no mercado de trabalho (Brasil, 2004b). Esse contexto tem mudado a história da epidemia, mas descortina outras questões: mais do que as limitações decorrentes da doença, o desafio atual é, especialmente, fazer a sociedade aceitar a reintegração da pessoa que vive com o HIV/AIDS e vencer o estigma e a discriminação (Programa Conjunto das Nações Unidas [UNAIDS], 2012), superando, inclusive, o interesse econômico de terceiros que, também contaminados pelo estigma, por vezes não reconhecem o trabalhador soropositivo como alguém apto para o trabalho (Brasil, 2002).

Assim, se nos últimos anos as pessoas que vivem com o HIV/AIDS têm tido melhor qualidade de vida e, por consequência, têm participado ativamente do mercado de trabalho, propõe-se como pergunta a ser investigada: como os trabalhadores soropositivos vivenciam, em seu local de trabalho, o estigma que historicamente é associado a eles e qual o impacto de tal estigma em sua vida nesse âmbito?

Nesse sentido, com o objetivo de analisar como trabalhadores soropositivos vivenciam o estigma e qual o impacto de tal estigma para a sua vida no trabalho, pretendeu-se:

- a) analisar situações de estigma no ambiente de trabalho, sob a perspectiva do próprio trabalhador soropositivo;
- b) analisar como sua vida no trabalho é afetada pela sua situação de pessoa que vive com HIV/AIDS;
- c) analisar as estratégias adotadas pelo trabalhador soropositivo para lidar com o estigma ao longo de sua experiência profissional.

Se é fato que a questão do HIV/AIDS se apresenta como um dos maiores desafios para o mundo do trabalho, especialmente pelo estigma que se converte em discriminação e ameaça à saúde, à qualidade de vida, à dignidade desses trabalhadores e, em análise ampliada, aos direitos humanos e à justiça social, é fato também que esse problema demanda esforço multidisciplinar, cujas contribuições sob a ótica da Administração se tornam imprescindíveis.

Defende-se a importância de se discutir essa doença com outros olhares, utilizando outras lentes, pois recorrentemente fala-se da prevenção e tratamento, mas pouco se discute o sofrimento que ela impõe às pessoas, modificando a história de suas vidas, especialmente como trabalhadoras. Este trabalho se justifica, inclusive, para embasar políticas públicas e demais intervenções que objetivem modificar o curso dessa epidemia em nossa sociedade, para além do seu entendimento como doença.

Outro ponto que justifica este estudo é sua vertente metodológica de caráter qualitativo guiado pelo método de estudo de caso. Diferentemente de trabalhos que trazem dados quantitativos mensurando os impactos dessa epidemia, procurou-se aqui aprofundar na subjetividade do indivíduo, com seus sentimentos e impressões muitas vezes afetados pelo estigma que permeia sua vida como trabalhador, mas permanece silenciado consigo pela impossibilidade de desabafar.

Ainda, sobre a estratégia metodológica adotada, este estudo guiou-se pelo estudo de caso (Brannen, 2011; Eisenhardt & Graebner 2007; Ragin & Becker 1992; Ridder, Hoon & McCandless, 2009), coletando os dados por meio de entrevistas em profundidade que seguiram um roteiro de perguntas semiestruturado (Bauer & Gaskell, 2002), e os resultados dessas entrevistas foram analisadas sob a luz da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2004). O grupo de participantes foi composto de 13 trabalhadores que vivem com AIDS, sendo 11 homens e duas mulheres, que atuam em organizações públicas ou privadas da região metropolitana de Belo Horizonte.

Especialmente quanto a esta Universidade (PUC Minas) e seu Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA-PUC Minas), sabe-se que este é o primeiro trabalho, entre dissertações e teses, a propor uma discussão pautada na teoria do estigma e sua relação com o contexto do trabalho e, sobretudo, sob a perspectiva de trabalhadores soropositivos. Inicia-se aqui uma discussão incipiente e faz-se um convite para que tal debate se amplie.

É de nosso profundo desejo que esse esforço se some aos outros tantos trabalhos desenvolvidos pelos dedicados colegas, alunos e professores deste Programa que, ao longo dos anos, têm contribuído para o desenvolvimento da linha de pesquisa na qual este trabalho se situa (Pessoas, Trabalho e Sociedade) e para sua reconhecida excelência no Brasil. Acredita-se que é possível posicionar-se ao lado das recentes investigações aqui desenvolvidas sobre diversidade e outras questões de ordem social que impactam as organizações e se apresentam como objetos de estudo desafiadores para a Administração.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estigma

O conceito inicial de estigma utilizado pelos gregos referia-se a marcas corporais visíveis feitas por meio de cortes ou fogo que objetivavam desqualificar seus portadores, uma vez que tais pessoas deveriam ser evitadas em espaços públicos. Mais tarde, por meio da cultura cristã, o estigma passou a ser associado também a alguns sinais que representavam distúrbios físicos ou manifestações divinas extraordinárias. Hoje se pode pensar que o termo é utilizado para além de certas marcas corporais ou manifestações sobrenaturais, “é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal” (Goffman, 1988, p. 5).

Dessa maneira, Goffman (1988) iniciou seu livro *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, que rapidamente se tornou leitura obrigatória sobre o tema. Originalmente publicado em inglês, no ano de 1963, as ideias ali contidas subsidiaram o desenvolvimento desse construto dentro de uma perspectiva social.

Esse autor procurou observar o estigma por meio do processo de interação social, considerando o momento em que sujeitos estigmatizados e sujeitos normais se deparam, ou seja: “quando estão na presença física imediata um do outro” (Goffman, 1988, p. 14). E coloca também em discussão dois papéis: o de normal e o de estigmatizado. O normal é aquele que não se afasta das expectativas da normalidade compartilhada socialmente, enquanto o estigmatizado é aquele que carrega algum atributo profundamente depreciativo. O conceito de estigma, para Goffman, pode ser sintetizado, então, em um “atributo profundamente depreciativo” (Goffman, 1988, p. 6) para aquele que o possui.

Segundo ele, a sociedade categoriza as pessoas e os atributos considerados normais, e essas concepções se convertem em expectativas que devem ser correspondidas. Assim, depara-se com o estigma aquele indivíduo que não corresponde às expectativas de uma normalidade socialmente estabelecida:

Enquanto o estranho está em nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser – incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejada – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de

considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem (Goffman, 1988, p. 6).

Aqui convém mencionar Stafford e Scott (1986), que contribuem com as ideias de Goffman (1988) quando exploram a noção de normas sociais e sua relação com o estigma. Para esses autores, encontra o estigma aquele indivíduo que se afasta de uma expectativa de normas compartilhadas na sociedade.

Uma norma pode ser entendida como uma crença comum de que as pessoas devem se comportar de certa maneira em determinadas circunstâncias e o estigma estaria relacionado àqueles comportamentos desviantes dessas normas (Stafford & Scott, 1986). Esses autores alertam, contudo, para a observação de que muitos estigmas têm pouco a ver com comportamento, e nesse sentido o foco no comportamento explica de maneira limitada o sentido de estigma.

Por esse motivo, Stafford e Scott (1986) defendem a necessidade de uma concepção mais ampliada para o estigma que abrace também características como, por exemplo, raça e gênero. Sob essa perspectiva, tais autores propõem o estigma como uma característica que certas pessoas possuem que é contrária a uma norma de uma unidade social, e essas características envolvem o que essas pessoas fazem, o que elas acreditam e o que essas pessoas têm ou são (devido a questões físicas ou sociais). Portanto, estigma pode ser entendido como sinônimo de desvio em uma noção ampliada que vai além de aspectos comportamentais (Stafford & Scott, 1986).

Contudo, ao analisar a perspectiva goffminiana, “o núcleo do processo de estigma é a ideia de um corpo marcado, e não de uma dinâmica social de produção de desigualdades que se reproduz com certa autonomia em relação aos sujeitos *de per se*”, segundo Monteiro, Villela, Pereira e Soares (2013, p. 72). Essa constatação parece fundamental para que as considerações de Goffman sejam ampliadas para uma perspectiva que inclua também aspectos da cultura e relações de poder.

Ainda, segundo Monteiro et al. (2013, p. 73), “é preciso pensar a produção do estigma e da discriminação com base nos modos pelos quais certos indivíduos ou grupos passam a ser postos à margem da sociedade e nos processos sociais que atualizam esses mecanismos”, admitindo que o estigma pode, então, ser empregado de maneira estratégica a favor da manutenção da ordem social, corroborando

injustiças e desigualdades (Becker & Arnold, 1986; Coleman, 1986; Monteiro et al., 2013, Parker & Aggleton, 2001).

Nesse sentido, Becker e Arnold (1986) alertam que muito embora o conceito de estigma seja universal - pois toda sociedade cria meios de definir mecanismos de controle social para garantir a conformidade das normas e estabelecer sanções para aqueles que fogem às tais normas -, as crenças e os significados em torno de um estigma variam de sociedade para sociedade, de acordo com normas culturais, valores e estrutura específica. A natureza do estigma é sensível e muda de uma cultura para outra. O estigma é, portanto, reflexo da cultura (Becker & Arnold, 1986).

Como exemplo dessa pluralidade, Becker e Arnold (1986) citam que entre os membros da tribo Trukese no Pacífico Sul, o consumo de bebida alcoólica e comportamento agressivo são considerados culturalmente apropriados para os homens, enquanto nos Estados Unidos o mesmo comportamento é considerado um desvio, em especial quando afeta o emprego e a vida familiar do indivíduo. Em algumas sociedades, pessoas com doenças mentais são encaradas como aberrações, enquanto em outras são motivo de uma série de privilégios, por serem consideradas possuidoras de propriedades mágicas, como os curandeiros ou xamãs.

Ou seja, o significado cultural atribuído a um atributo ou comportamento determina como ele será percebido em seu contexto cultural (Becker & Arnold, 1986). Goffman (1988, p. 6), nesse sentido, disse que “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso”. Daí a necessidade de se considerar o estigma dentro de um perímetro que compreenda também a cultura onde ele se desenvolve.

Além disso, Becker e Arnold (1986) consideram que as relações de poder entre as pessoas configuram uma espécie de controle social que visa garantir a conformidade entre quem tem mais e menos poder - esse poder pode ser definido como prestígio, riqueza ou a habilidade de manter o controle social sobre os outros ou pode se realizar por meios religiosos ou ainda pelo *status* atribuído a algumas pessoas escolhidas. Assim, a fim de manter a ordem social e seus privilégios, aqueles que determinam as normas sociais influenciam drasticamente na institucionalização do estigma, em especial quando interferem em questões de ordem política, econômica e legislativa, implicando a negação de acesso a diversas esferas da vida social para determinadas pessoas ou grupos.

Ou seja, “a desigualdade social pode ser direta ou indiretamente associada ao estigma” (Becker & Arnold, 1986, p. 46, tradução nossa)², pois, “em parte, estigmas refletem o julgamento de valores de um grupo dominante” (Coleman, 1986, p. 213, tradução nossa)³. Assim, “nessa perspectiva, o estigma é parte de uma complexa luta de poder presente no centro da vida social, vinculada às desigualdades sociais estruturais” (Monteiro et al., 2013, p. 73).

Como exemplo, pode-se citar a Lei Saraiva, que por mais de 100 anos impediu o voto dos analfabetos no Brasil. O projeto que deu origem à lei foi redigido em 1981, pelo advogado e deputado Ruy Barbosa, que dizia que “escravos, mendigos e analfabetos não deveriam votar porque careciam de ilustração e patriotismo e não sabiam identificar o bem comum” (Westin, 2016, p. 1). Esse autor lembra que para os iletrados só foi permitido o voto a partir de 1985, como parte das primeiras medidas democratizantes pós-ditadura.

A legitimação da diferença, como no exemplo anterior, faz com que as desigualdades pareçam razoáveis e justificáveis:

De fato, é possível ver a estigmatização desempenhando um papel-chave na transformação da diferença em desigualdade, e pode funcionar, em princípio, em relação a qualquer dos eixos principais da desigualdade estrutural interculturalmente presente: classe, gênero, idade, raça ou etnia, sexualidade ou orientação sexual, e assim por diante. [...] O estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio *status* dominante dentro de estruturas de desigualdade social existentes (Parker & Aggleton, 2001, p. 16).

Nessa dinâmica, os indivíduos estigmatizados compreendem a forma como são percebidos pela sociedade e passam por um processo de aceitação de sua posição. Aqueles que não aceitam conviver com determinadas imposições e rompem com certas regras ou tabus são excluídos socialmente (Becker & Arnold, 1986).

O grau em que o indivíduo se sente estigmatizado, o grau em que o estigma é compartilhado com outros na sociedade e o grau em que o estigma pode ser “normalizado” vai afetar o processo de adaptação que o indivíduo sofre para lidar com o estigma (Becker & Arnold, 1986, p. 46, tradução nossa)⁴.

² Social inequality may be directly related to stigma, or it may be indirect.

³ In part, stigmas reflect the value judgments of a dominant group.

⁴ The degree to which the individual feels stigmatized, the degree to which the stigma is shared with others in society, and the degree to which the stigma can be “normalized” will all affect the process of adaptation that the individual undergoes in dealing with the stigma.

Coleman (1986, p. 213, tradução nossa)⁵, concordando, complementa: “estigmatização ou sentir-se estigmatizado é uma consequência da comparação social”. Neste sentido, esse autor destaca que uma das ideias mais relevantes de Goffman é a que sugere que todas as diferenças humanas são potencialmente sujeitas ao estigma, e a determinação daquela que vai ou não ser estigmatizada é dada pelo mais forte em determinado contexto sociocultural. Assim, o estigma não existe apenas para certos segmentos da população, pois na verdade alguém não estigmatizado pode facilmente se tornar estigmatizado, a depender de onde se encontra: isto é, a superioridade em um cenário pode se tornar inferioridade em outro.

E para que os estigmas se perpetuem, é fundamental que sejam aprendidos e compartilhados entre os indivíduos. Assim, encontramos em Martin (1986) considerações sobre a aprendizagem social para a manutenção do estigma. Segundo ele, o contexto social no qual os indivíduos estão inseridos determina uma rotina de relacionamento social que permite a categorização do outro. Nesse processo algumas pessoas são percebidas como possuidoras de atributos que as tornam diferentes e menos desejadas.

Para Martin (1986), estigma são marcas de descrédito reconhecidas na interação social que estão intrinsecamente ligadas ao processo de aprendizagem, e essa aprendizagem é determinada pelas experiências que a sociedade oferece. Um conjunto de crenças, atitudes e valores é desenvolvido ao longo da vida de uma pessoa e isso determina a maneira como essa pessoa avalia o outro.

Assim, o contexto cultural no qual o sujeito se desenvolve vai influenciar a forma como a informação será recebida, categorizada, valorizada e entendida em sua realidade. As primeiras experiências de vida e as primeiras experiências escolares contribuem decisivamente para a criação de uma estrutura de crenças sobre o estigma, tanto para o sujeito estigmatizado quanto para o sujeito não estigmatizado (Martin, 1986).

Quando se observam todas essas contribuições, percebe-se que a realidade social é permeada pelo estigma e, dele, ninguém escapa. Lembrando Coleman (1986), alguns atributos são mais desqualificadores que outros e implicam desafios maiores à vida de determinados indivíduos ou grupos, mas dada a naturalidade com a qual a produção da diferença se estabelece na dinâmica social, mesmo as pessoas

⁵ Stigmatization or feeling stigmatized is a consequence of social comparison.

estigmatizadas cometem comparações e concluem que há sempre alguém em situação pior. Analisar, então, o estigma como uma poderosa ferramenta para a chancela do que é inferior ou superior permite-nos entender como e por que as pessoas se estigmatizam. O estigma é, portanto, uma resposta ao dilema da diferença (Coleman, 1986).

O estigma representa uma visão da vida; um conjunto de construções pessoais e sociais; um conjunto de relações e relacionamentos sociais; uma forma de realidade social. O estigma tem sido um conceito difícil de delimitar porque reflete uma propriedade, um processo, uma forma de categorização social e um estado afetivo (Coleman, 1986, p. 211, tradução nossa)⁶.

Considera-se, então, que é fundamental compreender o estigma não apenas como um adjetivo que desqualifica seu portador e representa desafios à sua vida, mas sim como uma reputação depreciativa aprendida e compartilhada num dado contexto cultural, que determina aquilo que é considerado anormal naquele contexto e, nesse sentido, legitima a diferença de forma negativa, como um demérito, corroborando e perpetuando injustiças a favor da ordem social estabelecida.

Assim, reafirma-se neste texto que o estigma não apenas determina o que é diferente e deve ser evitado, ele é estrategicamente empregado para determinar também o que é normal e deve ser perpetuado e valorizado na dinâmica social. Ele, de maneira extremamente eficiente, dá lugar e naturaliza o que é diferente e o que é normal, ao passo que a sociedade muitas vezes não questiona a produção da desigualdade que decorre disso, trabalhando (consciente ou inconscientemente) para que as injustiças se mantenham.

As ideias de Goffman (1988) foram então aqui especialmente complementadas por Becker e Arnold (1986), Coleman (1986), Martin (1986), Monteiro et al. (2013), Stafford e Scott (1986) e Parker e Aggleton (2001), revelando a complexidade desse construto e sua relevância para um debate que se faz urgente em face da dinâmica social na qual todos estamos inseridos.

⁶ Stigma represents a view of life; a set of personal and social constructs; a set of social relations and social relationships; a form of social reality. Stigma has been a difficult concept to conceptualize because it reflects a property, a process, a form of social categorization, and an affective state.

2.1.1 Estigma nas organizações

As discussões sobre o estigma se substanciam especialmente nas ciências sociais e nas ciências da saúde, portanto, para a realidade aqui retratada, nosso esforço deve ser o de visitar essas discussões e trazê-las para o cenário organizacional.

Bacila (2015) alerta que as esferas pública e privada estão contaminadas pelos estigmas e que é cometida uma série de injustiças em consequência disso. Para não incorrer na manutenção dessas injustiças, é fundamental desconfigurar os estigmas e mergulhar em suas origens mais remotas. Sem a devida compreensão de onde surgem os estigmas, combatê-los se torna uma luta inglória. Essa empreitada, segundo ele, só é sustentável olhando-se para o passado, para a história.

Para ilustrar seu ponto de vista, esse autor apresenta o seguinte exemplo: no início da organização do trabalho como é conhecida hoje, a especialização nas tarefas possibilitou a divisão de ofícios. Era natural que as mulheres, em função dos frequentes períodos de gestação, ficassem mais tempo em casa cuidando de tarefas domésticas e dos filhos. Enquanto isso, os homens se especializavam em outras atividades. Logo, os homens passaram a se especializar nas tarefas mais prestigiadas e se puseram com mais facilidade nas posições de poder. Assim, por meio de um processo cultural – e não *a priori* na existência de uma superioridade masculina – nasceu um dos “primeiros e mais importantes estigmas: o da inferioridade feminina” (Bacila, 2015, p. 60).

Esse exemplo é interessante para se perceber as implicações de um estigma no âmbito do trabalho. É de longa data a luta das mulheres por mais reconhecimento e igualdade de tratamento, tanto que até mesmo aquelas que já chegaram a uma posição de destaque nas organizações precisam se esforçar muito mais para provar suas competências (Santos, 2012).

Então, além de se ver obrigado a esforçar-se muito mais para conquistar determinado lugar, entende-se que um indivíduo estigmatizado deverá criar estratégias para sobreviver no local de trabalho, pois o estigma acarreta uma série de prejuízos para sua vida como trabalhador. Essa nossa percepção é reforçada por outros trabalhos, como os que se seguem.

Irigaray e Freitas (2013), em um estudo que objetivou verificar as estratégias que homens *gays* e bissexuais adotam para sobreviver em um ambiente de trabalho

heterocêntrico, constataram a existência de três posturas distintas: daqueles que são totalmente assumidos, daqueles que são parcialmente assumidos e a dos não assumidos. Sobre essas diferentes posturas, os autores detalham:

Os assumidos se dividiram entre *gladiadores* e *pacificadores*; os parcialmente assumidos entre *gente boa* e *super-homem*; os não assumidos entre *machão*, *sedutor* e *invisível*. Os *gladiadores* optam pela estratégia de enfrentamento, já os *pacificadores* e os *gente boa*, pela de colaboração e simpatia. A diferença é que este último grupo tem por objetivo desfocar uma eventual atenção a sua orientação sexual. A estratégia de ser o *machão* fundamenta-se no imaginário do macho rústico, o qual elimina qualquer suspeita de comportamento homossexual. Estratégia similar é a de *Don Juan*, só que, neste caso, a heterossexualidade é reafirmada por movimentos sedutores ao sexo oposto. A última estratégia é a do *homem invisível*, aquele que faz de tudo para não ser notado no ambiente de trabalho (Irigaray & Freitas, 2013, p. 88).

É possível verificar que a existência dessas estratégias diz da maneira como esses homens lidam ou tentam lidar com o estigma a eles associados. Os adjetivos que se referem aos homossexuais são geralmente pejorativos (Irigaray, 2008), e o medo de ser estigmatizado promove um permanente estado de vigilância e ansiedade, com danos de ordem psicológica e prejuízos à autoestima da pessoa (Irigaray, 2006).

Assim, podem-se imaginar os motivos pelos quais esses homens lançam mão de certas atitudes e comportamentos: a estratégia de esconder sinais que evidenciam determinado estigma parece ser um recurso utilizado para se manter no local de trabalho. Vale aqui um exemplo citado por Goffman (1988): um deficiente visual com alguma deformidade na região dos olhos pode, por exemplo, utilizar óculos que evidenciam a cegueira, mas, pelo menos, acobertam a desfiguração facial. Isto é, mesmo as pessoas que estão prontas a admitir que têm um estigma podem imprimir grandes esforços para fazer com que tal estigma não apareça muito.

Ainda sobre aspectos da sexualidade, os valores heterocêntricos compartilhados em nossa sociedade chancelam como normal a heterossexualidade e estigmatizam outras orientações sexuais. Segundo Irigaray e Freitas (2013), há ainda a homofobia, que impulsiona sentimentos, ideias e atitudes negativas contra os *gays*. E, menos evidente que a homofobia, porém ainda mais danosa, existe a heteronormatividade que reforça a heterossexualidade em detrimento de qualquer outra orientação sexual.

Entender os conceitos de homofobia e heteronormatividade é fundamental para compreender que ambos comprometem a dignidade (Irigaray & Freitas, 2013), a saúde e o bem-estar (Irigaray, 2006) e até mesmo a ascensão profissional desses

indivíduos (Irigaray, 2008). Como consequência, no quadro organizacional, “mais do que apenas perdas financeiras, ser estigmatizado como homo ou bissexual também acarreta custos psicossociais e sofrimento no ambiente de trabalho” (Irigaray & Freitas, 2013, p. 80).

Outra pesquisa que parece adequada para se discutir aqui estabelece como objeto de estudo o estigma vivenciado por pessoas que vivem com estomia intestinal (Oliveira, 2007). Compreende-se por estomia intestinal a abertura cirúrgica que exterioriza o intestino para que o conteúdo fecal seja desviado do seu caminho normal, devido a doenças ou traumas. Existem vários estomas com diferentes finalidades e indicações. Os mais comuns são os intestinais e urinários, e estes podem ser definitivos ou temporários (Oliveira, 2007).

Não se pretende aqui discutir aspectos dessa intervenção cirúrgica e questões específicas da área de saúde. A estomia, contudo, se encaixa no bojo desta discussão, uma vez que a partir do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, pelo Decreto nº 5.296 (2004), ela passou a ser considerada uma deficiência física. Conforme Oliveira (2007), o reconhecimento da estomia como deficiência física faz parte de um movimento de ampliação do conceito de deficiência, além da constatação do estigma vivenciado pela pessoa com estomia intestinal definitiva, que perde o controle voluntário para eliminação das fezes e passa a viver com bolsa coletora no abdômen.

Como resultado, esta pesquisadora destaca que “as pessoas com estomia intestinal definitiva não retornam ao mundo do trabalho formal por causa do estigma da deficiência física” (Oliveira, 2007, p. 129). Assim, aqueles que tinham a aposentadoria como uma opção, por contribuírem com a previdência, fizeram jus a esse direito. Essa decisão, entretanto, acarretou prejuízos: significou a interrupção da carreira profissional e, especialmente, significativa perda econômica, pois essas pessoas aposentaram-se com rendimentos mais baixos em um momento de aumento de custos com a própria saúde (Oliveira, 2007).

Ainda sobre prejuízos que o estigma implica, McGonagle e Barnes-Farrell (2014), em uma pesquisa empírica nos Estados Unidos, concluíram que trabalhadores com doenças crônicas vivenciam níveis de estresse no ambiente de trabalho relacionados ao estigma de tais doenças: eles experimentam sentimentos de tensão e menos capacidade para o trabalho quando vivenciam o medo de ser estigmatizados e, assim, sofrem consequências psicológicas negativas.

Pesquisa canadense, conduzida por Kirsh, Slack, e King (2012), indica que o estigma associado a trabalhadores com histórico de acidente de trabalho faz com que esses trabalhadores internalizem sentimentos e estereótipos negativos contra si mesmos. Como resultado, experimentam depressão e outros danos à saúde mental que se convertem em prejuízos de oportunidades tanto no local de trabalho quando na comunidade em que vivem.

Dozier (2017), em pesquisa realizada nos Estados Unidos com mulheres trabalhadoras que se identificam e são socialmente reconhecidas como mulheres, mas exibem características na aparência, comportamento ou estilos interacionais que remetem ao gênero masculino, concluiu que para sobreviverem no local de trabalho essas mulheres empregam grande esforço para lidar com sua identidade estigmatizada. Para isso, elas modificam seu jeito de vestir, incorporam comportamentos femininos, trabalham sob alta demanda ou em empregos indesejados ou procuram trabalhar em empresas reconhecidas por uma configuração de trabalho masculinizada, onde se sentiriam mais bem-recebidas.

Da mesma forma, a pesquisa de Harris (2011) revela que trabalhadores doentes de hanseníase na Índia se sentem marginalizados e estigmatizados dentro de suas empresas, mas, como no exemplo anterior, também não se mantêm passivos: eles empregam estratégias criativas e se organizam para sobreviverem no ambiente organizacional minimizando prejuízos; ou seja: a consciência do estigma e a iminência de seus danos obrigam esses trabalhadores a criar recursos para conseguirem se manter no emprego.

E para refletir até onde chega o estigma, podem-se citar também as experiências vivenciadas por Hammond e Kingston (2014) no Reino Unido. Em suas pesquisas envolvendo a temática da prostituição e profissionais do sexo, viveram a situação de justificar questionamentos maliciosos sobre o motivo que as levavam a se interessarem tanto pela temática sexo e prostituição. Assim, segundo elas próprias, conseguiram compreender os motivos pelos quais os sujeitos estigmatizados se veem obrigados a criar estratégias para lidar com o estigma, já que elas também tiveram de criar estratégias para lidar com uma série de dificuldades que se lhes impuseram devido ao contato, ainda que como pesquisadoras, com profissionais do sexo. Aqui o estigma revela também o seu poder de contágio e perversão e sinaliza ainda mais quão desafiador é o seu combate.

Ainda que o estigma seja percebido apenas quando observado com atenção, seus impactos na vida do sujeito estigmatizado, em especial no local de trabalho, são certos. Os exemplos aqui citados evidenciam que ele acarreta perdas de ordem financeira, desvantagens de oportunidades de trabalho, baixos salários, dificuldades para a ascensão profissional, estresse, depressão, sofrimento no trabalho e o desrespeito à dignidade humana. O trabalhador deixa de ser visto como a pessoa que é, e vive no prejuízo da reputação que lhe fora roubada.

A lógica que atualmente domina as organizações implica a busca pela perfeição. E nesse sentido o demérito não tem lugar. A obsessão pelo retorno financeiro exerce pressão sobre todos os membros da organização e, nessa gana, questões de ordem moral podem ser atropeladas (Gaulejac, 2007), alimentando uma dinâmica conivente com as injustiças presentes na sociedade e sem qualquer compromisso em superá-las.

O interesse econômico de terceiros sem o devido comprometimento em melhorar o mundo em que vivemos retroalimenta as injustiças e violências presentes na sociedade. A gestão não é um mal em si, desde que se preocupe também em melhorar as relações humanas e a vida social (Gaulejac, 2007). O estigma que marginaliza e limita a vida das pessoas na sociedade marginaliza e limita também nas organizações, sem que, muitas vezes, seja percebido ou questionado.

As organizações precisam atentar para sua responsabilidade perante essa violência, pois não raro são cúmplices da mesma. Aquelas que pretendem promover a gestão da diversidade e, por consequência, contribuir para uma sociedade mais justa devem voltar sua atenção para os estigmas que contaminam sua administração e impossibilitam programas e práticas de gestão que melhorem o clima organizacional, a qualidade de vida e melhores condições de trabalho e, principalmente, o respeito à dignidade humana.

2.1.2 Estigma antecipado

Lembrando Amaral (1992), o contato com o diferente promove um conjunto de reações emocionais conscientes ou inconscientes que determinam o surgimento do estigma. “Ataca-se o diferente, o inconveniente e com isso se liquida a ameaça por eles representada” (Amaral, 1992, p. 63), mas como essa conduta violenta não cabe

em nossa moral atual, o caminho mais usual é o de fugir à questão, rejeitar (Amaral, 1992).

O desacreditado se vê então na necessidade não apenas de administrar sua tensão emocional diante dos outros, mas também de manter um bom controle da informação sobre os estigmas, tendo que, por vezes, dizer a verdade ou mentir em determinada situação (Melo, 2000). E no momento em que administra essa informação, onde ele muitas vezes tenta ocultar ou negar os sinais que evidenciem o estigma (Goffman, 1988), o indivíduo antecipa o medo de ser desvalorizado ou discriminado e assume, assim, o alto custo emocional que advém desse temor (Fox, Smith, & Vogt, 2016; Ojikutu et al., 2016; Quinn & Earnshaw, 2013; Quinn et al., 2014; Toth & Dewa, 2014).

O estigma antecipado, então, diz do quanto uma pessoa com identidade estigmatizada ocultável acredita que será desvalorizada ou isolada caso tal identidade se torne conhecida por outras pessoas (Quinn & Earnshaw, 2013; Quinn et al., 2014). Aqui se ressalta que a identidade estigmatizada ocultável é uma tradução nossa para o que esses autores chamam de “*concealable stigmatized identity*” ao longo de seus textos.

Esse conceito saltou aos olhos por se mostrar bastante apropriado para a situação das pessoas que vivem com HIV/AIDS. De modo geral, revelar-se soropositivo é quase sempre uma escolha do sujeito, visto que essa identidade pode ser disfarçada ou até mesmo negada por ele. Outros exemplos de identidades estigmatizadas ocultáveis citadas por esses autores são encontradas em doentes mentais, usuários de drogas, vítimas de violência sexual, violência doméstica, abuso sexual infantil ou em aspectos identitários de orientação sexual.

Para exemplificar a relevância do estigma antecipado, Ojikutu et al. (2016), em um consórcio internacional de pesquisadores, investigaram, entre outras questões que envolvem o HIV/AIDS, o estigma antecipado para uma amostra de 299 mulheres soropositivas no Brasil, Tailândia e Zâmbia. Como resultado, 40,9% dessas mulheres reportaram vivenciar o estigma antecipado e, quando comparados os países, as mulheres brasileiras são as que mais o sofrem (62,2% no Brasil contra 38% na Tailândia e 23% na Zâmbia). Como fuga para essa realidade, essas mulheres, por vezes, encontram as drogas e o álcool. E como adoecimento mental, geralmente encontram a depressão.

Esses pesquisadores destacam que há estudos determinando relação entre o estigma antecipado com o sofrimento psicológico, com a diminuição da qualidade de vida e com baixa adesão ao tratamento do HIV/AIDS (Ojikuto et al., 2016). Em outros trabalhos encontram-se exemplos que corroboram esse dado, conforme se discorre na sequência.

Pesquisa americana desenvolvida por Fox et al., (2016) traz contribuições empíricas recentes: segundo eles, trabalhadores com histórico de depressão quando vivenciam o estigma antecipado experimentam exacerbação dos sintomas dessa doença e isso acarreta consequências diretas e indiretas no local de trabalho, como, por exemplo, o absenteísmo e prejuízos às relações interpessoais.

De modo parecido, em pesquisa também recente realizada no Canadá, os pesquisadores Toth e Dewa (2014) concluíram que trabalhadores com doenças mentais, pelo medo do estigma, pesam os riscos e benefícios de revelarem sua condição no local de trabalho. O estigma nessa situação torna-se ainda mais difícil de ser combatido, porque muitas vezes não é revelado e, assim, segundo esses autores, impede o desenvolvimento de políticas, práticas e programas organizacionais que melhorem a experiência vivenciada por esses trabalhadores.

Essas pesquisas reforçam que o estigma não se relaciona apenas com a saúde e bem-estar dos trabalhadores, mas impacta outras variáveis importantes que dizem do funcionamento da organização como um todo. Além disso, convém destacar que, pelas recentes publicações, este tema parece merecedor de grandes esforços, especialmente para o seu desenvolvimento no Brasil.

Concluindo, se para Goffman (1988) o estigma se estabelece no momento em que o sujeito normal e o sujeito diferente se encontram face a face, no estigma antecipado ele (o estigma) se estabelece antes de tal contato. Ele se estabelece pela ansiedade, pelo medo, pela consciência, por parte do diferente, de vivenciar os prejuízos de ser discriminado tão logo a sua identidade estigmatizada se torne conhecida. E nesse momento assume, em silêncio, um estado permanente de alerta, bem como altíssimo custo emocional.

2.2 HIV/AIDS, trabalho e estigma

A epidemia do HIV/AIDS atingiu a proporção de uma crise mundial. Diversos países do mundo convivem com a doença em um estado de emergência. O UNAIDS

(2008a) revela que foi estimado que, mundialmente, em 2007, havia 33 milhões de pessoas vivendo com o HIV. Quatro anos depois, em 2011, esse número passou para 34 milhões (UNAIDS, 2012). A estimativa mais recente ultrapassa o número de 36,7 milhões, sendo que, desse total, 14,5 milhões desconhecem a presença do vírus em seu organismo (UNAIDS, 2016). Trata-se, portanto, de um número que não para de crescer.

Quanto ao Brasil, estima-se que esse número seja de 830 mil pessoas, sendo 44 mil novas infecções e 15 mil mortes associadas à doença apenas no ano de 2015. Sendo o país mais populoso da América Latina, o Brasil é responsável por 40% das novas infecções na região (UNAIDS, 2016). Ressalta-se também que o Brasil tem hoje uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os países de baixa e média renda: enquanto a média global corresponde a 46%, o Brasil é referência de desempenho, visto que 64% das pessoas que vivem com HIV/AIDS fazem uso da terapia antirretroviral de forma gratuita e com recursos do próprio governo. Nesse sentido, o Brasil é uma exceção juntamente com o México e alguns poucos países da Ásia e região do Pacífico (UNAIDS, 2016).

No tocante ao mercado de trabalho, a Secretaria Internacional do Trabalho (Brasil, 2002) estima que em 2020 a força de trabalho nos países com mais incidência será de 10 a 30% menor do que seria se o vírus não afetasse a mão de obra. A partir desse dado pode-se perceber que o HIV/AIDS é muito mais que um problema público de saúde: ele está afetando diretamente a ordem econômica de diversos países.

Aliado a outros problemas como a miséria, fome e desigualdade social, essa doença tem atacado invasivamente a sociedade, sobretudo nos locais onde sua incidência é maior e não há recursos suficientes para a sua prevenção e tratamento. Segundo a UNAIDS (2008b), o HIV envia pessoas para a margem da sociedade, afetando primeiro a família, depois a comunidade e local de trabalho, depois a nação como um todo.

Desde o início da história da epidemia, detectada na década de 1980, a faixa etária mais atingida concentra-se entre os 20 e 49 anos de idade, de acordo com Cassano, Frias e Valente (2000), e essa tendência mantém-se até o presente. Além disso, “entre 1991 e 1998, 89% dos casos de AIDS notificados ocorreram entre homens que participavam ativamente do mercado de trabalho” (Fonseca, Travassos, Bastos, Silva & Szwarcwald, 2003, p. 1354). Pode-se considerar que os adultos

representam a faixa etária mais atingida pelo vírus e, nesta, a grande maioria é representada por homens que compõem a população economicamente ativa do país.

Segundo informações da Secretaria Internacional do Trabalho (Brasil, 2002), a AIDS é uma grande ameaça ao mundo do trabalho, por afetar diretamente a força produtiva, reduzindo salários, impondo altos custos trabalhistas e a perda de capacidade e experiência. Além do mais, afeta os direitos fundamentais do trabalhador, pois, como característica dessa infecção, as pessoas soropositivas são discriminadas e estigmatizadas socialmente (Brasil, 2002; Brasil 2004b; Brasil, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) alerta que a existência de medos infundados relativos à forma de se contrair o HIV dissemina condutas discriminatórias e preconceituosas no ambiente de trabalho. Por esse motivo, vários profissionais que vivem com o HIV/AIDS têm sido impedidos de assumir empregos ou são demitidos e outros tantos sofrem perseguições variadas por parte de colegas e patrões (Brasil, 2004b).

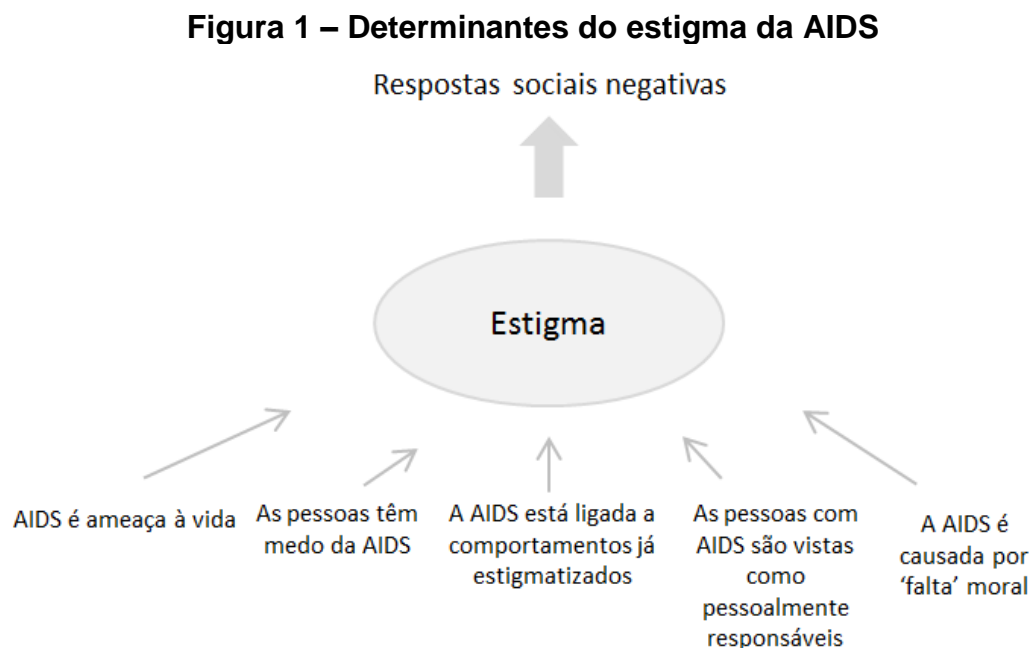
Em pesquisa mais recente, este mesmo Ministério (Brasil, 2016) constatou, em linhas gerais, elevado índice de conhecimento da população brasileira sobre aspectos do HIV/AIDS, mas o estigma e a discriminação aparecem entre os principais desafios. Como exemplo, 38% da população alegaram que deixariam de comprar legumes e verduras de uma pessoa que vive com AIDS e, em se tratando das regiões Norte e Nordeste, esse número cresce para 42,5 e 47,5%, respectivamente. Além disso, 19% dos brasileiros concordam que uma professora que vive com AIDS não deve lecionar (Brasil, 2016).

Em outro estudo com trabalhadores soropositivos (Garrido, Paiva, Nascimento, Sousa & Santos, 2007) concluiu-se que o HIV/AIDS é associado a morte iminente e comportamentos imorais reprovados socialmente. “Por esse motivo é que muitos não suportam a pressão (ou humilhação) e se demitem ou são demitidos” (Garrido et al., 2007, p. 78). Dos 17 participantes do estudo, quatro declararam que foram demitidos e cinco se demitiram por serem soropositivos.

Ferreira e Figueiredo (2006) alertam que a perda do emprego em função do HIV/AIDS acarreta sérios prejuízos às condições de saúde e à manutenção da autoestima do trabalhador soropositivo. E complementam: “Geralmente as empresas não se preocupam em informar e ajudar seus funcionários. Na ocorrência de doenças ou algum incidente semelhante o funcionário é, via de regra, convidado a se afastar para não causar prejuízos à organização (Ferreira & Figueiredo, 2006, p. 595).

Apesar da possibilidade de transmissão ser improvável na maioria dos locais de trabalho, o risco, ainda que remoto, é recorrentemente utilizado como pretexto para negar emprego ou, ainda, justificar a estigmatização e a discriminação de quem vive com o vírus (Parker & Aggleton, 2001). Portanto, além de criticar essa conduta, é fundamental afirmar que o contato social que se estabelece no ambiente de trabalho não envolve riscos para a transmissão do HIV (Brasil, 2004b).

Esses estudos evidenciam que, desde o início da epidemia, uma série de metáforas poderosas foi associada em torno do vírus HIV e da AIDS. Por exemplo: a AIDS como morte iminente, a AIDS como horror, a AIDS como punição, a AIDS como uma guerra a ser combatida, a AIDS como o outro (algo que aflige os que estão próximos dela) e a AIDS como vergonha (Parker & Aggleton, 2001). A Figura 1 ilustra parte dessas metáforas em torno da doença que promovem uma série de respostas sociais negativas:



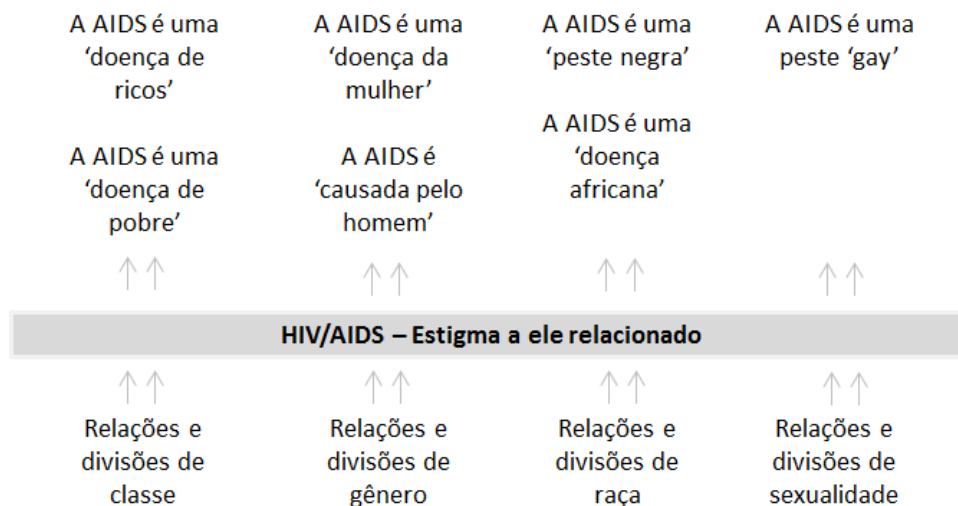
Fonte: De Bruyn (como citado em Parker & Aggleton, 2001).

Desse modo, o debate sobre o tema em questão encontra pelo caminho desafios muito maiores do que o de um problema de saúde pública. Pode-se concluir que o HIV/AIDS relaciona-se diretamente ao desenvolvimento econômico da

sociedade e ao respeito aos direitos fundamentais do ser humano, como considera a OIT (2015).

Vale lembrar que os estigmas relacionados a essa doença não operam apenas em função dela, pois já estavam presentes em praticamente todos os países e culturas. São estigmas relacionados à sexualidade, ao gênero, à raça ou à etnia, bem como à pobreza ou à marginalização econômica (Parker & Aggleton, 2001). A Figura 2 mostra como a produção do estigma para o HIV/AIDS está intimamente relacionada a estigmas anteriores:

Figura 2 – A produção do estigma relacionado ao HIV/AIDS



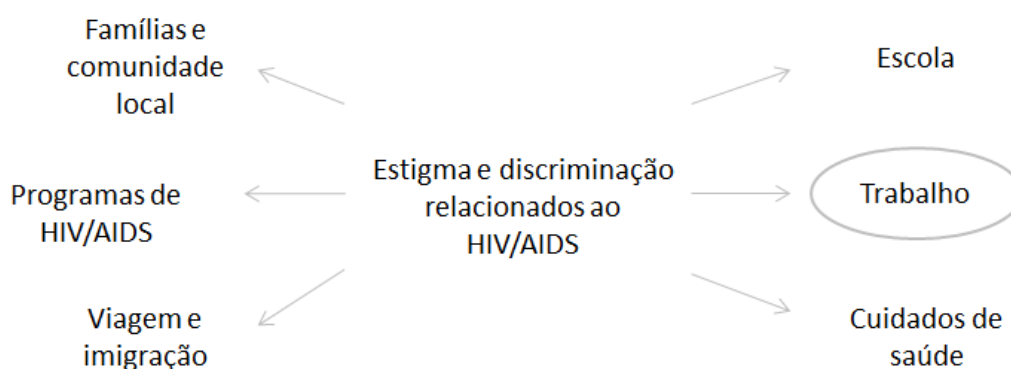
Fonte: Parker, R., & Aggleton, P. (2001).

O HIV/AIDS foi inicialmente associado à homossexualidade, à prostituição e à promiscuidade. Em seguida, onde se experimentou crescimento da epidemia em transmissões heterossexuais, a doença passou a ser associada a questões de gênero, sendo entendida numa perspectiva machista como o resultado de comportamento sexual fora do padrão por parte das mulheres. Paralelamente, dada a forte expansão da epidemia na África e em outras comunidades marginalizadas (como os afro-americanos e latinos nos Estados Unidos), o HIV/AIDS passou a ser intimamente ligado ao racismo e à exclusão econômica (Parker & Aggleton, 2001).

De acordo com Parker e Aggleton (2001), o estigma relacionado ao HIV/AIDS tem diversas causas, origens e formas e pode surgir também nos mais variados

contextos. Nesse sentido, seis contextos podem ser considerados como centrais, entre aqueles mais afetados pelo estigma e discriminação relacionados ao HIV e à AIDS, conforme mostra a Figura 3:

Figura 3 – Contextos-chave para a estigmatização e a discriminação relacionadas ao HIV/AIDS



Fonte: Parker, R., & Aggleton, P. (2001).

O contexto do trabalho é, portanto, reconhecido como um importante espaço para analisar e combater o estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS em função da frequência de relatos que evidenciam uma série de agressões e a ausência de respostas políticas eficientes para se combater o estigma e a discriminação da pessoa que vive com o vírus (Parker & Aggleton, 2001). De outro lado, Ferreira, Figueiredo e Souza (2011) destacam que o local de trabalho, quando percebido de maneira positiva pelos indivíduos, torna-se um espaço de socialização e enfrentamento da doença.

Parker e Aggleton (2001, p. 31) alertam que “somente umas poucas empresas têm desenvolvido estratégias para combater o medo, o estigma e a discriminação no ambiente de trabalho”. Os medos infundados em relação ao vírus respondem por certo pânico em conviver com pessoas soropositivas, o que, por vezes, serve de argumento para a realização de triagens sorológicas no local de trabalho, favorecendo a visão de que essas pessoas são doentes em potencial que podem acarretar despesas e baixa produtividade (Brasil, 2004b).

No Brasil são aceitas as seguintes justificativas para a realização de testes anti-HIV: quando a pessoa, por livre vontade, deseja conhecer sua condição sorológica; quando na seleção de doadores de sangue, órgãos e esperma para inseminação artificial; quando em estudos epidemiológicos, desde que sejam respeitadas todas as condições éticas para a pesquisa; quando na necessidade de elucidação da condição sorológica de parceiros sexuais de pessoas soropositivas. Além disso, é justificável a oferta de testes para pessoas que apresentem doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, gestantes, usuários de drogas injetáveis com compartilhamento de material, vítimas de violência sexual, profissionais da área de saúde expostos a riscos de acidentes com material biológico humano, bem como o paciente-fonte desse material e paciente em terapia renal substitutiva (Brasil, 2004b).

Quando se trata do contexto do trabalho não existe justificativa científica que corrobore o entendimento de que a pessoa que vive com AIDS deve ser impedida de assumir determinada função. A grande maioria dos indivíduos vive com o vírus por muitos anos sem qualquer manifestação. Até mesmo quando a síndrome se manifesta, uma boa condição de saúde é assegurada àqueles que fazem uso da terapia antirretroviral. Nesse sentido, a AIDS deve ser encarada como uma doença crônica, e qualquer sequela física limitante pode ser administrada por meio de iniciativas como o remanejamento de função ou atividades mais adequadas àquela limitação específica, como ocorre em várias outras doenças (Brasil, 2004b).

Em seu governo, a Presidenta Dilma Rousseff decretou e sancionou a Lei nº 12.984 (2014), que define como crime a discriminação de pessoas soropositivas ou doentes de AIDS. Nessa Lei, o local de trabalho aparece em destaque: negar emprego ou trabalho, exonerar ou demitir, segregar no ambiente de trabalho e divulgar a condição de pessoa portadora do vírus ou soropositiva pode implicar reclusão de um a quatro anos, além de multa. Mesmo sendo essa Lei uma grande conquista para as pessoas que vivem com o vírus, os desafios persistem nos mais diversos ambientes.

2.3 Estigma, preconceito e discriminação

Com base nas leituras sobre a questão do HIV/AIDS percebeu-se a recorrente utilização dos conceitos de estigma, preconceito e discriminação associados aos grandes desafios impostos por essa epidemia. Ainda que o termo estigma aparentemente se fizesse mais presente nessas leituras, não raro é possível se

esbarar em textos que trazem os termos estigma, preconceito e/ou discriminação sem aparentemente posicioná-los teoricamente, ora os tratando naturalmente como sinônimos, ora os tratando como conceitos já consolidados para os quais seriam dispensáveis grandes esforços para delimitá-los para o leitor.

Como exemplo, lembra-se a definição adotada pela OIT (2010) para estabelecer uma fronteira entre os conceitos de estigma e discriminação: estigma quer dizer marca social que causa marginalização ou significa obstáculo ao inteiro gozo da vida social. Discriminação envolve distinção, exclusão ou preferência que implica a anulação ou redução da igualdade de oportunidade ou tratamento em emprego ou ocupação.

A nosso ver, essa distinção não foi suficientemente precisa, especialmente se se pensar que, na prática, a marginalização e obstáculos à vida social (postos como efeitos do estigma) podem ser entendidos também como anulação ou redução de igualdade de oportunidades (postos como efeitos da discriminação). Dessa maneira, parece que esses conceitos se confundiram ou se diferenciaram muito pouco naquela publicação.

Assim, para não incorrer nesse erro, retoma-se aqui cada um desses construtos para melhor situá-los ao longo deste estudo, respeitando as fronteiras que existem (se de fato existem fronteiras) entre eles.

Phelan, Link, e Dovidio (2013) pareciam ter uma necessidade similar quando fizeram o seguinte questionamento em relação à definição de estigma e preconceito:

Seriam as vidas paralelas dos conceitos de estigma e preconceito uma consequência da aplicação de diferentes termos, por parte de notáveis diferentes campos, para descrever basicamente os mesmos processos, ou haveria diferenças mais fundamentais entre os processos que foram nomeados como estigma e preconceito? (Phelan et al., 2013, p. 184).

Objetivando responder essa pergunta, esses pesquisadores analisaram 18 dos principais modelos teóricos situados nos domínios do estigma e preconceito e concluíram que nenhuma discordância identificável nos modelos parece ser suficiente para determinar uma cisão entre eles. “No geral, a revisão dos modelos em separado nos leva a concluir que diferenças de foco indicam complementaridade, ao invés de contradição” (Phelan et al., 2013, p. 189).

Além da análise dos modelos teóricos, esses autores realizaram também uma busca em um banco de dados científico (PsycInfo) por publicações cujos títulos

continham as palavras estigma ou preconceito, entre os anos 1955 e 2005. Essa amostra totalizou 162 artigos para estigma e 139 artigos para preconceito.

Nesse momento, contudo, perceberam um relevante contraste: de um lado, 62% dos artigos sobre preconceito discutiam questões de raça ou etnia; de outro lado, 92% dos artigos sobre estigma tratavam sobre doença, deficiência e desvio de comportamento e identidade. Apenas 6% dos artigos sobre estigma se relacionavam às questões de raça, etnia ou gênero. Para ilustrar esse resultado, elaboraram a Tabela 2:

Tabela 2 - Tipos de características com as quais “preconceito” e “estigma” estão associados em artigos científicos

	Preconceito (N 139) (%)	Estigma (N162) (%)
Raça ou etnia	62	4
Gênero	7	2
<i>Desvio comportamental/identidade</i>	-	-
Orientação sexual	3	4
Outros desvios	4	8
<i>Doença/deficiência</i>		
Doença mental	0	38
Uso de substâncias	0	4
HIV/AIDS	1	16
Outro tipo de doença/deficiência	6	22
Outro tipo de característica	6	0
Característica não especificada	11	2

Fonte: Phelan, J., Link B., & Dovidio, J. (2013).

Esses dados indicam que, segundo esses autores, nos trabalhos sobre preconceito há uma tradicional preocupação com processos sociais de exploração e dominação (por exemplo, o racismo), enquanto nos trabalhos sobre estigma concentram as investigações sobre normas sociais e doenças (por exemplo, o HIV/AIDS).

Monteiro et al. (2013) destacam que a recorrente utilização das ideias de Goffman sobre o estigma em estudos que abrangem questões da área da saúde parece fazer sentido, pois o conceito de marca corporal proposta por ele se adequa a modelos teóricos que explicam as doenças no corpo biológico e comportamentos individuais.

De modo parecido com Phelan et al. (2013), os pesquisadores Monteiro et al. (2013) consideram que é possível perceber duas tradições em pesquisas com esses temas. Na primeira delas, o estigma aparece como construto que abrange pessoas em condição incomuns associadas à saúde (HIV/AIDS, deficiência física, doenças mentais) em uma perspectiva individual. Na segunda, em uma perspectiva que pode ser considerada sociológica, examinam-se as consequências do preconceito e da discriminação em questões como raça, gênero, sexualidade e classe social.

Contudo, no nosso entendimento, apesar do estigma ser tradicionalmente empregado em estudos relacionados à saúde, em uma noção ampliada que compreenda questões de cultura e relações de poder presentes na sociedade, ele incorpora um entendimento que extrapola a ideia de marca corporal e assume as preocupações que podem ser encontradas nos estudos sobre preconceito.

Ainda sobre tradição, os estudos sobre estigma e preconceito começaram a ser desenvolvidos há aproximadamente 60 anos. Enquanto a discussão sobre o estigma começou a ser ampliada após Goffman (1988), com seu livro “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, lançado originalmente em inglês no ano de 1963, as primeiras discussões sobre o preconceito partiram especialmente do trabalho de Allport (1954), intitulado “A natureza do preconceito”, lançado também em inglês, no ano de 1954. Mesmo que áreas diversas tenham subsidiado a ampliação desses conceitos, mais recentemente espalhou-se a ideia de que todas elas trabalharam ao longo dessas décadas em prol do entendimento de um mesmo objeto. Phelan et al. (2013) corroboram:

Não obstante, sugerimos que os processos envolvidos na operação e na sustentação do estigma e do preconceito são mais parecidos do que diferentes, quando uma característica humana é selecionada como base. Todos envolvem categorização, rotulação, estereotipagem, emoções negativas, desconforto interativo, rejeição social e outras formas de discriminação, além de perda de status e outros efeitos nocivos que afetam as chances de vida dos alvos e sua capacidade de enfrentamento e gerenciamento (Phelan et al., 2013, p. 199).

Assim, mediante a pergunta que intitula o artigo que Phelan et al. (2013) elaboraram – “Estigma e preconceito: um animal ou dois?” –, esses mesmos autores respondem: “nossa análise sugere algumas diferenças, tanto na ênfase quanto no foco, porém concluímos que os modelos de preconceito e estigma definem um único animal” (Phelan et al., 2013, p. 200). Ou seja, estigma e preconceito podem ser

entendidos como construtos que compartilham as mesmas preocupações e sugerem as mesmas respostas, ainda que tenham sido corporizados de maneira independente por diversas áreas (especialmente as áreas da saúde e das ciências sociais).

Se está então resolvida a questão entre estigma e preconceito, é preciso agora posicionar a discriminação. Se estigma e preconceito podem corresponder a um único animal, resta agora identificar ao que corresponde a discriminação.

Mahajan et al. (2008, p. 5, tradução nossa)⁷ foram categóricos quando afirmaram que a “discriminação é uma consequência do estigma”. Segundo Parker, ela pode ser entendida “como uma forma efetivada de estigma ou preconceito” (Parker, 2013, p. 28), correspondendo, então, a um “conjunto de comportamentos observáveis”, de acordo com Bastos e Faerstein (2013, p. 118).

Desse modo, o que principalmente aparta a discriminação dos conceitos de estigma e preconceito “está no fato de esta necessariamente envolver uma ação, passível de caracterização por diversos entes envolvidos, da vítima ao perpetrador, até uma eventual terceira parte, a testemunha” (Bastos & Faerstein, 2013, p. 117). A discriminação em nosso entendimento é, então, a execução do estigma (ou preconceito), é quando esse conteúdo adquire forma em ações efetivas e identificáveis. Evocando Parker: “em acepções mais populares, tanto o estigma quanto o preconceito têm sido considerados, em certo sentido, como teoria, e a discriminação como a prática” (Parker, 2013, p. 28).

O cuidado com essas definições são, como se entende, uma necessidade premente. Parece fundamental posicionar cada um desses construtos para que ao longo deste trabalho eles possam ser visitados de maneira adequada, especialmente porque se acredita que qualquer discussão que compreenda a questão do HIV/AIDS e seus impactos sociais não pode focar apenas aspectos epidemiológicos, abstendo-se de mergulhar no estigma (ou preconceito) e a discriminação, que são partes indissociáveis da história dessa doença.

Especialmente por esse motivo, no presente trabalho a noção sobre o estigma considera a contribuição de diversas áreas, pois se entende que, para além das questões da doença, o HIV/AIDS interfere nas relações sociais, impactando de maneira objetiva a vida do trabalhador soropositivo e, por conseguinte, as organizações – o objeto de estudo primeiro da Administração.

⁷ Discrimination is a consequence of stigma.

Por fim, requer-se dizer também de outro sentimento nesse momento: perceber o esforço de tantos pesquisadores no sentido de esclarecer o lugar do estigma, do preconceito e da discriminação e ao mesmo tempo ver outros tantos confundindo esses lugares, parece indicar que separar tais construtos é de fato tarefa extremamente difícil.

Ousa-se pensar que é possível separá-los em teoria, enquanto é praticamente impossível separá-los na prática, pois são processos que se retroalimentam. A discriminação encontra sentido porque tem suporte (em sua prática) nas teorias do estigma ou do preconceito e estes, por sua vez, existem (como teoria) pelas vivências empíricas que somente a discriminação possibilita observar na dinâmica social.

3 PLANO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem

Para a pesquisa em questão, na qual se objetiva aprofundar em aspectos subjetivos e únicos do sujeito pesquisado, em especial suas impressões e sentimentos como trabalhador soropositivo no ambiente de trabalho, a abordagem qualitativa se fez mais adequada. Não se pretendeu aqui fazer generalizações estatísticas sobre esse público, mas, sim, mergulhar na sua perspectiva de mundo e nas relações sociais que se estabelecem na singularidade de sua vida. Nesse sentido, Paulilo (1999, p. 135) contribui reconhecendo que “a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos”.

3.2 Método

A investigação organizada, o controle rigoroso das observações e a utilização de conhecimento teórico são características essenciais do método científico (Goldenberg, 1997). Também se entende que a ciência é historicamente construída por meio da interação humana e os diversos métodos e técnicas dizem da complexidade dessa interação. Além disso, a maior parte dos pesquisadores em ciências sociais admite que não há um único meio válido ou técnica exclusiva para se investigar um objeto: as técnicas e os procedimentos são qualificados pelo próprio processo de pesquisa, considerando as respostas que se quer alcançar. (Goldenberg, 1997). Neste sentido, entre os muitos métodos e técnicas possíveis em uma abordagem de pesquisa qualitativa, recorreu-se ao método estudo de caso.

Estudos de caso são investigações empíricas detalhadas que enfatizam a singularidade daquilo que é estudado e fornecem ricas contribuições teóricas (Ridder et al., 2009). Configuram-se em uma estratégia de pesquisa que busca elucidar incidentes específicos, fenômenos ou decisões e fornecem interpretações de uma instância bem delimitada de um objeto de pesquisa (Brannen, 2011). Eisenhardt e Graebner (2007) argumentam que a popularidade e relevância da construção de teorias a partir de estudos de caso se justificam, uma vez que esse método se constitui

em uma das fontes mais ricas de evidências qualitativas, com sua ênfase em construções, medidas e proposições teóricas testáveis indutivamente.

Há, porém, desafios previsíveis, como em qualquer método de pesquisa. Segundo Eisenhardt e Graebner (2007), esses desafios podem ser minimizados por meio da utilização de uma linguagem de projeto de pesquisa mais reflexiva, levando em consideração o cuidado com a justificação da construção da teoria, a amostragem teórica dos casos, as entrevistas que limitam viés, a rica apresentação de evidências em tabelas e apêndices e a declaração clara de argumentos teóricos.

Segundo Ragin e Becker (1992), uma noção central na concepção do estudo de caso é que os objetos são suficientemente similares e separáveis, a ponto de ser possível tratar e analisá-los como instâncias comparáveis de um mesmo fenômeno. Para o presente trabalho, por exemplo, pode-se compreender a singularidade de cada sujeito e as questões que permeiam sua vida. Ao mesmo tempo, pode-se compreender que todos estão inseridos no contexto de uma doença que os agrupa numa realidade específica: a de trabalhadores que vivem com HIV/AIDS.

3.3 Coleta e análise dos dados

A etapa de coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e outubro de 2017 na farmácia do Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas (SEPADI), que funciona no Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga em Betim, Minas Gerais. Reservamos, para a realização das entrevistas, aproximadamente 30 dias que se dividiram ao longo daqueles dois meses.

Foram consideradas pessoas elegíveis para participar da pesquisa: homens e mulheres, maiores de 18 anos de idade, que vivem com AIDS e trabalham ou tenham tido experiência de trabalho a partir do diagnóstico do vírus ou da síndrome. Essas pessoas eram abordadas no momento em que chegavam à farmácia especializada para retirar a medicação antirretroviral. Previamente o pesquisador se apresentava, explicava os objetivos do estudo e verificava a disponibilidade de tempo, por parte do sujeito, para a realização da entrevista que aconteceria naquele mesmo instante, caso ele aceitasse.

Em nenhuma abordagem houve recusa ou demonstração de qualquer desconforto por parte dessas pessoas. Tal abordagem era feita de maneira individual e discreta, de modo a evitar a publicidade sobre a identidade dos participantes. Em

seguida, a conversa continuava em um local sigiloso previamente reservado ali (consultório médico ou sala de atendimento da farmácia).

Nesse local reservado, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e feita sua leitura, reforçando novamente os objetivos deste trabalho bem como o cuidado e sigilo com a identidade dos participantes. Após as respectivas assinaturas, uma via do termo ficava com os pesquisadores e a outra com o entrevistado. Além disso, procurava-se deixar o sujeito à vontade e ciente de que ele poderia a qualquer momento interromper a entrevista, deixando de responder perguntas com as quais não se sentisse confortável ou até mesmo deixando de participar do estudo, se optasse por isso. Nenhuma dessas situações, contudo, ocorreu ao longo das entrevistas. Os participantes foram, inclusive, bastante generosos, fornecendo detalhes da realidade em que vivem, além de terem permitido a gravação das conversas sem qualquer objeção.

As entrevistas seguiam um roteiro de perguntas semiestruturado dividido em dois momentos: um primeiro momento composto por informações básicas do participante (idade, estado civil, escolaridade, por exemplo); e um segundo momento em que constavam as perguntas abertas, organizadas em categorias previamente elaboradas.

Manteve-se o roteiro organizado dessa maneira após as duas primeiras entrevistas utilizadas como teste. Nestas, iniciava-se a conversa com as perguntas abertas e, por último, verificavam-se os dados que abordavam o perfil do participante. As entrevistas fluíram de maneira satisfatória e o teste indicou que não havia alteração a ser feita no conteúdo das perguntas, mas pareceu mais adequado iniciar a entrevista com as informações básicas para, em seguida, introduzir as questões de mais complexidade. Assim foi feito na terceira entrevista e realmente ficou melhor. O participante parecia ficar mais confortável à medida que as perguntas eram apresentadas dessa maneira. Repetiu-se, assim, nas demais entrevistas.

Convém destacar que não foram descartadas aquelas duas primeiras entrevistas. Apesar de ambas terem servido para a finalidade de teste do instrumento, o roteiro não recebeu modificações que justificassem desconsiderá-las. Na verdade, por meio desse teste verificou-se que nosso roteiro estava adequado, com perguntas inteligíveis para o sujeito e eficientes para o objetivo deste estudo. Apenas foi ajustada a ordem: informações básicas em primeiro lugar, abrindo espaço para que, depois, a entrevista crescesse em complexidade.

Compreendeu-se que fazendo dessa maneira as entrevistas ganharam ainda mais fluidez. Lembrando Bauer e Gaskell (2002, p. 73): “as perguntas são quase um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir”. Assim, manteve-se essa preocupação durante todo o processo de coleta de dados e, por esse motivo, modificou-se estrategicamente a organização do roteiro de perguntas.

Uma vez realizadas as entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo com base na proposta de Bardin (2004). Concordou-se que a análise de conteúdo se caracteriza por um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados (Bardin, 2004) e entendeu-se que essa técnica é bastante apropriada em estudos de abordagem qualitativa quando se objetiva entender impressões e sentimentos do sujeito pesquisado num nível que vai além da leitura comum dos dados (Moraes, 1999).

Pode-se resumir o que foi feito, em relação a essa etapa, da seguinte forma: a) todos os áudios foram transcritos e geraram um arquivo de texto com aproximadamente 200 páginas⁸; b) desse arquivo destacaram-se os trechos mais significativos que correspondiam às categorias de análise que previamente havíamos elaborado com base na literatura que dá suporte a este estudo; c) em seguida, fez-se um processamento, uma espécie de conclusão, sobre a leitura desses recortes que consolidou-se no entendimento do texto apresentado no capítulo dos resultados.

3.4 Caracterização dos participantes

Detalham-se a seguir as informações de cada uma das 13 pessoas que fazem parte do grupo de estudo. Ressalta-se que, para preservar a identidade desses participantes, seus respectivos nomes foram substituídos por nomes fictícios que não guardam, inclusive, qualquer similaridade com seus nomes reais.

Como não é de interesse criar qualquer constrangimento aos participantes desta pesquisa, indicando informações que possam revelar suas identidades, também não serão revelados os nomes das organizações em que trabalham, bem como as cidades onde estão instaladas (optou-se por mencionar apenas a região metropolitana de Belo Horizonte, já que todos atualmente trabalham nesse perímetro). São eles:

⁸ Arquivo de texto em fonte Arial tamanho 12 e espaçamento simples entrelinhas.

Carlos: 46 anos de idade, solteiro, ensino médio completo. Trabalha como limpador técnico (terceirizado) na área de limpeza industrial em uma multinacional do ramo de peças automotivas instalada na região metropolitana de Belo Horizonte. Vive com AIDS há um ano e trabalha há seis anos nessa mesma empresa. No local de trabalho apenas seu supervisor sabe sua sorologia. Na família apenas uma irmã e uma sobrinha.

Adriano: 34 anos de idade, casado, ensino médio completo. Trabalha como bombeiro civil (terceirizado) em uma multinacional do ramo de mineração que atua na região metropolitana de Belo Horizonte. Vive com AIDS há três anos e trabalha nessa mesma empresa também há três anos. Ninguém em seu local de trabalho conhece sua sorologia. A família e o esposo sabem.

Mateus: 32 anos, solteiro, ensino médio completo. Trabalha como confeitiro em uma luxuosa confeitaria na região metropolitana de Belo Horizonte. Vive com AIDS há 12 anos e nesse período trabalhou em duas empresas: além da atual, uma confeitaria na região metropolitana de São Paulo. Ninguém em seu local de trabalho sabe sua sorologia. Na família, a mãe e a irmã sabem.

Vítor: 33 anos, solteiro (namora), ensino médio completo. Trabalha como coordenador em uma farmácia da região metropolitana de Belo Horizonte. Vive com AIDS há cinco anos e pelo mesmo período trabalha na mesma empresa. Ninguém em seu local de trabalho nem na família sabe sua sorologia. Revelou apenas para alguns amigos.

Raquel: 54 anos, viúva, ensino médio completo. Trabalha como técnica em enfermagem (concurada) no município de Contagem. Vive com AIDS há sete anos e nesse período trabalhou em um laboratório de análises clínicas de grande porte em Belo Horizonte, além do trabalho atual, onde completa quatro anos. Ninguém em seu local de trabalho sabe de sua sorologia. Acredita, entretanto, que fora dispensada do laboratório quando por meio de um exame de sangue um teste para o HIV foi realizado sem sua autorização. O filho e demais membros da família sabem, além de algumas outras pessoas que, pela indiscrição de parte de sua família, ficaram sabendo sem que ela permitisse.

Leandro: 29 anos, casado, ensino superior incompleto. Trabalha como guarda municipal (concurado) em um município da região metropolitana de Belo Horizonte há oito anos. Ninguém em seu local de trabalho sabe sua sorologia. Descobriu-se soropositivo também há oito anos. Revelou para a esposa e para a família.

Roberto: 32 anos, solteiro, ensino médio completo. Roberto descobriu a doença em um estágio avançado, mesmo assim não aderiu ao tratamento. Sua imunidade ficou então gravemente comprometida, foi acometido por toxoplasmose, que lhe causou complicações de ordem cerebral e ficou por mais de um ano sem conseguir andar. Atualmente encontra-se afastado de suas atividades laborais por decorrência dessas complicações, porém com bom quadro de saúde. Foi diagnosticado com AIDS há oito anos e metade desse tempo trabalhou em dois hospitais de grande porte na região metropolitana de Belo Horizonte.

Miguel: 48 anos, solteiro, ensino superior completo (bacharelado em Letras). Atualmente não tem emprego formal, mas já trabalhou como professor de Língua Portuguesa em escola pública da região metropolitana de Belo Horizonte e chefe de cozinha em Portugal e Londres. Descobriu que vivia com AIDS quando residia em Londres, há quatro anos. Por esse motivo retornou ao Brasil. Desde então tem feito trabalhos diversos na área de manutenção predial, o que ele chamou de “alguns bicos”. Nunca revelou sua sorologia, seja no trabalho, seja na família.

Hugo: 26 anos, solteiro, ensino superior incompleto (bacharelado em Direito). Trabalha como fiscal de loja em uma grande rede de supermercados da região metropolitana de Belo Horizonte. Ingressou nesse emprego há seis meses, coincidentemente quando descobriu a doença. Mantém sigilo absoluto sobre sua sorologia, tanto no trabalho, quanto na família.

Henrique: 40 anos, solteiro, ensino superior completo (licenciatura em Geografia). Trabalha como professor de Geografia em uma escola pública de um município da região metropolitana de Belo Horizonte e como oficial de administração pública (concursado) em outro município dessa região. Há quatro anos vive com AIDS e por igual período trabalha nesses locais. Nos dois empregos, apenas um colega (também soropositivo) sabe sua sorologia. Na família apenas o sabem um tio e o namorado desse tio (ambos soropositivos).

Flávia: 20 anos, casada, ensino médio completo. Trabalha nos fins de semana como diarista e auxiliar de cozinha em um restaurante. Antes dessa experiência trabalhava como caixa em uma padaria. Vive com o vírus desde o nascimento, pois sua mãe, quando grávida, não sabia que era portadora do HIV e à época faltavam-lhe recursos para um pré-natal que pudesse diagnosticar e prevenir o contágio. No emprego atual revelou apenas para os proprietários do restaurante (um casal muito

amigo dela e de seu esposo), no emprego anterior ninguém sabia. Na família todos sabem.

Felipe: 48 anos, solteiro (namora), ensino fundamental completo. Trabalha como agente de saúde (concurso) em um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Revelou sua sorologia apenas para o ex-chefe e uma grande amiga antes de, por coincidência, começaram a trabalhar juntos. O atual chefe não sabe, bem como qualquer outra pessoa em seu local de trabalho. Na família apenas o parceiro sabe.

Danilo: 55 anos, solteiro, ensino superior incompleto (licenciatura em Letras). Trabalha como gerente em sua própria loja de roupas, além disso, tem uma pequena confecção que produz para essa loja. Danilo é um microempreendedor e, por esse motivo, pode vivenciar experiências diferentes dos demais trabalhadores. Contudo, por tratar-se de um pequeno negócio, a sua rotina de trabalho se assemelha à de um líder de equipe e, nesse sentido, pareceu oportuno trazer para este trabalho as suas impressões e sentimentos. Danilo trabalha nessas atividades há 15 anos e descobriu viver com AIDS há dois anos. Apenas sua família sabe sua sorologia e não considera a possibilidade de fazer essa revelação em seu local de trabalho.

De modo geral, pode-se dizer, então, que esse grupo é composto de 13 trabalhadores que vivem com HIV/AIDS entre um e 12 anos, sendo 11 homens e duas mulheres, com idade entre 20 e 55 anos, com escolaridade do ensino fundamental ao ensino superior, que atuam em organizações públicas e privadas da região metropolitana de Belo Horizonte.

A proporção entre o número de homens e mulheres deste estudo é coerente com a proporção que se verifica na farmácia especializada em que foi realizada a coleta de dados: segundo informações do local, os homens correspondem à expressiva maioria dos cadastros e atendimentos ali realizados. Como não se determinou previamente um número de homens e mulheres, e não era objetivo desta pesquisa fazê-lo, essa característica se refletiu aqui. Enfatiza-se também que essa realidade é a mesma que se verifica na história dessa doença: desde o início da epidemia, sua incidência é maior entre homens.

3.5 O cuidado ético desta pesquisa

Este trabalho foi submetido ao sistema da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e passou pelo crivo de dois Comitês de Ética (CEP): primeiro, o Comitê de Ética da PUC Minas, como centro coordenador da pesquisa; e, segundo, o Comitê de Ética do Sistema Único de Saúde (SUS) da Prefeitura de Betim, como centro coparticipante. Essa submissão e sua respectiva aprovação por parte de tais Comitês recebeu o identificador: CAAE 68498317.6.3001.5651.

É de nosso entendimento que esta pesquisa deveria passar por essa análise, uma vez que sua estratégia metodológica envolve questões previstas na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde: “Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes” (Brasil, 2012, p. 8).

Ainda que tal Resolução não fosse aplicável (o que gera discussão em projetos oriundos da Administração), voluntariamente ter-se-ia submetido esta pesquisa a tal apreciação, por compreender a cautela que pede trabalhos como este que, para investigar questões delicadas (como o estigma, por exemplo), submergem na singularidade do indivíduo e acessa seu universo, sua vida, suas impressões e seus sentimentos.

Para novos trabalhos, sugere-se que o pesquisador considere, para essa etapa da pesquisa, um prazo que compreenda confortavelmente o tempo demandado para as análises do comitê (ou dos comitês) envolvido(s). Quanto à nossa experiência, a submissão do projeto ocorreu em 17 de maio de 2017 e apenas em 9 de julho daquele ano fora concluída.

O primeiro comitê (o da PUC Minas) demandou 33 dias; e o segundo (o do SUS da Prefeitura de Betim), exatos 20 dias, sem contar aqui o tempo gasto para compreender o sistema *on-line* do CONEP (Plataforma Brasil), com campos ora aplicáveis, ora não aplicáveis (e pouco intuitivos) à realidade de uma pesquisa oriunda da Administração. Ou seja, levou-se praticamente dois meses a menos em um prazo que já se pode considerar curto, julgando a realidade do tempo disposto para uma pesquisa de mestrado.

Tal prazo demandado não significou recomendações ou alterações significativas por parte desses comitês. Teve-se apenas que inserir a imagem do brasão da PUC Minas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (demanda do Comitê de Ética da PUC Minas) e destacar, nesse mesmo documento, quando se mencionam os riscos para o pesquisado, a possibilidade de ocorrer desconforto ou

constrangimento em relação a alguma pergunta contida no roteiro de entrevista (demanda do Comitê de Ética do SUS da Prefeitura de Betim). Contudo, desconfortos ou constrangimentos já estavam previstos como riscos desta pesquisa, e encontravam-se expressos formalmente em outro campo predeterminado pelo CONEP, quando na submissão do projeto na Plataforma Brasil. Esse pedido, num primeiro momento, pareceu redundante, mas compreendendo a preocupação daquele Comitê o Termo de Consentimento foi respeitosamente alterado.

Ficamos confortáveis em partir para a pesquisa de campo apenas após essas avaliações. A leitura de especialistas e suas recomendações, especialmente no que se refere ao cuidado ético que todo pesquisador deve ter, são sempre pertinentes e enobrecedoras para a pesquisa científica.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Quadro 1 retoma os objetivos deste estudo e procura exemplificar como eles se consolidaram, por meio de nossas referências bibliográficas, nas categorias que nortearam a elaboração de nosso roteiro de entrevista e, por conseguinte, em nossa análise de conteúdo.

Quadro 1 - Sistema de categorias de análise

Objetivos	Referências	Categorias	Subcategorias
Analisar, pela perspectiva do trabalhador soropositivo, como ele percebe o contato face a face com as pessoas com quem se relaciona no local de trabalho, considerando sua situação de pessoa que vive com o HIV/AIDS, e quais são os atributos depreciativos mais percebidos por ele nessa interação.	Amaral (1992) Coleman (1986) Cassano et al. (2000) Garrido et al. (2007) Martin (1986) Goffman (1988) Parker e Aggleton (2001) Stafford e Scott (1986)	1. Estigma e o processo de interação social no trabalho	1.1 Face a face com o diferente 1.2 O atributo depreciativo
Analisar os possíveis prejuízos, barreiras e dificuldades vivenciados pelo trabalhador soropositivo em seu local de trabalho, por consequência do estigma que carrega. Esses prejuízos, conforme referencial teórico deste estudo, se apresentam em vários aspectos: relações interpessoais, remuneração, empregabilidade, carreira, danos de ordem psicológica e autoestima, qualidade de vida e o respeito à dignidade humana, por exemplo.	Bacila (2015) Dozier (2007) Ferreira e Figueiredo (2006) Fox et al. (2016) Gaulejac (2007) Harris (2011) McGonagle e Barnes-Farrell (2014) Irigaray (2006; 2008) Irigaray e Freitas (2013) Kirsh et al. (2012) Ojikutu et al. (2016) Oliveira (2007) Quinn e Earnshaw (2013) Quinn et al. (2014)	2. Estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo	2.1 Relacionamentos interpessoais comprometidos 2.2 Prejuízos para a carreira e oportunidades no trabalho 2.3 Consequências para a saúde e qualidade de vida no trabalho
Analisar como o trabalhador soropositivo lida com o estigma associado a ele no local de trabalho. Compreende-se como estratégia a forma como o sujeito administra a informação sobre o estigma que carrega e, assim, conduz suas relações no local de trabalho (tanto com seus pares quanto com seus superiores hierárquicos).	Becker e Arnold (1986) Ferreira e Figueiredo (2006) Goffman (1988) Hammond e Kingston (2014) Melo (2000) Toth e Dewa (2014)	3. Estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo	3.1 O manejo da informação sobre o estigma

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim, apresentam-se os resultados desta pesquisa organizados com base nas categorias e subcategorias preestabelecidas. Os trechos mais significativos das entrevistas foram agrupados nessas categorias e subcategorias e, em seguida, analisadas à luz das teorias que deram origem à discussão a ser apresentada a seguir.

4.1 Estigma e o processo de interação social no trabalho

4.1.1 Face a face com o diferente

As consequências relatadas pelos participantes, quanto ao estigma para o HIV/AIDS, são quase sempre trágicas para aqueles que decidem revelar que vivem com o vírus. Geralmente o primeiro contato após o diagnóstico da doença se estabelece entre membros da família ou com amigos mais próximos. E nessas primeiras experiências os participantes deste estudo relataram momentos de dificuldade: “Eu percebia. Tinha uma diferença. E até hoje, pra mim não ficar com raiva ou chateado com isso, eu mesmo procurei evitar muita coisa” (Roberto).

Copos, garfos, pratos, sabonetes, assentos sanitários, por exemplo, adquirem nova dimensão na vida dessas pessoas. Eles parecem lembrar à família e a amigos a presença de alguém soropositivo, como se fosse possível por meio do uso compartilhado desses objetos o contágio pelo vírus. Além disso, a proximidade física de um abraço, de um carinho ou de um aperto de mão pode vir acompanhada por um embaraçoso constrangimento que tenta em vão não demonstrar a distância que preferiria ter, naquele momento, o outro que não vive com a doença.

Esses exemplos foram citados por praticamente todos os participantes deste estudo como forma de demonstrar as primeiras experiências que viveram e que indicavam que a vida deles, a partir daquele diagnóstico, não seria mais a mesma. E não apenas pelas implicações da doença no corpo, mas especialmente pelas implicações de todos os estigmas que a partir daquele momento passariam a carregar.

Uma entrevistada ressalta que após o diagnóstico tomou a iniciativa de revelá-lo à sua família. Primeiramente o fez para seu filho e, sem seguida, para a mãe, irmãos e outros parentes. Essa decisão, entretanto, não surtiu os efeitos positivos que esperava e se arrependeu:

O primeiro que ficou sabendo foi o meu filho. Eu falei pro meu filho, depois eu falei com a família, mas eu arrependi. Arrependi muito. [...] Meu filho me apoiou em todos os sentidos [...], mas a família, não. A família é meio complicado. [...] Às vezes, assim, eu acho que se eu fosse na casa de fulano de tal que eu conhecesse, se eu fosse pegar um copo de água para beber, eu acho que ele até jogava esse copo de água fora. Se eu usasse o banheiro, eles iam fazer uma desinfecção naquele banheiro (Raquel).

Essa participante, técnica em enfermagem, ressalta que parte desse arrependimento decorre também da pouca discricção com a qual sua família cuidou da informação sobre sua sorologia. Rapidamente outras pessoas fora de seu núcleo familiar passaram a saber de sua condição, inclusive um amigo de longa data que trabalhara com ela em um hospital.

A despeito de ambos (a entrevistada e o tal amigo que ela citou) serem profissionais da área de saúde, de onde talvez possamos imaginar que a questão do HIV/AIDS seria mais bem compreendida ou tolerada, é possível perceber que o estigma, ainda nesse cenário, se faz presente:

Eu trabalhei com ele e a gente era muito amigo [...], a gente tinha muita afinidade, muito coleguismo e tudo [...]. Aí foi o dia que a minha irmã foi levar a minha mãe nesse posto [de saúde] e ele perguntou por mim. Aí ela pegou e abriu! Boca solta, né? Foi e falou! Aí dessa data em diante, nunca mais ele me ligou, não me procurou (Raquel).

A experiência de ver um amigo de trabalho se afastando foi, para ela, um claro indício dos prejuízos que poderia vivenciar em seu local de trabalho caso sua sorologia fosse revelada. Perceber que a doença ameaçava seus relacionamentos, especialmente no local de trabalho, fez com que ela optasse por não mais revelar sua condição.

Além disso, essa participante relata que frequentemente presencia a forma como essa doença assombra seus colegas de profissão. Entre as suas atividades, por exemplo, encontra-se o atendimento domiciliar para pacientes soropositivos e, nesse momento, ela procura observar a reação dos profissionais que compõem sua equipe de atendimento.

De modo geral, ela percebe o medo e a indiferença desses profissionais quando estão na presença imediata de algum doente de AIDS necessitando de cuidados especiais. Ela denuncia ter visto profissionais de sua equipe (especialmente técnicos em enfermagem) excedendo o protocolo de recomendações ou as diretrizes de cuidados que devem ser seguidos com qualquer paciente, devido ao medo do contágio, ou, ainda pior: se recusando a prestar atendimento.

Segundo ela, por vezes sua equipe se desestabiliza de tal forma que o próprio paciente assistido percebe a diferença com a qual está sendo tratado:

A pessoa tá sendo assistida. Uma pessoa soropositivo tá ali. Igual esse doente, ele percebe. Eu vi nele! Ele mesmo falou pra mim: Nossa! A única pessoa que chega perto de mim e tudo, que é diferente, é você. Eu não falei com ele, né? [sobre também ser soropositiva]. Eu entendo o lado dele. Eu passaria a mesma situação (Raquel).

Presenciar tal situação faz com que ela se projete para o lugar daquele paciente e imagine como seria tratada por esses mesmos colegas de trabalho caso soubessem de sua sorologia. Em sua rotina de trabalho ela sempre observa o estigma prejudicando a vida de outras pessoas que também vivem com o vírus. Observar isso de perto faz com que ela se sinta ainda mais comprometida em manter o sigilo sobre sua condição de saúde no local de trabalho.

Outro participante, também da área da saúde e que trabalhava como auxiliar de farmácia hospitalar, relatou exemplo parecido. Segundo ele, diversas vezes presenciou comentários e atitudes negativas de seus colegas quando algum paciente soropositivo entrava no hospital necessitando de cuidados específicos.

Tal qual a entrevistada anterior, ele destacou especialmente a postura de alguns técnicos em enfermagem: eles alertavam profissionais de outros setores do hospital sobre a presença de doentes de AIDS em determinados leitos. E, não raramente, havia aqueles que se recusavam a prestar atendimento e solicitavam que outro técnico o fizesse. Nosso entrevistado observava tal conduta e imaginava como seria tratado naquela situação por aquelas pessoas, caso soubessem de sua condição.

Infere-se que, por meio desses exemplos, a pessoa doente de AIDS que necessitava de cuidados deixava de ser vista como paciente que é e passava a ser (consciente ou inconscientemente) prejudicada por quem deveriam assisti-la. Nesses momentos o estigma se fez presente de tal maneira que suplantou até mesmo o conhecimento que têm esses profissionais sobre os procedimentos, as técnicas, as diretrizes que garantem a segurança contra o contágio pelo vírus. O estigma suplantou a ética. Suplantou, inclusive, a empatia.

Aqui vale lembrar uma publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 1998) feita há praticamente duas décadas. Nela o Ministério alerta que parte da dificuldade que se estabelece nas organizações quando na integração do trabalhador soropositivo se

dá também pelo medo do contágio por parte dos demais trabalhadores, ainda que cientes quanto às formas de transmissão do vírus. Em publicação mais recente, o Ministério da Saúde (2016) indicou que o nível de informação sobre essa doença entre a população brasileira é alto, mas não se converteu em atitudes práticas que minimizassem o estigma e seus danos. Essa constatação parece se manter até o presente, por meio do relato dos participantes deste estudo.

Aqui se ressalta que não foram feitas generalizações sobre profissionais da área de saúde. Apenas foram mencionadas experiências trazidas por dois participantes desta pesquisa, pois ambos apresentaram retratos de ambientes de trabalho bastante parecidos, onde é perfeitamente possível observar o estigma e seus danos. Acredita-se, inclusive, que todas as conquistas frente a essa epidemia são méritos, em grande medida, do valoroso grupo de profissionais de saúde que trabalham em prol dos doentes de AIDS.

Retomando a discussão inicial, pode-se destacar o quadro de trabalho trazido por outro participante. Há alguns anos ele trabalha como guarda municipal em um dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte e atua na linha de frente de intervenções que são feitas nas ruas.

Devido ao relacionamento com as comunidades, há cidadãos que são “velhos conhecidos” (Leandro) da guarda municipal. Esses velhos conhecidos são explicados por ele como usuários de droga que vivem com HIV/AIDS. Assim, quando algum deles passa por alguma intervenção da guarda, e isso é observado pelas câmeras de segurança que ficam espalhadas pela cidade, rapidamente um alerta corre entre eles (os guardas): cuidado!: “No rádio fala assim: toma cuidado, usa luva! Aí depois pega e liga no telefone, para não passar na rede de rádio, já que fica gravado, aí passa no telefone: cuidado que esse é soropositivo!” (Leandro).

Segundo ele, é de praxe nas abordagens que realizam nas ruas os guardas alertarem o grupo, por meio do rádio de comunicação ou até mesmo por ligações telefônicas, sobre a presença de alguém doente de AIDS sendo abordado. Como guarda municipal, ele participa cotidianamente dessas abordagens e observa silenciosamente os adjetivos que são incutidos nas pessoas soropositivas. Nesse momento ele age como alguém que não vivesse com a doença, pelo receio das consequências que poderia viver com os colegas.

Concorda-se que o estigma se estabelece no momento em que o sujeito estigmatizado e o sujeito normal encontram-se frente a frente (Goffman, 1988).

Contudo, por meio das situações vividas pelos participantes deste estudo, também se destaca que as discussões sobre o estigma antecipado (Fox et al., 2016; Ojikutu et al., 2016; Quinn & Earnshaw, 2013; Quinn et al., 2014; Toth & Dewa, 2014).

Quando o sujeito soropositivo não vivencia o estigma, ele antecipa emocionalmente a possibilidade de vivê-lo e em ambas as situações sai prejudicado. Na primeira, vivencia a discriminação; na segunda, reside um estado constante de vigilância devido ao medo de ter sua identidade revelada e passar a conviver com a discriminação a partir de tal revelação.

4.1.2 O atributo depreciativo

Buscou-se compreender, sob a perspectiva dos trabalhadores soropositivos entrevistados, os atributos depreciativos mais percebidos por eles no local de trabalho. Nessa busca foi possível observar que, de maneira geral, existe um receio em ser avaliado pelo outro como alguém debilitado e, por consequência, como uma pessoa que não dispõe de boa saúde e aptidão para o trabalho: “É aquela questão de achar: ‘ele é incapaz, ele não vai conseguir’. Então eu não tenho o direito de ficar resfriado, eu não tenho o direito de ter uma enxaqueca, de ter uma indisposição [...]. Qualquer coisa: ‘Ah! Ele está morrendo’” (Henrique).

Convém ressaltar que todos os participantes deste estudo são pessoas comprometidas com a própria saúde: fazem uso diário da medicação antirretroviral, realizam exames específicos periodicamente, consultam médicos infectologistas e são orientados, sempre que necessário, por outros profissionais de saúde (especialmente farmacêuticos, enfermeiros e psicólogos). Assim, dada a qualidade desse tratamento, absolutamente nenhum sintoma ou sinal da síndrome se apresenta fisicamente em seus corpos.

Entretanto, o estereótipo do doente de AIDS que ficou consolidado no imaginário coletivo a partir dos anos de 1980 é ainda um fantasma que ronda o trabalhador soropositivo. Nos dias atuais, mesmo com uma rotina de cuidados que lhe assegura boa qualidade de vida, a imagem de uma pessoa com a saúde debilitada parece se sobrepor à imagem de uma pessoa que usufrui de boa condição de saúde quando em tratamento.

De modo geral, os participantes deste estudo relatam que, no local de trabalho, quando o assunto HIV/AIDS se faz presente por qualquer motivo, imediatamente é

evocada a imagem de um doente em estágio avançado. Nunca alguém apto para o trabalho: “uma pessoa, como se diz: incapaz!” (Miguel); “uma pessoa limitada” (Hugo).

Um dos participantes apresentou essa questão de maneira bastante objetiva: há alguns anos ele trabalha com uma pessoa soropositiva, ambos são funcionários públicos e atuam na área financeira. Em 2013, quando seu colega teve a saúde comprometida pela doença, os comentários dos demais colegas de trabalho (que não sabiam sobre sua sorologia) diziam de sua aparência física prejudicada pela repentina perda de peso. “Aí, os comentários e tudo o mais: ele deve estar com AIDS [...] porque ele tá muito magro” (Henrique).

Ainda que o diagnóstico sequer tenha sido feito à época, ele era julgado por sua aparência física, que remetia à imagem de uma pessoa doente de AIDS sofrendo as consequências da síndrome. O diagnóstico foi confirmado após uma internação às pressas por decorrência de pneumonia, mas para os colegas de trabalho a sua aparência física já bastava para determinada conclusão.

Por vezes, alguém lembra aquele período e o assunto surge de maneira espontânea, mas ele sempre manteve segredo sobre sua sorologia. A manutenção desse sigilo é relativamente simples, pois, de modo geral, devido ao sucesso de seu tratamento e ao retorno às suas atividades laborais sem qualquer limitação, praticamente não se especula, atualmente, que ele seja alguém que vive com AIDS.

Nesse momento esse entrevistado destaca:

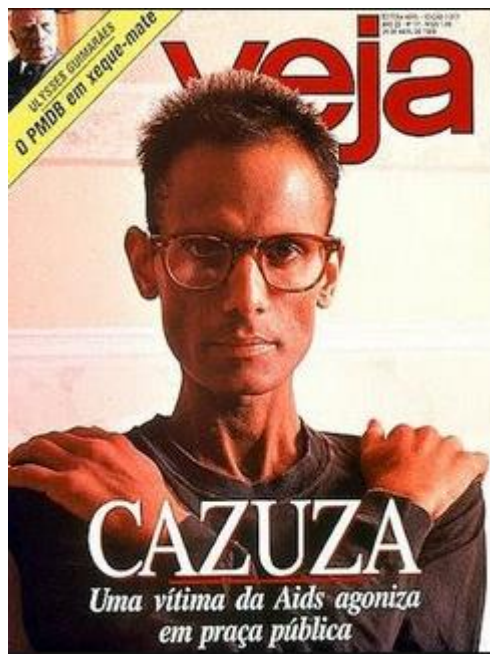
As pessoas ainda trazem aquele estigma da década de 1980, né? 1980, 1990. De que uma vez que [a saúde] deteriorasse, não tinha condição de vida normal. Então as pessoas pararam naquele tempo e tomaram aquela imagem clássica e continua com aquilo. Então não associam a melhora dele ao quadro de HIV/AIDS (Henrique).

Esse relato ilustra bem o depoimento de vários entrevistados que disseram que o HIV/AIDS é associado a incapacidade, limitação ou sério comprometimento da saúde do trabalhador. De maneira geral, não parece estar consolidada a ideia de que uma pessoa que vive com AIDS possa trabalhar sem prejuízos decorrentes da doença.

Depoimento de outro participante corrobora esse entendimento: “Porque a pessoa quando imagina um soropositivo, ela já imagina uma pessoa caquética. É a imagem que vem. A imagem que foi colocada do Cazuzza pra cá” (Danilo).

As complicações decorrentes da AIDS para o cantor e compositor Cazuzza foram, e ainda são, bastante exploradas pela imprensa quando se fala dessa doença. Os últimos momentos de vida do artista foram acompanhados pelos olhos amedrontados da audiência brasileira mediante aquela epidemia que assolava o mundo. Hoje, quase três décadas após seu falecimento, sua luta contra a doença é ainda lembrada.

Figura 4 - A exposição midiática em torno de Cazuzza quando doente



Fonte: Veja, de 1989.

Essa memória, entretanto, quase sempre é resgatada para se referir à doença como algo que incapacita, traz dor, sofrimento e abrevia a vida. E, nesse sentido, contribui para que determinados estigmas sejam mantidos, mesmo diante de todas as conquistas experimentadas nos últimos anos.

Além dos estigmas que se relacionam a aspectos da saúde do trabalhador, outros dois atributos que apareceram nas entrevistas e chamam atenção dizem da responsabilização do sujeito por ter contraído a doença e, assim, ser taxado como alguém “irresponsável” (Adriano) e “desleixado” (Hugo).

Esses dois adjetivos merecem especial atenção, pois, como destacado por Goffman (1988), as pessoas que são responsabilizadas pelos seus estigmas tendem

a encontrar menos tolerância por parte da sociedade do que aquelas cujos estigmas podem ser justificados como uma fatalidade.

Sendo a AIDS uma doença sexualmente transmissível, a irresponsabilidade e o desleixo a que se referem os entrevistados são adjetivos que reforçam uma imagem de pouca preocupação com a própria saúde, segundo eles, compartilhada por pessoas que conhecem. Essa percepção é reforçada, inclusive, por uma das participantes que, diferentemente dos demais depoentes, contraiu o vírus no nascimento por meio de sua mãe também soropositiva. A forma como contraiu o vírus é destacada por ela quando diz de sua sorologia. Parece que ao justificar que nasceu com o vírus, sua responsabilização é amenizada e, assim, encontra uma manobra para lidar com os atributos depreciativos que lhe possam ser inculcados.

Porque, como se diz, não foi uma contaminação, foi uma coisa que veio direto da minha mãe. Agora se uma pessoa vem contaminada, alguma coisa aconteceu pra ela ser contaminada. [...] Cada um escuta a coisa de um jeito, mas dependendo da contaminação é falta de responsabilidade também, né? Agora de mim, não (Flávia).

Convém destacar que essa entrevistada, que trabalha em um restaurante, optou por revelar sua condição de saúde aos seus empregadores. Segundo ela, em nenhum momento sentiu qualquer prejuízo decorrente dessa revelação, mas também destaca que há entre eles uma relação de amizade que extrapola os limites da empresa. Eles são amigos íntimos, compartilham momentos de lazer, e seus filhos, crianças com quase a mesma idade, crescem brincando juntos como se fossem todos de uma mesma família. E ela revela acreditar que o fato de ter nascido com a doença colabora para que as pessoas aceitem melhor a sua condição.

Os demais participantes citados anteriormente e que trouxeram os adjetivos “irresponsável” e “desleixado” como qualificadores que percebem ser inculcados ao trabalhador soropositivo não vivenciam a mesma experiência dela. Para eles, o contexto organizacional em que estão inseridos parece se aproximar daquele narrado por Gaulejac (2007), quando diz que as organizações são pautadas pelo retorno financeiro e questões de ordem subjetiva são uma ameaça ao funcionamento normal dos negócios.

A imagem, então, de um sujeito desleixado e irresponsável é temida por eles. Ambos acreditam que, além de serem vistos como doentes inaptos para o trabalho, o

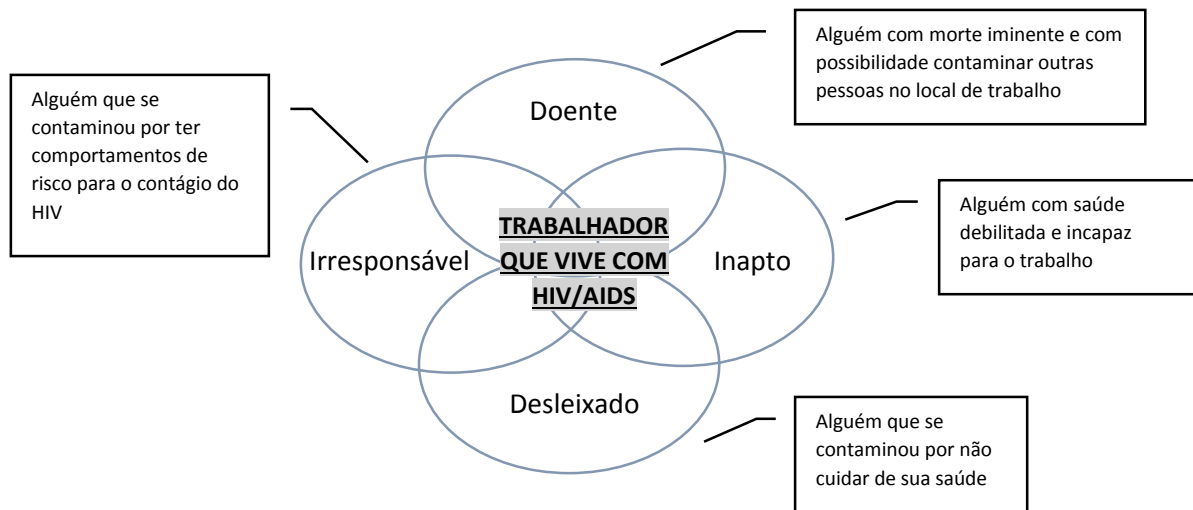
desleixo e a irresponsabilidade seriam adjetivos que se somariam e formariam um conjunto de atributos que os desqualificariam como trabalhadores.

Além disso, questões relacionadas à sexualidade foram lembradas por dois participantes. Ambos, de maneira espontânea, mencionaram sua orientação sexual e disseram que o fato de serem homens *gays* soropositivos, a imagem de pessoa promíscua é também associada a eles.

Atributos depreciativos como o da promiscuidade são historicamente associados a essa doença e se somam a um conjunto de comportamentos socialmente reprovados que comprometem a reputação de quem vive com o vírus (Cassano et al., 2000; Garrido et al., 2007; Parker & Aggleton, 2001).

Sobre esse conjunto de atributos, pensou-se em uma figura que pudesse traduzir nosso entendimento, considerando a perspectiva desses trabalhadores. Como resultado, obteve-se a ilustração que se apresenta na Figura 5:

Figura 5 - Atributos depreciativos sob a perspectiva do trabalhador soropositivo



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 Estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo

4.2.1 Relacionamentos interpessoais comprometidos

Ao abordar o relacionamento interpessoal no local de trabalho, é possível concluir que o medo do isolamento é a consequência mais temida pelos participantes deste estudo. Aqui vale lembrar o relato de Raquel que afirmou nunca mais ter tido contato com um amigo de trabalho tão logo ele soube de sua condição sorológica. Essa amizade cresceu quando trabalhavam juntos em um posto de saúde. O amigo era próximo, inclusive, da família de nossa entrevistada. Quando a irmã dessa entrevistada comentou com ele sobre sua sorologia, sem pensar nas consequências, o relacionamento que havia entre eles acabou: “Olha a situação que eu fiquei! Hoje em dia ele não me liga. Distanciou totalmente” (Raquel).

Além disso, a dificuldade em lidar com “o olhar diferente do outro” (Miguel) acarretaria também um distanciamento por parte do próprio trabalhador soropositivo, ou seja: o medo do estigma e suas consequências provocariam uma reação de autodefesa que se converteria em menos interação no local de trabalho. “Eu ficava calado e afastado” (Roberto), ilustrou outro participante. A participante Raquel também contribuiu:

Eu prefiro ficar na minha, entendeu? a gente vai percebendo... você vê a distância, você percebe... as pessoas vão cortando aos poucos até eliminar. Não vai ser assim de imediato. Mas assim com sutileza, como se diz, ir aos poucos se afastando (Raquel).

Assim, além de perceber o distanciamento do outro, o próprio trabalhador se vê na situação de ter de se afastar. Acredita-se que tal afastamento surge como uma estratégia para evitar ficar face a face com o diferente (Goffman, 1988). Dois relatos exemplificam como essa estratégia se configuraria no local de trabalho: (a) “A pessoa vai se recolher, ficar na dela. Não vai se aproximar tanto das pessoas, não. Pelo menos dentro da empresa” (Felipe). (b) “Eu com certeza iria me afastar, não iria participar de ações coletivas, iria ficar mais na minha” (Leandro).

Em estudo publicado há 20 anos, o Ministério da Saúde (Brasil, 1998) concluiu que a AIDS isolava e segregava trabalhadores soropositivos. Estudo mais recente (Brasil, 2016) mostra que, a despeito do alto índice de conhecimento que a população

brasileira demonstra ter sobre o vírus, 38% dos brasileiros alegam que não comprariam verduras e legumes de uma pessoa que vive com AIDS e 19% concordam que uma professora que tenha tal doença não deveria lecionar.

Esse resultado parece ilustrar o que disse a Secretaria Internacional do Trabalho (Brasil, 2002), quando alertou que a AIDS ameaçava direitos fundamentais do trabalhador, pois pessoas que viviam com essa doença eram estigmatizadas no local de trabalho. A situação aqui trazida por nossos participantes não discorda dos registros destas publicações, tanto as mais recentes quanto as de décadas passadas.

Nota-se que essa constatação é vivenciada rotineiramente pelos participantes deste trabalho que, de modo geral, percebem haver entre seus colegas um bom nível de entendimento sobre o vírus, sobre a doença e suas consequências, mas isso ainda não rompe os estigmas ali incrustados:

As pessoas, em si, elas têm informação. Mas elas usam quando querem. Eu acho que, por exemplo, no fundo, no fundo, até o mais leigo vai saber que o HIV não se contrai só pelo contato físico sem ser na relação sexual. Então, para ter o preconceito, elas acabam usando desse recurso de querer manter ali na mente de que o contato pessoal, físico, vai contrair. Acho que é uma maneira dela colocar aquilo na cabeça e levar adiante (Vítor).

Logo, mesmo em um ambiente em que as pessoas demonstram esclarecimento sobre a doença, o trabalhador soropositivo não se liberta do pavor de ser discriminado e, por consequência desse medo, antecipam uma série de sentimentos negativos, vivenciando, assim, o estigma antecipado (Fox et al., 2016; Ojikutu et al., 2016; Quinn & Earnshaw, 2013; Quinn et al., 2014; Toth & Dewa, 2014). Dessa forma, o medo de ser isolado (por parte dos demais colegas de trabalho) ou o medo de isolar-se (como autodefesa) são motivos que pesam na decisão de se posicionar como alguém que vive com o vírus. Manter o sigilo parece ser, para os participantes desta pesquisa, a opção mais segura, ainda que com alto preço emocional a se pagar.

4.2.2 Prejuízos para a carreira e oportunidades no trabalho

De maneira geral, os respondentes consideram que poderiam vivenciar prejuízos em aspectos da carreira ou de oportunidades de trabalho em função do estigma da doença. Ainda que alguns não tenham vivenciado tais prejuízos,

praticamente todos sabem citar exemplos de pessoas soropositivas que passaram por alguma situação nesse sentido: “Toda empresa age dessa forma. A empresa, assim, guia-se pelo lucro, não pelo trabalho das pessoas, essas coisas. Quando o trabalhador começa a se queixar de alguma enfermidade, essas coisas, aí desliga” (Hugo).

Um dos participantes, o Leandro, relata que há alguns anos participou de um processo seletivo em uma grande montadora de veículos. Ele foi aprovado em todas as etapas, restando apenas o exame admissional. Segundo ele, uma amostra de seu sangue foi coletada para a finalidade de um hemograma. Após tal exame, entretanto, não mais recebeu qualquer retorno do processo seletivo.

Eu fui até a última [etapa do processo seletivo]. Ou seja, fui aprovado em todas. E a última era exame médico. E aí nessa eu não tive retorno, não tive nem resposta, se eu passei, se não passei, por que eu não passei. E aí eu fiquei pensando: será por que eu não passei? Daí quando eu descobri eu liguei uma coisa com a outra: eu acho que eles descobriram lá, nos exames (Leandro).

Outro participante, o Henrique, declara que um amigo soropositivo participou de um concurso público para atuar como guarda municipal. Ele também foi aprovado em todas as etapas e soube que não seria admitido apenas após resultado do exame admissional. Esse mesmo participante trouxe outros casos de pessoas soropositivas que acreditam que não foram admitidas em processos seletivos, especialmente em concursos públicos, em função da doença. Ainda que os exames não indiquem testes específicos para o HIV, esse participante cogita como o diagnóstico pode ser deduzido nessas ocasiões:

Um colega meu já relatou isso. Que teve um cara lá que tinha passado em todos os exames físicos, estava bem naquela bateria de exame físico, e na hora não foi aceito. [...] Então, o que é que eles fazem na hora da própria entrevista médica lá: “ah, você tá com algum resfriado? Não. Tá com alguma infecção? Não. Se você não tem nada e o hemograma tá alterado aqui nos glóbulos, então como é que?”. Então, já deduz alguma coisa (Henrique).

Ele, que durante a entrevista espontaneamente falou também sobre sua orientação sexual, revelou que por ser homossexual nunca recebeu um cargo de confiança no setor público. Segundo ele, suas competências justificariam há anos uma promoção, especialmente porque entre seus colegas ele é reconhecidamente o mais capacitado.

Segundo ele, seu gestor, um superintendente, compartilha publicações que incitam a homofobia nas redes sociais, especialmente do pastor e deputado federal Marco Feliciano. Ele, sempre que se depara com essa situação, reflete o quanto tem sido prejudicado ainda que de forma velada, por parte de administração, e conclui: “[A AIDS] ainda é uma doença tipicamente homossexual para as pessoas né? [...] Então, se eu não fosse homossexual, não teria contraído? [...] Eu ia ser estigmatizado duas vezes: pela sexualidade e pela condição sorológica” (Henrique).

Esse participante, que considera que tem a carreira prejudicada em função de sua sexualidade, imagina que seria ainda mais prejudicado se, além de sua sexualidade, sua sorologia fosse também revelada. Nesse sentido, vários estigmas se somariam, deteriorando qualquer possibilidade de progressão na carreira e abreviando sua permanência naquele local de trabalho.

Convém lembrar que à homossexualidade é atribuída uma série de adjetivos desqualificadores que implicam grandes desafios aos trabalhadores homo ou bissexuais. Tais desafios não dizem respeito apenas a uma baixa remuneração ou menos oportunidades, mas também aos custos psicossociais e sofrimento no local de trabalho, oriundos de um estado de vigilância e ansiedade que decorre do medo de ser estigmatizado (Irigaray, 2006; 2008; Irigaray & Freitas, 2013).

Um terceiro participante, o Mateus, cita que na empresa onde ele trabalha atualmente há comentários sobre um antigo empregado soropositivo. Segundo ele, esse empregado foi dispensado em função da doença, mas nunca procurou saber detalhes sobre esse evento para não suscitar essa discussão em seu local de trabalho, visto que sempre que o HIV é tema de alguma conversa, ele se sente desconfortável, pois a todo o momento se posiciona como alguém que não vivesse com o vírus.

Além disso, ele também destaca a história de um amigo que vive com AIDS e que fora dispensado de um grande grupo de supermercados de Belo Horizonte. Após uma série de violências e dispensa sem justa causa, ele reclamou na Justiça do Trabalho e conseguiu indenização pertinente aos danos comprovadamente sofridos:

Eu, infelizmente, tenho amigo que tem [AIDS] e perdeu o emprego por causa disso. Inclusive ele até ganhou um dinheiro na justiça porque ficou comprovado o porquê deles mandarem ele embora. Aí teve prova, testemunha... Ele dizia que as pessoas olhavam para ele estranho. Ele se sentia incomodado porque as pessoas sabiam que ele tinha. E ele não aguentou mais (Mateus).

Outro caso de dispensa foi trazido por Raquel. Ela trabalhava como técnica em enfermagem em um grande laboratório de análises clínicas sediado na região metropolitana de Belo Horizonte. Após um período de afastamento por questões de saúde, ela retornou ao trabalho e passou por uma série de exames no mesmo laboratório. Em seguida, fora dispensada. Na ocasião, ela não sabia que vivia com AIDS, mas sintomas que indicavam a síndrome eram recorrentes naquele período. Mais tarde, soube que seu parceiro era soropositivo. Após sua dispensa, realizou novos exames e diagnosticou a doença.

Inclusive, foi dentro do [nome do laboratório] que eu comecei a ter sintomas. Porque eu comecei... aqueles sintomas... tipo, aparecia como se fosse uma rubéola, cheia de pintas, vomitando, náusea, não alimentava, febre. Isso durou uns três dias eu trabalhava no [nome do laboratório]. Aí eu fiquei afastada lá mais ou menos uns... eu comecei a ter sintomas no final de junho de 2010. Quando foi 16 de julho, o médico já me liberou pra trabalhar. Aí quando eu voltei a trabalhar, eles me mandaram embora. Eu fiz exame pelo [nome do laboratório], eu acredito que eles ficaram sabendo, de alguma forma, tanto é que eles me mandaram embora (Raquel).

Pesquisa realizada por Ferreira e Figueiredo (2006), que tinha o objetivo de verificar dificuldades encontradas pelo trabalhador soropositivo para se manter no mercado de trabalho, entrevistou 10 trabalhadores soropositivos e constatou uma série de obstáculos na busca e na manutenção do emprego por parte desses trabalhadores. Entre esses obstáculos destacaram a dificuldade de socialização, que culminava no isolamento do trabalhador em relação ao grupo, além dos casos de perda do emprego em função da recorrente conduta discriminatória que se observa nas organizações. “Podemos observar, pelos discursos estudados, que quando as pessoas que vivem com HIV/AIDS revelam seu *status* de soropositividade no trabalho, sofrem discriminação frequentemente” (Ferreira & Figueiredo, 2006, p. 598).

Relatos de prejuízos para a carreira e oportunidades de trabalho foram comuns a praticamente todos os entrevistados na presente pesquisa, e os achados da pesquisa de Ferreira e Figueiredo (2006) contribuem para ilustrar que essas histórias se repetem. Parece que esses trabalhadores têm em mente situações que vivenciaram (ou que terceiros em igual situação vivenciaram) que os remetem ao estigma da doença, indicando que se colocar como pessoa soropositiva significa prejuízos irrecuperáveis à imagem e reputação e, por conseguinte, à carreira e oportunidades de trabalho.

4.2.3 Consequências para a saúde e qualidade de vida no trabalho

O medo de posicionar-se como alguém que vive com AIDS e sofrer as consequências que decorrem dos diversos estigmas que essa doença implica faz com que essas pessoas convivam com o desconforto de omitir ou mentir sobre sua condição. Praticamente todos os participantes mantêm sigilo sobre sua sorologia no local de trabalho, e o esforço que empregam para a manutenção desse sigilo parece prejudicá-los em aspectos de sua saúde e qualidade de vida: “Como eu trabalhava ouvindo essas coisas, eu pensei comigo que eu nunca falaria para ninguém, porque eu sabia que ia sofrer o preconceito e era pior. Aí eu caí numa depressão...” (Roberto).

Um dos participantes, Mateus, comenta que “fica nervoso quando fala que não tem [AIDS]”. Sente-se estressado todas as vezes que tem que se posicionar como alguém que não vive com o vírus, mas não considera a possibilidade de se posicionar de outra forma, pelo medo de ser estigmatizado.

Uma das participantes, Raquel, durante a entrevista demonstrava visivelmente sinais de estresse, especialmente quando dizia do esforço que empreende diariamente para esconder ou negar sua condição no local de trabalho. Em determinado momento, inclusive, ela bastante emocionada pediu alguns segundos para se recompor antes de retomar a fala:

Eu falo que eu faço tratamento com reumatologista. Eu falo isso. [...] A gente vive essa pressão, entendeu? De estar mentindo, de estar fazendo esse jogo todo, entendeu? Quando as pessoas te perguntam: “Por que que você toma remédio? É por toda a vida?”. Aí a gente tem que inventar mentira, entendeu? É muito complicado (Raquel).

Para ela, que é técnica em enfermagem, em seu local de trabalho seria “insustentável psicologicamente suportar” as consequências se de declarar como pessoa que vive com AIDS: “Eu tenho certeza que a partir do momento que eu falar, acabou. Eu posso morrer. Sério mesmo. Acabou minha vida” (Raquel).

Ela enfatiza que teme o retorno de um quadro de depressão que a tirou por alguns anos do mercado de trabalho. De modo parecido, outro participante, Roberto, disse que manter o sigilo sobre a doença no local de trabalho tornou-se um fardo difícil de carregar e essa situação lhe trazia o medo do retorno de um quadro de depressão que estava há algum tempo sob controle.

Além disso, o receio de ter a sorologia revelada no local de trabalho e perder o emprego, por exemplo, pode impedir que tal informação seja levada, inclusive, para a equipe de saúde e segurança das empresas. Um dos nossos entrevistados narrou ter mentido sobre sua condição até mesmo para o médico do trabalho que o atende: “Ele tinha perguntado: ‘você toma alguma medicação?’, eu falei: ‘não’. Entendeu? Eu menti” (Hugo).

Percebe-se que, com a impossibilidade de desabafar e encontrar apoio em um terceiro no local de trabalho, o trabalhador soropositivo passa a imaginar como seria a reação das diversas pessoas com as quais se relaciona. E nesse momento, por situações que já vivenciou ao longo de sua vida como pessoa soropositiva ou por situações que sabe que outros soropositivos vivenciam, antecipa uma série de sentimentos negativos e passa a conviver com estresse, depressão, ansiedade, medo e insegurança no local de trabalho.

A despeito de conseguir trabalhar sem limitações decorrentes da doença, o estigma parece lembrar-lhe diuturnamente de que é uma pessoa vulnerável a uma série de violências. Assim, o medo de ser estigmatizado bem como o esforço que emprega para não sê-lo (por meio de estratégias de defesa que tentam esconder a doença) pesa negativamente em aspectos de sua saúde e qualidade de vida, como, inclusive, referem outros estudos (Fox et al., 2016, Kirsh et al., 2012; McGonagle & Barnes-Farrell, 2014; Ojikutu et al., 2016; Quinn & Earnshaw, 2013; Quinn et al., 2014; Toth & Dewa, 2014).

O trabalhador soropositivo se vê então em uma dicotomia: de um lado, os avanços do tratamento, que lhe assegura saúde para viver e trabalhar; e de outro o estigma, que se converte em prejuízos para a mesma saúde que tenta manter em boa condição.

4.3 Estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo

4.3.1 O manejo da informação sobre o estigma

Acredita-se que experiências negativas em aspectos da vida privada do trabalhador soropositivo impactam consideravelmente a forma como ele compreende o estigma e, por conseguinte, a decisão de revelar no local de trabalho a sua condição

de pessoa que vive com AIDS. E, nessa compreensão, elabora estratégias para que sinais que remetam ao estigma não se evidenciem ou evidenciem o mínimo possível, lembrando Goffman (1988).

Como exemplo, destacam-se dois depoimentos: (a) “Não me arrisco. Na questão laboral eu não me arrisco a fazer revelações assim de jeito nenhum” (Henrique). (b) “Hoje em dia eu não falo para ninguém. Não falo. Pode me perguntar, pode me torturar, eu não falo. Acabou.” (Raquel).

As falas de alguns participantes permitem inferir também que não somente experiências negativas diretamente experimentadas por eles, mas experiências vivenciadas por outras pessoas em igual situação pesam significativamente na decisão de revelar-se como soropositivo no local de trabalho.

Pode-se lembrar, por exemplo, um dos entrevistados, o Henrique, que presenciou comentários e atitudes negativas de seus colegas de trabalho quando suspeitaram que outro colega estivesse em um quadro avançado de AIDS. Podem-se lembrar também as histórias contadas por dois participantes que trabalham na área da saúde (Roberto e Raquel) e que diariamente observam a reação de medo ou repulsa de alguns profissionais, especialmente técnicos em enfermagem, quando têm que atender algum paciente que vive com essa doença.

Tem-se o exemplo de um profissional (Mateus) que trabalha em um local onde uma pessoa fora despedida por ser soropositiva e, além disso, é amigo de outra pessoa que fora também demitida, pelo mesmo motivo, em outra empresa. E ainda a experiência de um participante que atua como guarda municipal e, quando na abordagem de alguma pessoa conhecida por viver com essa doença, recebe imediatamente um recado via rádio comunicador ou telefone celular: “Cuidado que esse é soropositivo!” (Leandro).

As narrativas desses participantes mostram o medo do estigma com o qual convivem no local de trabalho e anunciam que alguma estratégia deve ser empregada por eles para conseguirem viver nesse ambiente. Observa-se que a principal estratégia se converte em uma postura que busca não levantar suspeitas sobre sua sorologia e, assim, omitir ou negar essa informação.

Por isso que é melhor às vezes você se esconder do que se expor. Porque ao se expor, depois também você tem que pensar que se expôs demais. Aí, como se diz, agora as consequências vêm. [...] Eu acho que se eu não falar eu vou viver melhor. Eu não vou ter constrangimento com as pessoas, nem nada (Carlos).

Atualmente, o tratamento da doença possibilita ao paciente uma discreta rotina de cuidados: na maioria dos casos, a ingestão de baixa dose de medicação antirretroviral é suficiente para o controle da carga viral no organismo infectado e, por consequência, para a melhora na qualidade de vida do sujeito.

Assim, revelar-se ou não como alguém que vive com AIDS no local de trabalho torna-se, quase sempre, uma opção controlável, uma questão maneável pelo sujeito tratado. E mediante essa possibilidade, parece ser a opção mais usual, como estratégia para neutralizar o estigma, manter-se em sigilo.

A manutenção desse sigilo, contudo, implica esforços diários para não levantar suspeitas. Todos os entrevistados disseram que tentam esclarecer os colegas de trabalho sobre questões a respeito do vírus e da doença, mas o fazem com extremo cuidado para que isso não evidencie sua condição.

Nesse momento o trabalhador se vê na situação de mentir ou omitir sua identidade, ainda que essa decisão se insira em um contexto de pouca interação, isolamento, estresse, sofrimento e adoecimento no local de trabalho, como detalhado no texto anterior quando se fala das consequências do estigma para a saúde e qualidade de vida.

Por meio desses depoimentos é possível perceber que a todo o tempo o trabalhador soropositivo avalia riscos e benefícios de se posicionar como alguém que vive com AIDS. E, nesse momento, pela consciência dos estigmas que junto a essa doença ele carrega, tende a se calar, omitir ou mentir sobre sua condição.

Apenas cinco entre os 13 participantes passaram pela experiência de revelar sua condição no local de trabalho, mas todos o fizeram para um número mínimo de pessoas, uma ou duas, e com extremo cuidado quanto a esses confidentes. A discricção e um laço de amizade que transcendia as fronteiras da organização foram fundamentais para esse momento, como se detalha a seguir, a partir da experiência desses cinco entrevistados:

- a) Roberto revelou para sua ex-gerente quando precisava negociar sua dispensa. Ela foi para ele uma pessoa discreta, generosa e o ajudou nesse momento, garantindo-lhe benefícios que raramente eram concedidos a funcionários que optavam por sair da empresa.

- b) Miguel revelou para uma grande amiga antes mesmo de ambos, por coincidência, começarem a trabalhar no mesmo local. Ela, inclusive, o acompanha a consultas médicas e na retirada de medicação na farmácia especializada, estimulando-o a manter-se em tratamento.
- c) Flávia trabalha no restaurante que pertence ao melhor amigo de seu esposo. Esse amigo é também casado e sua esposa é a melhor amiga de Flávia. Segundo ela, eles são como uma grande família e o fato de ela ter contraído o vírus quando nasceu, por meio de sua mãe também soropositiva, faz com que sua condição seja mais bem compreendida por eles.
- d) Carlos revelou para seu supervisor que, segundo ele, tem uma doença que os coloca em situação parecida quanto ao estigma. Trata-se da alopecia universal. Carlos observou que o supervisor vivenciava dificuldades em função de sua aparência com total ausência de cabelo e pelos na pele. A dificuldade os uniu e ambos se apoiam no local de trabalho. Esse supervisor, inclusive, sugeriu a Carlos que não revelasse para mais alguém naquele local a sua condição de pessoa que vive com AIDS, a fim de evitar que ele (o Carlos) pudesse ser algum dia penalizado na empresa.
- e) Henrique, que nos contou a história de um colega de trabalho que fora diagnosticado com AIDS em um estágio avançado da doença, disse ter revelado sua sorologia apenas para esse colega. Henrique o ajudou nos momentos em que a síndrome o manteve internado e afastado de suas atividades. E nessa ocasião decidiu revelar que também vivia com o vírus, para que de alguma forma seu colega se sentisse acolhido e motivado a manter-se em tratamento. Atualmente ambos trabalham juntos e a ninguém revelam, no local de trabalho, a experiência que compartilharam anos atrás, tampouco que vivem com a doença.

É possível perceber que nesses casos um ingrediente se fez presente, minimizando o estigma: a empatia. E nesse momento a burocracia, a impessoalidade e a busca pelo retorno financeiro que imperam nas organizações (Gaulejac, 2007) - e que em nossa percepção justificam ou banalizam as violências que decorrem do estigma nesses espaços - são quebrados pela admirável capacidade humana de se projetar para o lugar do outro e sentir o que o outro sente.

Apropriando do que disse Dejours (2004, p. 28), que “o sofrimento é, também, um ponto de partida”, pode-se imaginar que o sofrimento imposto pelo estigma no local de trabalho implica ao sujeito que vive com AIDS a necessidade de criar estratégias para sobreviver ali. Cientes dos prejuízos que a revelação poderia acarretar, alguns omitem ou negam a condição de pessoa soropositiva. Aqueles poucos, contudo, que porventura encontraram apoio em alguém em quem pudessem confiar trouxeram histórias de esperança, em que a empatia venceu o medo e a subjetividade se sobrepôs à previsível indiferença que reside na burocracia das organizações.

4.4 Resumo do conteúdo encontrado nas entrevistas

O Quadro 2 mostra resumidamente o conteúdo obtido nas entrevistas com os 13 trabalhadores soropositivos que compõem o grupo de estudo deste trabalho.

Quadro 2 – Resumo do conteúdo encontrado nas entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Resumo do conteúdo encontrado nas entrevistas
1. Estigma e o processo de interação social no trabalho	1.1 Face a face com o diferente	Se eu fui tratado de forma diferente pela minha família e amigos quando souberam da minha condição, imagine como seria no local de trabalho!
		Eu percebo nos olhares, percebo a diferença nos detalhes, e isso é terrível!
	1.2 O atributo depreciativo	Percebo que as pessoas pensam que sou doente, incapaz para o trabalho, irresponsável e desleixado por ser soropositivo.
		Acredito que meus colegas de trabalho pensam que eu sou um doente que pode contaminá-los. Aquela imagem do doente de AIDS dos anos 1980 é ainda um fantasma que assusta as pessoas e me prejudica enquanto trabalhador soropositivo.
2. Estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo	2.1 Relacionamentos interpessoais comprometidos	Meus colegas de trabalho iriam se afastar de mim caso descobrissem minha condição.
		Eu me isolaria dos colegas de trabalho caso eles descobrissem minha condição.
		Um grande amigo que fiz no trabalho se afastou de mim tão logo descobriu a minha sorologia.
	2.2 Prejuízos para a carreira e oportunidades no trabalho	Eu sei de pessoas que foram prejudicadas por serem soropositivas e acredito que comigo não seria diferente. Acredito que, de alguma forma, minha sorologia foi investigada sem minha autorização em exames médicos em meu local de trabalho, e eu perdi o emprego ou não fui aprovado em processos seletivos por decorrência disso.

	2.3 Consequências para a saúde e qualidade de vida no trabalho	Tenho boa saúde e disposição para o trabalho, mas vivo apreensivo com a possibilidade de alguém no trabalho descobrir minha condição. Vivo momentos de estresse, ansiedade, medo e sinto que minha saúde emocional é prejudicada pelo estigma. Sofro calado no local de trabalho e tenho medo dessa situação me levar à depressão.
3. Estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo	3.1 O manejo da informação sobre o estigma	Para conseguir trabalhar eu tenho que esconder a doença. Eu opino e tento esclarecer as pessoas sobre a doença, mas não me coloco como alguém que vive com ela. Eu me sinto como alguém que não é verdadeiro com as pessoas quando omito ou minto sobre minha condição, mas também acredito que não devo e não posso ser transparente quanto a isso. A experiência de revelar para algumas pessoas de minha extrema confiança no trabalho foi positiva e tranquilizadora, mas precisamos manter isso sob sigilo absoluto.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste quadro procurou-se traduzir, então, de acordo com os vários depoimentos dos trabalhadores soropositivos pesquisados, as impressões, sentimentos e opiniões mais significativas desse grupo. Em cada categoria/subcategoria desse quadro foi resumido o conteúdo das entrevistas realizadas, analisadas e apresentadas de maneira detalhada nos capítulos anteriores.

5 CONCLUSÃO

É fundamental lembrar que esta pesquisa foi construída em torno de uma pergunta: se nos últimos anos as pessoas que vivem com o HIV/AIDS têm tido melhor qualidade de vida, e por consequência, têm participado ativamente do mercado de trabalho, como os trabalhadores soropositivos vivenciam, em seu local de trabalho, o estigma que historicamente é associado a eles e qual o impacto de tal estigma em sua vida nesse âmbito?

Conscientes de que a estratégia metodológica aqui utilizada foi pensada para encontrar respostas para esse questionamento, acredita-se que ao fim deste trabalho há boas considerações a fazer. Então, é pertinente agora, após terem sido discutidos os resultados, resgatar cada um dos três objetivos específicos e as considerações mais relevantes que se pode fazer para cada um deles mediante esta pergunta.

O primeiro objetivo específico pretendeu analisar situações de estigma no ambiente de trabalho sob a perspectiva do próprio trabalhador soropositivo. Acredita-se que esse objetivo foi atingido especialmente no item 4.1, onde foram discutidos o estigma e o processo de interação social no trabalho.

Neste item, por meio dos diversos relatos dos depoentes, foi possível concluir que o trabalhador que vive com HIV/AIDS lida rotineiramente com uma série de adjetivos que o desqualificam no local de trabalho (pessoa doente, inapta, irresponsável, desleixada). Contudo, a imagem mais temida por ele parece ser a de uma pessoa doente e inapta para o trabalho.

De maneira geral, os participantes não passaram pelo processo agudo da doença, em que a AIDS se manifesta de maneira avassaladora e anuncia um quadro de morte iminente. Dadas a disponibilidade e a eficiência do diagnóstico e da medicação específica, em quase todos os casos foi possível iniciar o tratamento da doença em seu estágio inicial. A tal imagem (a do doente terminal de AIDS), contudo, aparece como um fantasma: ao mesmo tempo em que convivem com a doença em situação controlada, existem o medo e a insegurança de se aparentar fisicamente doente de AIDS.

Imagina-se que a possibilidade de viver bem e em condição de trabalhar sem qualquer limitação decorrente da doença é uma conquista extremamente significativa para essas pessoas. Percebe-se que: inexistindo a cura, a possibilidade de trabalhar é o que mais se aproxima dela.

A boa condição para o trabalho interrompe o temor dessa doença que antes anunciava uma morte prematura. Talvez por esse motivo seja tão importante, para o trabalhador soropositivo, afirmar-se como alguém apto para o trabalho e distante de uma figura adoecida. Nesse momento é possível concluir que a imagem da AIDS implacável é vencida pela imagem de alguém que se encontra em condição de trabalhar normalmente.

Esses resultados ganharam ainda mais corpo quando, no segundo objetivo específico, procurou-se analisar como a vida desse trabalhador é afetada no local de trabalho pelo estigma do HIV/AIDS. Apresenta-se essa discussão especialmente no item 4.2, que nomeia estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo.

Concluiu-se dali que o estigma parece permear toda a vida do trabalhador soropositivo. O diagnóstico da sorologia positiva para o HIV torna-se um evento biográfico extremamente significativo, que traz consequências não apenas para a saúde física, mas também para suas relações interpessoais e, conseqüentemente, para sua saúde emocional, que é também afetada pela qualidade dessas relações.

Por meio de vários relatos que diziam das implicações do estigma da doença em seus relacionamentos (especialmente entre familiares e amigos), foi possível perceber que o contato com o diferente (alguém que não porta o vírus) suscita uma série de temores por parte do trabalhador soropositivo, e esses temores parecem se intensificar no local de trabalho. O contexto organizacional, de onde quase sempre se espera a impessoalidade e o retorno financeiro, não parece ser terreno apropriado para demonstrar sinais que remetam ao estigma, haja vista que este, para o HIV/AIDS, incute atributos depreciativos implacáveis para o trabalhador, conforme já discutido aqui.

Assim, as experiências vividas por esse trabalhador e/ou experiências vividas por outras pessoas soropositivas (pois em vários momentos os depoentes citavam exemplos da estigmatização vivida por terceiros também soropositivos) parecem dizer a ele que revelar sua sorologia no local de trabalho acarreta discriminação e esforço diário para tentar recuperar a reputação roubada pela doença. Assim, torna-se mais fácil compreender os motivos pelos quais os participantes deste estudo preferem, na maioria das vezes, manter sigilo quanto à sua condição de saúde.

Contudo, quando se esforçam para minimizar, esconder ou negar sinais que remetam ao HIV/AIDS, não encontram lugar de conforto: pelo contrário, antecipam prejuízos do estigma por meio da ansiedade e do medo. Assim, em nosso

entendimento, mais do que a perda do emprego ou prejuízos para a carreira (situações relatadas por eles e mais frequentemente encontradas na literatura), acredita-se que os prejuízos mais significativos decorrem do medo de ser estigmatizado. Nesse momento, a possibilidade de trabalhar, que é comemorada por eles como uma vitória sobre a doença, corporiza-se em sofrimento e adoecimento no local de trabalho quando o estigma se apresenta.

O pavor de ter sua sorologia descoberta e ser, por conseguinte, discriminado configura um campo de sofrimento e adoecimento no local de trabalho que se torna observável, por exemplo, por um estado de alerta constante, por um alto nível de estresse, pela autoestima que se fragiliza, pela possibilidade da depressão que surge implacável e pelo isolamento do grupo, que constitui um grande pesadelo para esse trabalhador.

Nossa atenção foi especialmente aguçada para esses sinais quando, durante as entrevistas, além dos relatos orais, observou-se também que, não raro, a voz do depoente se alterava, os olhos se agitavam, as mãos tremiam e, especialmente quando na entrevista com as participantes (as duas mulheres), foi necessário interromper a entrevista, dando a elas o espaço e o tempo necessários para que se recompusessem e retomassem a fala.

Evidentemente, considera-se que há variáveis diversas (mecanismos individuais, organizacionais e sociais, por exemplo) que interferem na experiência de cada indivíduo e, por esse motivo, tornam-se também questões convidativas para novas investigações. Contudo, a relação do estigma com o adoecimento e sofrimento no trabalho agora parece mais clarificada e, inclusive, mais sólida do que inicialmente se imaginava.

Por último, no terceiro objetivo específico, propôs-se a analisar as estratégias adotadas pelo trabalhador soropositivo para lidar com o estigma ao longo de sua experiência profissional. Para tanto, promoveu-se esta discussão no item 4.3, nomeado estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo

Ali se percebeu que, pelo medo do estigma, o trabalhador soropositivo, de maneira geral, procura ser discreto e manter a doença em segredo. Parece haver uma avaliação, por parte dele, que concluiu no sentido de redobrar a atenção e o cuidado com as informações que remetam ao HIV/AIDS, pois se mesmo entre seus familiares e amigos o estigma da doença se faz presente e o prejudica, ele considera que poderia

ser ainda mais prejudicado no local de trabalho, visto que o afeto e a cumplicidade não são objetivos que se esperam *a priori* nas organizações.

Por esse motivo, praticamente todos os entrevistados não consideram a possibilidade de fazer revelações dessa ordem no local de trabalho. E para que não levantem suspeitas sobre sua condição, comportam-se como alguém que não vive com HIV/AIDS. Eventualmente, esse assunto é tema de algum diálogo promovido pela organização ou alguma roda de conversa informal entre colegas, e reconhecem nisso uma oportunidade de contribuir com o que sabem, mas mesmo querendo contribuir exhaustivamente, evitam falar além do que seria razoável para alguém que não estivesse inserido no contexto do HIV/AIDS. Assim, ficou perceptível que colocar-se como alguém distante desse cenário, ou por vezes alienado, também faz parte dos esforços que empregam.

Nessas situações se veem obrigados a escutar (e sem poder se defender) os adjetivos depreciativos associados aos doentes de AIDS. E ali, para que não demonstrem sua angústia, internalizam-na.

Não é difícil reafirmar, mediante essa constatação, por que o estigma afeta diretamente a saúde dessas pessoas e configura para elas adoecimento e sofrimento no trabalho. E, sobretudo, por que é tão importante para esses trabalhadores que a estratégia de ser reconhecido como alguém normal dê certo. Lembrando um ditado popular: se não puder lutar contra o inimigo, alie-se a ele. Assim, na impossibilidade de enfrentar o estigma, aceitam infelizes caminhar ao seu lado.

Essa dura caminhada, contudo, encontra um alento quando o sujeito reconhece em alguém a possibilidade de desabafar. Pode-se dizer que cinco entre os 13 participantes tiveram essa sorte no local de trabalho. Cada um deles, após uma criteriosa análise do possível confidente, assumiu o risco de revelar sua condição e, felizmente, encontrou compreensão, conforto e companheirismo. Além disso, encontrou também algo que consideram fundamental: a manutenção do sigilo.

O confidente de um dos nossos participantes é, porventura, seu supervisor. Ele, inclusive, pediu para que o depoente não mais falasse sobre a doença com alguém por ali, temendo que ele fosse de alguma forma prejudicado por ser soropositivo. Parece que esse líder, que segundo o entrevistado é acometido por alopecia universal, também reconhece que a organização, assim como outros espaços, é um campo perigoso para quem carrega algum estigma.

Diante dessas constatações, como contribuição deste estudo para as organizações, pensa-se que é fundamental atualizar no local de trabalho a imagem que historicamente é associada à pessoa que vive com AIDS. É necessário superar, por exemplo, aquela triste imagem do fim da vida do memorável cantor e compositor Cazuzza, que infelizmente morreu quando essa doença surgiu horrorizando o mundo e não havia recursos para detê-la. Campanhas, treinamentos, diálogos de saúde e segurança com a equipe e liderança são boas alternativas que se pode sugerir. Talvez esse seja o primeiro - e o mais fácil - passo a ser dado na empreitada contra o estigma que aflige o trabalhador soropositivo no âmbito organizacional.

Hoje, décadas após o terrível início dessa epidemia, é fundamental afirmar, nas organizações, a existência de recursos que possibilitam à pessoa que vive com HIV/AIDS exercer suas atividades laborais sem limitações decorrentes da doença. Ou, ainda, na ocorrência de alguma observação médica para o exercício de determinada atividade, é mister afirmar que é possível administrá-la internamente por meio de uma gestão de recursos humanos que compreenda e trate a AIDS como uma doença crônica (como outras) que por vezes demanda alguma intervenção para que o indivíduo continue no exercício de suas atividades, integrado ao grupo e, o mais importante: com sua dignidade e seus direitos respeitados como trabalhador e pessoa.

Novamente, como pesquisa oriunda da área de Administração, pede-se atenção especial não somente para a área de recursos humanos, mas também para o Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do trabalho (SESMT). Um dos participantes, por exemplo, foi objetivo em dizer que mentiu sobre sua sorologia para o médico do trabalho que o atende em sua empresa, pelo receio de que essa informação não fosse eticamente cuidada por ele. Pelo mesmo motivo, disse também que não levaria a questão para a psicóloga da empresa.

O histórico de violação de direitos, e aqui se pode lembrar das denúncias trazidas pelos depoentes sobre situações em que, por meio do SESMT e da área de recursos humanos, as empresas têm investigado a sorologia de seus empregados (ou candidatos) sob o pretexto de exames periódicos ou admissionais, faz com que a conduta ética de tais áreas seja questionada pelo trabalhador soropositivo. E nessa situação ele se vê mais uma vez impossibilitado de revelar sua condição. Tais áreas, em nossa percepção, devem ser vistas como local de acolhimento para qualquer trabalhador que traga qualquer demanda relacionada à sua saúde e, quando se fala

do trabalhador soropositivo, acredita-se que o esforço empregado deve ser ainda maior por causa do estigma que carregam.

Acredita-se que, na construção de ambientes de trabalho que compreendam o estigma como um problema, não apenas os trabalhadores ganham. Ganham também as organizações: ganham quando cumprem sua responsabilidade e ganham quando criam um ambiente de trabalho que promove o comprometimento e a qualidade de vida do trabalhador.

Vale ressaltar que vários aspectos da vida privada desses trabalhadores surgiram durante a entrevista de maneira espontânea por iniciativa deles próprios. Pensou-se em um roteiro de perguntas direcionado para compreender a vida do trabalhador soropositivo em seu local de trabalho, mas como o estigma parece permear toda a sua vida, sair das fronteiras do trabalho tornava-se, para a maioria dos entrevistados, uma necessidade.

Quando isso acontecia, permitia-se que as entrevistas fluíssem para além do contexto que objetivamente era investigado (o trabalho), pois via-se nesses momentos uma oportunidade de mergulhar no mundo do entrevistado e suas particularidades: sua intimidade com a família, amigos, amores e o quanto a doença significou e significa em cada um desses meios. Além do mais: dando a eles a oportunidade de desabafar situações e sentimentos para os quais há pouca oportunidade de confidenciar para alguém.

Por esse motivo novamente destaca-se a necessidade de se promover nas organizações (para que o estigma possa ser observado como um problema organizacional) um espaço de confiança e abertura para um diálogo que ilumine essa questão que muitas vezes se esconde no silêncio do trabalhador que sofre e tem muito a dizer. Sempre, contudo, lembrando: o trabalhador soropositivo não é obrigado a dizer sobre sua condição. Deve restar claro que o sigilo quanto à sua identidade é, sobretudo, um direito.

Continuando, em seus desabafos ficava mais fácil compreender por que vários estigmas associados a essa doença são uma realidade para esses trabalhadores, ainda que eles escondam sua sorologia no local de trabalho. De modo geral, eles vivenciam o estigma especialmente em seus relacionamentos mais íntimos (família e amigos) e passam a projetar (quando não vivenciam na prática) como se estabeleceria o estigma e sua conseqüente discriminação em seu local de trabalho.

Também se deve ter em mente que, quando na composição do grupo de participantes desta pesquisa, não foi proposta como condição para a admissão o fato de o sujeito revelar a sua sorologia no local de trabalho. Não se criou esse limite para que se pudesse analisar o estigma sob diversas perspectivas. Contudo, pode ser interessante, em pesquisas futuras, a adição desse critério para a seleção dos depoentes.

Considerando previamente a maneira como a pessoa conduz a sua identidade estigmatizada, é possível pensar em estratégias metodológicas para grupos de pessoas que têm sua sorologia conhecida por todos no local de trabalho e assim verificar como se comportam não apenas o próprio sujeito, mas seus superiores, seus pares e a própria organização (especialmente a área de recursos humanos) quando na presença de alguém cujo estigma não é negado ou minimizado.

Para novas pesquisas sugere-se também que as implicações do estigma para a saúde e qualidade de vida desses trabalhadores possam ser exploradas de maneira mais objetiva, especialmente por meio de um esforço multidisciplinar que compreenda mecanismos individuais, organizacionais e sociais que se relacionam nesse universo.

Acredita-se que inferências mais objetivas só serão possíveis em pesquisas que tenham essa investigação como objetivo principal, considerando, por exemplo: o estresse, a depressão, a ansiedade, o medo ou outras formas de sofrimento e adoecimento no local de trabalho que possam ter relação direta ou indireta com o estigma.

É também um grande desejo dos autores deste estudo que o panorama apresentado aqui seja em um futuro breve ultrapassado pela cura dessa doença e se torne apenas mais um registro histórico de nosso tempo (aqui vale lembrar os assombrosos registros encontrados nas histórias de doenças como a sífilis e hanseníase, por exemplo). Fala-se aqui de um tempo no qual, a despeito de vários avanços que se apresentam em aspectos da saúde da pessoa que vive com HIV/AIDS, outros tantos desafios se impõem em função dos vários estigmas que tal doença projeta.

REFERÊNCIAS

- Allport, G., (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Perseus Books.
- Amaral, L. A. (1992). *Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo pela voz da literatura infanto-juvenil*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bacila, C. R. (2015). *Criminologia e estigmas: um estudo sobre preconceitos*. São Paulo: Atlas.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Bastos, J. L. & Faerstein, E. (2013) Aspectos conceituais e metodológicos das relações entre discriminação e saúde em estudos epidemiológicos. In S. Monteiro, & W. Villela (org.). *Estigma e saúde*. (pp. 115-134). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Bauer, M. W.; & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Becker, G., & Arnold, R. (1986). Stigma as a social and cultural construct. In: S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. Colman (ed). *The Dilemma of Difference* (pp. 39-57). New York: Plenum Springer US.
- Bittencourt, L. P., Carmo, A. C. D., Leão, A. M. M., & Clos, A. C. (2010). Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Revista de Enfermagem*. UERJ, 185-190.
- Brannen, M. Y. (2011). Using multiple case studies to generalize from ethnographic research. In: Marschan-Piekkari, R., & Welch, C. *Rethinking the case study in international business and management research*. (pp.124-145). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Brasil. (1998). Ministério da Saúde. *DST/Aids no local de trabalho: uma abordagem a partir de grupos focais*. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2002). Secretaria Internacional do Trabalho. *Repertório das recomendações práticas da OIT sobre HIV/aids e o mundo do trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV*. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Vivendo com HIV*. Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília.

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília.
- Cassano, C., Frias, L. A. M., & Valente, J. G. (2000). Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil - 1995. *Caderno de Saúde*, 16(1), 53-64.
- Coleman, L. M. (1986). Stigma an enigma desmystified. In Ainlay, S. C., Becker, G., & Colman, L. M. (ed). *The Dilemma of Difference*. (pp.202-223). New York: Plenum Springer US.
- Coutinho, M.T.C. & Cunha, S.E (2004). *Os caminhos da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: PUC Minas.
- Decreto nº 5.296, (2004, 02 de dezembro). Regulamenta as Leis números 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.
- Dozier, R. (2017). Female masculinity at work: managing stigma on the job. *Psychology of Women Quarterly*, 41(2), 197-209.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32.
- Ferreira, R., & Figueiredo, M. (2006). Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. *Medicina*, Ribeirão Preto, 39(4), 591-600.
- Ferreira, R., Figueiredo, M., & Souza, L. B. (2011). Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 259-267.
- Fonseca, M. G. P., Travassos, C., Bastos, F. I., Silva, N. V., & Szwarcwald, C. L. (2003). Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987 a 1998. *Caderno de Saúde Pública*, 19(5), 1351-1363.
- Fox, A. B., Smith, B. N., & Vogt, D. (2016). The relationship between anticipated stigma and work functioning for individuals with depression. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 35(10), 883-897.

- Garrido, P. B., Paiva, V., do Nascimento, V. L., Sousa, J. B., & Santos, N. J. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 72-79.
- Gaulejac, V. D. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Glat, R. (1989). *Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Record.
- Hammond, N., & Kingston, S. (2014). Experiencing stigma as sex work researchers in professional and personal lives. *Sexualities*, 17(3), 329-347.
- Harris, K. (2011). Pride and prejudice: identity and stigma in leprosy work. *Leprosy review*, 82(2), 135-146.
- Irigaray, H. A. (2008). *A diversidade nas organizações brasileiras: estudo sobre orientação sexual e ambiente de trabalho*. Tese (Doutorado em Administração). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Irigaray, H. A., & Freitas, M. E. (2013). Estratégia de sobrevivência dos gays no ambiente de trabalho. *Revista Psicologia Política*, 13(26), 75-92.
- Irigaray, H. A. (2006). Prejudice against lesbians, gays, and bisexual employees and its impacts on their health and well being. *Anais 26th International Congress of Applied Psychology*. Atenas.
- Kirsh, B., Slack, T., & King, C. A. (2012). The nature and impact of stigma towards injured workers. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(2), 143-154.
- Lei nº 12.984 (2014, 2 de junho). Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Ortiz, D., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(2).
- Mann, J. M. (1988). Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of the United Nations General Assembly. *Journal of the Royal Statistical Society*, 151(1), 131-136.

- Martin, L. G. Stigma: a social learning perspective. (1986). In: S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. Colman (ed). *The dilemma of difference*. (pp.145-161). New York: Plenum Springer US.
- McGonagle, A. K., & Barnes-Farrell, J. L. (2014). Chronic illness in the workplace: stigma, identity threat and strain. *Stress & Health: Journal of the International Society for The Investigation Of Stress*, 30(4), 310-321.
- Melo, Z. M. (2000). Os estigmas: a deterioração da identidade social. *Symposium*, 4, 18-22.
- Monteiro, S., Villela, W., Pereira, C., & Soares, P. (2013). A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e AIDS no Brasil. In: S. Monteiro, & W. Villela (org.). *Estigma e saúde*. (pp. 61-80). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação Porto Alegre*, 22(37), 7-32.
- Ojikutu, B. O., Pathak, S., Srithanaviboonchai, K., Limbada, M., Friedman, R., Li, S., & Network, H. P. T. (2016). Community cultural norms, stigma and disclosure to sexual partners among women living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia. *Plos one*, 11(5).
- Oliveira, D. (2007). *O estigma da marca corporal invisível: estudo sobre o mundo do trabalho das pessoas com estomia intestinal definitiva*. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de Brasília, Brasília.
- Organização Internacional do Trabalho (2015). *HIV/AIDS nos locais de trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Organização Internacional do Trabalho (2010). *Recomendação 200: Recomendação sobre o HIV e AIDS e o mundo do trabalho*. Genebra: OIT.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS. Coleção ABIA. Cidadania e Direitos, 1. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*.
- Parker, R. (2013). Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: S. Monteiro, & W. Villela (org.). *Estigma e saúde*. (pp. 25-46). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paulilo, M. Â. S. (1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*, 2(2), 135-148.
- Phelan, J., Link B., & Dovidio, J. (2013). Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: S. Monteiro, & W. Villela (org.). *Estigma e saúde*. (pp. 183-203). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Quinn, D. M., & Earnshaw, V. A. (2013). Concealable stigmatized identities and psychological well-being. *Social and personality psychology compass*, 7(1), 40-51.

- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., Earnshaw, V. A., Perez, G., & Chaudoir, S. R. (2014). Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *Plos One*, 9(5).
- Ragin, C. C., & Becker, H. S. (1992). *What is a case?: exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge University Press.
- Ridder, H. G., Hoon, C., & McCandless, A. (2009). The theoretical contribution of case study research to the field of strategy and management. *Research Methodology in Strategy and Management*. (pp. 137-175). Emerald Group Publishing Limited.
- Sadala, M. L. A., & Marques, S A. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 22(11), 2369-2378.
- Santos, C. M. M. (2012). *As mulheres brasileiras: do espaço privado da casa para as posições executivas nas organizações brasileiras*. Tese (Doutorado em Administração). PUC Minas, Belo Horizonte.
- Stafford, M. C. & Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In: S. C. Ainlay, G. Becker, & L. M. Colman (ed). *The dilemma of difference*. (pp. 77-91). New York: Plenum Springer US.
- Toth, K. E., & Dewa, C. S. (2014). Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 732-746.
- Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2012). *A ONU e a resposta a AIDS no Brasil*. Brasília: Organização das Nações Unidas no Brasil.
- Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2008a). *Impact Of AIDS*. Suíça: UNAIDS.
- Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2008b). *Report on the global AIDS epidemic*. Suíça: UNAIDS.
- Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2016). *Prevention gap report*. Suíça: UNAIDS.
- Westin, R. (2016). *Por 100 anos, analfabeto foi proibido de votar no Brasil*. Brasília: Agência Senado.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



Nº. Registro CEP: CAAE 68498317.6.3001.5651

Título do projeto: O estigma no trabalho: a vivência de profissionais soropositivos

Prezado(a) Sr(a), você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará como trabalhadores soropositivos vivenciam, em suas experiências profissionais, o estigma que historicamente é associado a eles e o impacto de tal estigma em sua vida no trabalho.

Você foi selecionado(a) por ser um(a) trabalhador(a) que vive com HIV/AIDS. Sua participação neste estudo consiste em responder uma entrevista com perguntas abertas e que será conduzida pelo pesquisador em local reservado.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, você também não terá algum gasto.

As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa e, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Não é esperado qualquer risco para os participantes deste estudo, mas caso ocorra qualquer constrangimento você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo prejuízo pessoal se essa for a sua decisão.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável por cinco anos e, após esse período, será destruído.

Os resultados desta pesquisa servirão para divulgar e debater a vivência de profissionais soropositivos dentro das organizações.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo, onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Ronan Romão de Freitas Vieira. Endereço: xxxxxx, xxxxx, Belo Horizonte. Telefone (31) xxxxxx.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof^a. Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado, em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou *e-mail* cep.proppg@pucminas.br.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data __/__/____

Eu, Ronan Romão de Freitas Vieira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data: __/__/____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

A entrevista será dividida em dois momentos. No primeiro momento, serão coletadas algumas informações básicas do depoente a fim de melhor caracterização do mesmo. Em seguida, serão realizadas as perguntas abertas com base no referencial teórico deste estudo. Três categorias de análise parecem adequadas nesse momento, podendo, entretanto, ser ajustadas ao longo da análise dos dados de acordo com o que emergir das entrevistas.

Informações básicas do entrevistado

- A) Nome/apelido:
- B) Sexo:
- C) Idade:
- D) Estado civil:
- E) Filhos:
- F) Formação escolar:
- G) Cargo atual:
- H) Média salarial:
- I) Há quanto tempo trabalha:
- J) Há quanto tempo vive com o vírus:
- K) Há quanto tempo vive com o vírus no local de trabalho:

Estigma e estratégias de enfrentamento adotadas pelo trabalhador soropositivo

Objetivo: analisar como o trabalhador soropositivo lida com o estigma associado a ele no local de trabalho. Compreende-se como estratégia a forma como o sujeito administra a informação sobre o estigma que carrega e, assim, conduz suas relações no local de trabalho (tanto com seus pares quanto com seus superiores hierárquicos).

Referencial teórico: Becker & Arnold (1986), Goffman (1988), Hammond & Kingston (2014), Melo (2000), Toth & Dewa (2014).

1. Você já revelou em algum momento, em algum local onde você trabalhou (ou trabalha), a sua condição de pessoa que vive com o HIV/AIDS?

✓ Se sim:

Por que você quis revelar?

Como foi essa experiência?

Como você se sentiu?

✓ Se não:

Por que não?

Como você acha que seria caso revelasse?

2. Quando o assunto HIV/AIDS vem à tona em seu local de trabalho, como você se comporta/reage perante os colegas de trabalho (superiores e pares)?

Estigma e o processo de interação social no trabalho

Objetivo: analisar, pela perspectiva do trabalhador soropositivo, como ele percebe o contato face a face com as pessoas com as quais ele se relaciona no local de trabalho, considerando sua situação de pessoa que vive com o HIV/AIDS, e quais são os atributos depreciativos mais percebidos por ele nessa interação.

Referencial teórico: Amaral (1992), Coleman (1986), Martin (1986), Monteiro et al. (2013), Goffman (1988), Parker & Aggleton (2001), Stafford & Scott (1986).

3. O que você percebe que vem à cabeça das pessoas quando pensam em alguém que vive com HIV/AIDS no local de trabalho?

4. Se você pudesse resumir o que as pessoas pensam em relação a você, como um trabalhador soropositivo, o que você diria?

5. O que elas dizem ou fazem que faz com que você pense dessa maneira?

Estigma e suas consequências para o trabalhador soropositivo

Objetivo: analisar os possíveis prejuízos, barreiras, dificuldades, vivenciados pelo trabalhador soropositivo em seu local de trabalho, por consequência do estigma que carregam. Impere lembrar que esses prejuízos, conforme referencial teórico deste estudo, apresentam-se em vários aspectos: relações interpessoais, empregabilidade, remuneração, carreira, danos de ordem psicológica e autoestima, qualidade de vida e o respeito à dignidade humana, por exemplo.

Referencial teórico: Bacila (2015), Dozier (2007), Fox, Smith & Vogt (2016), Gaulejac (2007), Harris (2011), McGonagle & Barnes-Farrell (2014), Irigaray (2006), Irigaray (2008), Irigaray e Freitas (2013), Kirsh, Slack & King (2012), Oliveira (2007).

6. Você sente que o HIV/AIDS representa ou representou alguma barreira/ dificuldade ao longo de suas experiências de trabalho?

✓ Se sim:

Que tipo de barreira/dificuldade foi essa?

Como você lidou com isso?

✓ Se não:

Você acha que o HIV/AIDS pode vir a ser uma barreira/dificuldade em algum momento?

Como você imagina que lidaria com isso?

7. Você sente que é, já foi ou poderia ser tratado de forma diferente das demais pessoas em seu local de trabalho pelo fato de ser soropositivo?

✓ Se sim:

Como foi essa experiência?

✓ Se não:

Como você acha que seria?

Como você reagiria?

8. Em qual(ais) experiência(s) de trabalho você considera que teve facilidade em lidar com a questão do HIV/AIDS? Por quê?

9. Em qual(ais) experiência(s) de trabalho você considera que teve dificuldade em lidar com a questão do HIV/AIDS? Por quê?