



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**NINALVA DE ANDRADE SANTOS**

**VULNERABILIDADE DE MULHERES INTERIORANAS  
SOROPOSITIVAS À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

**SALVADOR  
2007**

**NINALVA DE ANDRADE SANTOS**

**VULNERABILIDADE DE MULHERES INTERIORANAS  
SOROPOSITIVAS À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora: **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Santos Paiva**

**SALVADOR  
2007**

S236 Santos, Ninalva de Andrade.

Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/AIDS. / Ninalva de Andrade Santos. Salvador: EEUFBA, 2007.  
120p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - EEUFBA, 2007.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mirian Santos Paiva

1.Infecção pelo HIV/aids 2. Representações Sociais 3.Vulnerabilidade  
I.Título

CDD 616.97

**NINALVA DE ANDRADE SANTOS**

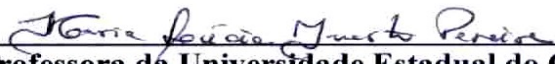
**VULNERABILIDADE DE MULHERES INTERIORANAS,  
SOROPOSITIVAS À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2007

**BANCA EXAMINADORA**

Mirian Santos Paiva   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Lúcia Duarte Pereira   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Ceará

Edméia de Almeida Cardoso Coelho   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este estudo ao nosso Deus, que com sua infinita misericórdia nos concede luz e força necessárias para trilhar este e tantos outros caminhos.

Senhor, serei eternamente grata a Ti por todas as benções recebidas!

### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirian Santos Paiva, pela dedicação, incentivo, amizade e confiança em mim depositada.

Que Deus esteja sempre a iluminar teus caminhos, concedendo muita paz, saúde, alegrias e sucesso, pois você é uma pessoa especial.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Aurelina e João** por tudo o que fizeram por mim, pelo exemplo de caráter e força nas horas difíceis e por me estimularem a ir em busca dos meus sonhos.

Aos meus filhos **Bárbara e Diego** pelo amor, carinho, dedicação e, principalmente por entenderem as minhas ausências. Amo vocês!

Ao meu marido **Silvio** pela amizade e companheirismo.

Aos meus irmãos **Dinalva, Gilfredo e Gilberto** pelo apoio e incentivo que sempre me dedicaram.

Ao meu netinho **Daniel** pelo seu sorriso sublime e pela alegria da sua existência.

Ao meu genro **Juraci** pela amizade e troca de conhecimentos.

A minha cunhada **Sandra** pelo apoio e convivência harmoniosa.

Aos meus sobrinhos **Stephannie, Bruno, Bianca e Lucas** pelo carinho e momentos de alegria.

Aos colegas **Paulo, Norma, Celestina, Clara e Paula** pelo incentivo durante a jornada e pelo acolhimento na cidade de Salvador.

A todos os meus professores pelo muito que contribuíram para a conclusão deste curso.

Aos meus colegas de turma, em especial a **Lucineide, Michelle e Jaqueline** pela colaboração e amizade durante a caminhada.

À **UFBA**, em especial ao **Colegiado do Curso de Mestrado/Doutorado**, pela disponibilidade do curso e pela qualidade da contribuição deste no processo de construção e aprofundamento do conhecimento.

À **UESB** que permitiu o meu afastamento e a oportunidade de crescimento.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pela concessão da bolsa de estudos no decorrer do curso, a qual foi imprescindível para que chegássemos até aqui.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Sheva Maia Nóbrega** pela gentileza de sua contribuição com o processamento do software Tri-deux-mots importante na construção deste estudo.

Aos colaboradores do **Centro de Referência em DST/AIDS Dr<sup>a</sup>. Mirian Magalhães Sepúlveda**, cenário da pesquisa, por possibilitar aproximação com as informantes que participaram do estudo.

A todas as mulheres que participaram do estudo.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, compartilharam dessa trajetória.

*Não espere um sorriso para ser gentil;  
Não espere ser amado para amar;  
Não espere ficar sozinho, para reconhecer o valor de quem está ao seu lado;  
Não espere ficar de luto, para reconhecer quem hoje é importante em sua vida;  
Não espere o melhor emprego para começar a trabalhar;  
Não espere a queda para lembrar-se do conselho;  
Não espere...  
Não espere a enfermidade para perceber o quanto é frágil a vida;  
Não espere pessoas perfeitas para então se apaixonar;  
Não espere a mágoa para pedir perdão;  
Não espere a separação para buscar reconciliação;  
Não espere a dor para acreditar em oração;  
Não espere elogios para acreditar em si mesmo;  
Não espere...  
Não espere que o outro tome a iniciativa se você foi o culpado;  
Não espere o “eu te amo” para dizer “eu também”;  
Não espere o dia da sua morte para começar a amar a vida;  
E então o que você está esperando?  
(Autor desconhecido)*

## RESUMO

A Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) foi inicialmente considerada fenômeno masculino, já que os homens que faziam sexo com homens (HSH) representavam a categoria de exposição dominante. Atualmente a expansão entre as mulheres constitui importante aspecto da transição epidemiológica. O estudo buscou analisar a vulnerabilidade de mulheres interioranas à infecção pelo HIV/aids; identificar se as variáveis sexo e raça/cor influenciam na vulnerabilidade de mulheres do interior à infecção pelo HIV/aids; apreender as Representações Sociais de mulheres do interior à infecção pelo HIV/aids. Trata-se de estudo com abordagem multimétodos, do tipo descritivo e exploratório, cujos eixos teóricos foram a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, gênero e conceito de vulnerabilidade. A pesquisa foi realizada em Jequié-BA. Participaram do estudo 25 mulheres, entre 22 e 77 anos, portadoras do HIV/aids, cadastradas em um centro de referência para tratamento de DST/aids, entre agosto e outubro/2006. A coleta dos dados foi realizada através de análise documental, entrevistas semi-estruturadas e Teste de Associação Livre de Palavras – TALP, que teve como estímulos indutores: aids, HIV, sexo, sexualidade e vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids. Os dados obtidos pelo TALP foram submetidos à Análise Fatorial de Correspondência – AFC, obtida através do software Tri-deux-Mots, sendo as entrevistas submetidas à análise temática do conteúdo. Os resultados da AFC demonstraram significância para as variáveis fixas raça/cor e religião. Para as católicas brancas a aids foi representada como **preconceito** e **prevenção**, o que evidencia o aspecto profilático e de exclusão social; para as evangélicas brancas emergiram as representações de **doença** e **morte**, caracterizando o aspecto biológico que no contexto da religiosidade é apontada como castigo, devido aos comportamentos “desviantes”. As Representações Sociais do HIV apreendidas entre as católicas foram (**aids** e **sexo com condom**) e entre as evangélicas (**morte**, **medo** e **cuidado**), associando, respectivamente, a noção biológica e sentimentos de temor e proteção frente ao agravo. A AFC fez emergir representações positivas e similares, evocadas pelos grupos sobre sexo: **prazer**, **cuidado**, **desejo**, **bom** e **prevenção**. Quanto à vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids, foram retratadas as palavras: **confiança**, **infidelidade**, **sexo sem condom**, **desinformação** e **promiscuidade** (católicas brancas e negras); **infidelidade** e **transusão de sangue** (evangélicas brancas e negras). As representações das evangélicas não revelam similitudes com o conhecimento científico a respeito da temática. Observa-se que a maioria possui conhecimento sobre a importância do uso do condom na prevenção do agravo, embora tenham se contaminado em relação sexual desprotegida. O preconceito e a discriminação constituem barreira à adesão ao tratamento adequado. As Representações Sociais apreendidas para este grupo estudado explicitam a invisibilidade das vulnerabilidades sociais e programáticas e das questões de gênero na dinâmica da infecção e apontam para uma forte influência das doutrinas religiosas sobre o comportamento das pessoas nas questões de ordem sexual e reprodutiva traduzida pelos conceitos de culpa e pecado que dificultam o diálogo sobre sexualidade.

Palavras-chave: Infecção pelo HIV/aids; Representações Sociais; Vulnerabilidade; Gênero.

## ABSTRACT

The Acquired Immunologic Deficiency Syndrome (AIDS) initially was considered masculine phenomenon, since the men who made sex with men (HSH) represented the category of dominant exposition. Currently the expansion between women constitutes important aspect of the epidemiologist transition. This study looks forward to analyze the vulnerability of provincial women to the infection of HIV/aids; to identify if to the variable sex and race/color influences in the vulnerability of women of the interior of infection for the HIV/aids; to apprehend the Social Representations of women of the interior to the infection of HIV/aids. This is about study with multimethods boarding, of the descriptive and exploratory, whose theoretical axes had been the Theory of the Social Representations of Moscovici, fundamental notion and concept of vulnerability. The research took place in Jequié-BA. 25 women had participated of the study, between 22 and 77 years old infected by, of the HIV/aids virus, registered in a center of reference for treatment of DST/aids, between August and outubro/2006. The collection of the data was made through documentary analysis, half-structuralized interviews and Free Test of Association of Words - TALP, that had as inductive stimulants: AIDS, HIV, sex, sexuality and feminine vulnerability to the infection of HIV/aids. The data gotten for the TALP had been submitted to the Factorial Analysis of Correspondence - AFC, gotten through Tri-deux-Mots software, and the interviews were submitted to the analysis of the thematic content. The results of the AFC had demonstrated to significance for the fixed 0 variable race/color and religion. To the white catholics the AIDS was represented as preconception e prevention, what evidences the prophylactic aspect and social exclusion; to the white evangelics the representations that emerged mas **illness** and **death**, characterizing the biological aspect that in the context of religiosity is pointed as punishment, because of that "devious" behavior. The Social Representations of HIV apprehended among catholics had been (**aids** and **sex with condom**) and among the evangelics (**death**, **fear** and **care**), associating, respectively, the biological notion and feelings of fear and protection front of the injury. The AFC emerged positive and similar representations, evoked by the groups about sex: **pleasure**, **care**, **desire**, **good** and **prevention**. About to the feminine vulnerability to the infection of HIV/aids, the words had been portrayed : **confidence**, **infidelity**, **sex without condom**, **disinformation** and **promiscuity** (white and black catholics); **infidelity** and **blood transfusion** (white and black) evangelics. The representations of evangelics do not disclose similitudes with the scientific knowledge regarding the thematic one. It is observed that the majority possess knowledge about on the importance of the use of condom in the prevention of the injury, even if they have been contaminated by unprotected sexual relation. The negudice and the discrimination constitute a barrier to the adhesion of adequate treatment. The apprehended Social Representations for this studied group explicitam the invisibility of the social and programmatical vulnerabilities and the questions of gender in the dynamics of the infection and point to a strong influence of the religious doctrines on the behavior of the people in questions of sexual and reproductive order translated by the concepts of guilt and sin that make it difficult to dialogue about sexuality.

Key words: Infection for the HIV/aids; Social representations; Vulnerability; Sort.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                                                                                          | <b>13</b> |
| <b>2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO</b>                                                                                                           | <b>24</b> |
| 2.1 MULHERES, SEXUALIDADE E QUESTÕES DE GÊNERO EM TEMPOS DE AIDS                                                                             | 24        |
| 2.2 AIDS E MULHERES AFRO-DESCENDENTES                                                                                                        | 32        |
| 2.3 AIDS, MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE                                                                                             | 39        |
| <b>3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>                                                                                                        | <b>44</b> |
| 3.1 EIXO TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS                                                                                          | 44        |
| 3.2 TIPO DE ESTUDO                                                                                                                           | 47        |
| 3.3 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO                                                                                                      | 48        |
| 3.4 SUJEITOS DO ESTUDO                                                                                                                       | 50        |
| 3.5 COLETA DE DADOS                                                                                                                          | 50        |
| 3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS                                                                                                             | 52        |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS                                                                                                                          | 53        |
| <b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>                                                                                                  | <b>54</b> |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS                                                                                            | 54        |
| 4.2 ANÁLISES DAS REPRESENTAÇÕES DAS MULHERES SOROPOSITIVAS SEGUNDO O TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS                                   | 60        |
| 4.3 ABORDAGEM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS APREENDIDAS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS                                                              | 66        |
| 4.3.1 Aids: ... prevenção ... doença ... preconceito e morte                                                                                 | 66        |
| 4.3.2 HIV: aids ... medo ... morte ... cuidado ... sexo com condom                                                                           | 72        |
| 4.3.3 Sexo: desejo ... prazer... bom ... cuidado e prevenção                                                                                 | 76        |
| 4.3.4 Vulnerabilidade ao HIV/aids: confiança ... infidelidade ... desinformação ... promiscuidade ... transfusão de sangue e sexo sem condom | 78        |
| 4.3.5 Raça/cor e vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids: Representações apreendidas nos discursos de mulheres soropositivas       | 86        |

|                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                             | 92  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                        | 95  |
| <b>APÊNDICE A - Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras</b> | 106 |
| <b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada</b>                | 108 |
| <b>APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido</b>            | 110 |
| <b>ANEXO A - IMP - Dicionário Tri-deux-mots</b>                           | 112 |
| <b>ANEXO B - AFC: <i>Analyse fatorial des correspondances</i></b>         | 116 |
| <b>ANEXO C - “ O medo” (Carlos Drumond de Andrade)</b>                    | 118 |
| <b>ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UESB</b>         | 120 |

## 1 INTRODUÇÃO

“Pare um pouco para ouvir e aprender tudo o que puder sobre o HIV/AIDS. Prevenção é vida... A escolha é sua!”

Joey DiPaolo (portador do HIV)

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), doença emergente, transformou-se em pouco tempo, graças à facilidade dos meios de transporte e comunicação, numa epidemia mundial, constituindo-se num grave problema de saúde pública, devido aos altos índices de morbimortalidade. A infecção trouxe consigo vários estereótipos (doenças incuráveis, contagiosas, letais, predominantes entre homossexuais masculinos, ricos e que moravam em grandes centros urbanos). Essa categorização contribuiu para construção de uma imagem estigmatizadora que, infelizmente, permanece até os dias atuais, dificultando melhores resultados nas ações de prevenção e controle da epidemia (ROCHA, 1999).

A predominância, no início da epidemia, no nível social mais alto, foi devido ao fato de que as primeiras pessoas a adoecerem por aids terem contraído o vírus no exterior. Tratava-se, portanto, de pessoas com alto poder aquisitivo em condições de viajar para fora do país e que ao retornarem transmitiam o HIV a outras pessoas do seu extrato social.

Assim, a infecção, apesar de já ter alcançado sua maioridade, apresenta-se em contínuo processo de transformação. Há quase três décadas, o campo da Saúde Pública tem investido em ações com enfoque na prevenção e controle dessa infecção. No entanto, nota-se que, embora a mortalidade por aids tenha diminuído, graças ao uso dos medicamentos anti-retrovirais disponíveis, a incidência de infecção pelo HIV continua aumentando.

A aids, no mundo e no Brasil, foi reconhecida em 1980. Em 1983, teve seu agente etiológico (HIV), retrovírus da família Lentivírus, isolado. Posteriormente, foram identificados dois tipos (HIV 1 e 2) e vários sub-tipos. Em meados de 1980, foi constatado o primeiro caso de soropositividade para o HIV no Brasil. Porém, considerando o longo período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país ocorreu na década de 70. A análise desse grande período de incubação muitas vezes dificulta a identificação precisa da forma de infecção, porque durante esse tempo o indivíduo pode ter se exposto a várias formas de contaminação.

Inicialmente, a infecção pelo HIV/aids foi associada, de forma estigmatizadora, aos

chamados grupos de risco a exemplo de homens com prática homo/bissexual, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Pelo fato de ter se concentrado, inicialmente, entre os HSH, a aids foi chamada durante algum tempo de “peste gay”. No Brasil, a doença seguiu a mesma trajetória. Este perfil, até os dias atuais, contribui para uma das mais fortes representações sociais sobre a aids, como ressaltam Nascimento, Barbosa e Medrado (2005, p. 15):

[...] as representações que se tem da AIDS ainda hoje são, em sua maioria, fruto das primeiras informações noticiadas que apresentavam a sociedade uma doença grave, de evolução rápida, cuja patogenia era desconhecida e letal, onde suas vítimas eram (principalmente) homossexuais masculinos.

Essa concepção sobre a aids, adotada pelo senso comum, há muito tempo já era questionada, conforme explicitou Guimarães (1996, p. 90)

a concepção que associava a epidemia da Aids a grupos de risco tais como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, hemofílicos, começou, então, a ser questionada, surgindo uma nova expressão para definir a forma de contágio epidêmico do HIV/AIDS: comportamento de risco ou, ainda, situação de risco e status social, estariam vulneráveis à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana?

Esse perfil epidemiológico predominou por quase toda a década de 80, porque enquanto se procurava explicações para a síndrome desconhecida criou-se no imaginário social a vinculação da aids à homossexualidade e à crença de que ser portador de aids era ser homossexual.

Porém, no decorrer do tempo, as evidências epidemiológicas demonstraram que a epidemia não estava restrita à lógica dos denominados “grupos de risco”, a qual era atribuída às pessoas que possuíam os chamados “comportamentos desviantes”, como os homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Esse discurso moralizante que reforçava o estigma resultou em demora na implementação de ações que impedissem o avanço da epidemia (BORGES, 2003).

O perfil da epidemia, até meados da década de 80, apresentava predominância de transmissão sexual, principalmente entre homo/bissexuais que possuíam escolaridade elevada. No período de 87 a 1991 apareceram como fatores de risco o uso de drogas injetáveis e a transfusão sanguínea. Nesta fase já havia evidências de início da transição epidemiológica que caracterizava a juvenização, pauperização, interiorização e tendência à feminização da epidemia.

Em relação ao processo de interiorização do agravo, sabe-se que os primeiros casos de

aids no Brasil ocorreram nas cidades de São Paulo (que permaneceu durante muito tempo como foco principal da epidemia) e Rio de Janeiro. Durante algum tempo o agravo se manteve restrito a essas duas cidades, com registro de poucos casos em outras metrópoles regionais, fato que confirmava a forte concentração de casos nas regiões Sul e Sudeste do país.

Entretanto, a partir do final da década de 80, a epidemia começou a se disseminar praticamente por todo o território nacional, com taxas de incidência em morbi-mortalidade crescentes em quase todos os estados da Federação. No entanto, existem poucos estudos enfocando a epidemia e as sub-epidemias, em relação à difusão geográfica do HIV/aids ou pelo menos focalizando municípios para além das grandes metrópoles. Considerando a vasta extensão territorial do nosso país, marcada pelas grandes disparidades regionais e sociais, esse tipo de estudo constitui componente essencial para o estabelecimento de estratégias de prevenção e controle do agravo.

Kalichman (1994) já chamava a atenção para o fato da distribuição dos casos por local de moradia entre os anos de 1980 a 1992, os quais apresentam uma tendência de estabilização da epidemia nas regiões de alta renda, havendo um aumento na velocidade da epidemia nas classes que residiam nas periferias.

Esses fatos evidenciam as múltiplas transformações que caracterizam a epidemia, tanto no que se refere ao perfil dos grupos infectados, quanto à sua distribuição geográfica. A partir do final da década de 80, o aumento de casos entre UDI contribuiu para a heterossexualização da epidemia e sua difusão, a partir de grandes centros urbanos, para localidades menores, no interior do país, inicialmente aquelas que faziam parte da rota utilizada pelo narcotráfico (BRITO, 2006).

Neste contexto, concorda-se com Szwarcwaltz (2000) quando evidencia que a interiorização da epidemia, que se deu ao longo do período, atinge, de forma crescente, municípios menores, que dispõem de menos recursos no âmbito da saúde e de recursos comunitários em geral. Essa disseminação, no entanto, se deu de forma seletiva, com ênfase nas regiões urbanas, devido ao deslocamento da população que é facilitado pelas estradas e meios de transporte.

Desde o final da década de 90, Brito (1998) apontava para a tendência da interiorização da epidemia através dos locais situados próximos às fronteiras e nas regiões onde havia tráfico de drogas. Para o autor, a expansão da fronteira agropecuária e as migrações sazonais, devido à procura de oportunidades de emprego, à intensificação do turismo e do transporte de cargas rodoviário, contribuíram para a expansão da epidemia.

A distribuição espacial dos casos de aids no Brasil demonstra aumento da participação de pequenos municípios ao longo dos anos, sendo a expansão no sentido litoral-interior do país, outra característica dessa distribuição, nos últimos anos da epidemia, seguindo as rotas do sistema de transporte, além do deslocamento sazonal de trabalhadores, entre os diversos municípios brasileiros (BRASIL, 2002).

O número de casos de aids, na região Nordeste, teve expressivo aumento na última década. A taxa de incidência (número de casos por 100 mil habitantes), no período de 1996 a 2005, passou de 4.8 para 10.8. A disseminação da infecção pelo HIV/aids no estado da Bahia, que teve seu primeiro caso de aids notificado em 1984, também se apresenta com crescimento acelerado. Nos últimos cinco anos, a taxa de incidência no estado subiu de 6,4 para 9,3. No período de janeiro/1980 a junho/2006, foram notificados, na Bahia, 11.799 casos de aids, sendo que em 2005, dentre os estados da região Nordeste, a Bahia ocupou o terceiro lugar, segundo taxa de mortalidade. Atualmente, cerca de 73% dos municípios baianos já notificou, pelo menos, um caso de aids (BRASIL, 2006).

O município de Jequié-Ba, que teve seu primeiro caso de aids notificado no ano de 1987, em paciente de prática homossexual, migrante da cidade de São Paulo, até julho de 2006, registrou 146 casos de portadores do HIV/aids, sendo 94 homens e 52 mulheres. Nota-se que o perfil das pessoas portadoras do agravo, no município, seguiu a mesma tendência nacional. Atualmente, há proporção entre os sexos masculino e feminino de 1,8:1, respectivamente, o que também se aproxima das cifras nacionais (Centro de Referência em DST/AIDS Dr.<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda).

Ao longo do tempo, a epidemia da aids foi variando seus padrões de disseminação a ponto de acabar se transformando em várias epidemias, como enfocam Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2005, p. 155):

[...] a aids acomete diversos segmentos da sociedade, com padrões de disseminação e velocidade variados, configurando, portanto, diferentes vulnerabilidades à infecção pelo HIV. A aids deixava de ser uma doença de segmentos populacionais sob particular risco, podendo ter sua disseminação na população em geral, embora com particularidades distintas.

Neste sentido, a emergência da aids provocou mudanças significativas no olhar epidemiológico fazendo surgir uma nova concepção sobre doença. Nesta concepção, o foco de atenção não está mais sobre alguns indivíduos, segregando-os, mas na sociedade como um todo e nas políticas públicas.

Ao longo dos anos, os grupos que inicialmente apresentavam baixa incidência, a

exemplo dos heterossexuais, mulheres e afros-descendentes, passaram a marcar presença ascendente na cadeia de infectividade e transmissibilidade, fazendo surgir o conceito de vulnerabilidade. Neste sentido, as mudanças de padrões epidemiológicos da epidemia, incluindo a interiorização, contradizem o mito de que apenas alguns grupos da população estariam suscetíveis à infecção.

Outra mudança significativa ocorreu em meados da década de 90, quando a infecção pelo HIV/aids passou a apresentar alta incidência no sexo feminino. Naquela ocasião, Parker (1994) chamava atenção que uma resposta satisfatória ao controle da epidemia implicaria na necessidade de mudanças sociais que visualizassem a transformação das relações de poder e dominação que repercutiam na vulnerabilidade social e individual das mulheres, frente à epidemia.

Compreender a pluralidade das variáveis que interferem no processo de feminização da infecção pelo HIV/aids requer uma profunda análise dos fatores sócio-econômicos e culturais, bem como das questões de gênero que contribuem para aumentar a vulnerabilidade do sexo feminino à epidemia.

A compreensão conceitual da infecção pelo HIV/aids passou, inicialmente, pelos chamados “grupos de risco”, depois por “comportamentos de risco”, entretanto, diante das mudanças de padrão epidemiológico que a epidemia experimentou ao longo do tempo, foi necessária a construção de um outro conceito, através do qual, atualmente, ela tem sido olhada - o conceito de vulnerabilidade. Pensar esta infecção sob a perspectiva da vulnerabilidade requer considerar os indivíduos em suas dimensões político-sociais, entendendo a complexidade da questão.

Ayres (1999), referindo-se à vulnerabilidade, enfatiza que ela parte de três pressupostos:

- 1) Todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas conseqüências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhes permitam ou não obter meios para se proteger;
- 2) Os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte variável em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuseram;
- 3) As condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem **cognitiva** (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), **comportamentais** (interesse e habilidades para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e **sociais** (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

A vulnerabilidade pode ser de ordem individual ou cognitiva. Os fatores cognitivos se relacionam ao acesso às informações, exercício da sexualidade, e à rede de serviços; os

fatores comportamentais podem ser analisados à luz das características pessoais, que incluem desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes em relação a esse possível risco e habilidades pessoais, como a capacidade de negociar o uso do preservativo. A vulnerabilidade programática se relaciona às ações disponibilizadas pelo programa de controle do HIV/Aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social (SANCHES, 1999).

Para Mann apud Ayres (1999), o termo vulnerabilidade expressa a suscetibilidade de indivíduos e coletividade à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado de aspectos sociais, programáticos e individuais que o expõe como problema e com os recursos do seu enfrentamento.

Segundo Sanches (1999) o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado desde o início dos anos 90 visando à reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/aids. Para a autora, o conceito envolve um conjunto de fatores, com níveis e magnitudes distintos, cuja interação aumenta ou diminui o risco de as pessoas se infectarem com o HIV. Desta forma, os comportamentos individuais de maior ou menor possibilidade de exposição ao risco dependem de vários fatores determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas.

Discutir vulnerabilidade leva à compreensão de que o risco da infecção não depende somente das informações e da postura individual, mas de vários fatores como condições sócio-econômicas, políticas, culturais e jurídicas (GALVÃO, 1992).

Em relação à aids, o conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como um conjunto de aspectos, individuais e coletivos, relacionados ao modo e grau de exposição frente à infecção pelo HIV ou adoecimento decorrente dessa infecção, sendo indissociável, portanto, o maior ou menor acesso aos recursos adequados para que as pessoas possam se proteger de ambos (AYRES, 2002).

Olhar a infecção pelo HIV/aids sob o conceito da vulnerabilidade requer uma mudança da própria concepção da epidemia, que inicialmente se baseava em um modelo epidemiológico de risco, para uma reorientação das ações individuais de intervenção no sentido de incluir as mediações históricas e estruturais responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade das populações ao HIV/AIDS (PARKER, 1994).

Assim, a partir do início da década de 90, o número de casos da infecção pelo HIV/aids em mulheres, que até então se encontrava escamoteado passou a aumentar progressivamente fazendo com que o sexo feminino passasse a representar, uma parcela, cada vez maior, na cadeia de infectividade e transmissibilidade do agravo. Há de se considerar que

a expansão da aids entre as mulheres foi marcada por um silêncio, fazendo com que as ações de enfrentamento, tanto de prevenção, quanto de assistência fossem basicamente voltadas para a população gay. No momento inicial, em que as mulheres confrontaram-se com a epidemia, os grupos gays eram os atores sociais mais instrumentalizados e organizados para lidar com a aids. Com relação às mulheres, não existia nenhum movimento que pudesse acolhê-las, pois, inclusive o movimento feminista respondeu vagarosa e gradualmente à epidemia (BRITO; CRUZ, 2003, p.15)

A infecção pelo HIV/aids no Brasil, embora tenha experimentado mudanças em seu padrão epidemiológico, continua guardando características do seu início, principalmente, no que diz respeito ao preconceito e à discriminação das pessoas que vivem com aids. Desde 1980 até meados de 2005, no Brasil, havia 432.309 portadores de aids (290.359 homens e 141.950 mulheres), com proporção entre os sexos masculino e feminino de 1,4:1, respectivamente (BRASIL, 2006).

Desta forma, corroboramos com Paiva (2000, p.2) quando chama atenção que

[...] a aids trouxe consigo também o preconceito e a discriminação. Inicialmente ela era igualada, tanto pelas autoridades sanitárias, quanto pela sociedade, a uma doença de transmissão sexual propiciada por atividades homossexuais masculinas. E, neste particular, ela fez uma viagem de volta ao fim do século passado, quando as doenças sexualmente transmissíveis apresentavam alta incidência.

Por esta razão no primeiro momento, a construção das representações sociais da aids se ancorou nas representações das “doenças venéreas”, que eram doenças que acometiam pessoas com comportamento sexual desviante. Estas representações levaram as mulheres com parceria fixa a serem vistas como protegidas ou invulneráveis, não sendo, portanto, alvo de campanhas e/ou programas com enfoque na prevenção e controle, passando a integrar, cada vez mais, a estatística de incidência da infecção.

Para Villela (1996), a infecção pelo HIV/aids em mulheres implica em risco silencioso devido à crença de que as mulheres estariam imunes à infecção, e a maior demora no diagnóstico resulta em retardo na intervenção e, conseqüentemente, em redução no tempo de vida.

Neves (2003) enfatiza que a feminização da aids constitui-se num problema mundial, principalmente pelo risco progressivo de transmissão vertical, já que muitas mulheres soropositivas encontram-se sexualmente ativas, em fase reprodutiva e, portanto, predispostas a uma gravidez, o que está demonstrado nos dados epidemiológicos brasileiros, desde o primeiro caso de transmissão vertical, notificado em 1985. A transmissão do vírus ao concepto pode ocorrer durante a gravidez, intra-útero; durante ou após o parto, através do aleitamento materno.

No Brasil, a taxa de transmissão vertical varia entre 1 a 20%, a depender das ações de controle adotadas, sendo que, no período de 2000 a 2006, havia 31.921 gestantes infectadas pelo HIV. No entanto, apesar dessa estatística, os dados evidenciam que, no país, 22,5% das gestantes não tem o exame anti-HIV solicitado, sendo que na região Nordeste esse percentual é de 46,5% (BRASIL, 2006).

Desde a identificação dos primeiros casos de aids, importantes avanços técnicos e científicos têm sido observados e contribuíram significativamente para a descoberta de recursos terapêuticos e diagnósticos, como também para a compreensão da evolução da infecção pelo HIV/aids. No entanto, lamentavelmente, no imaginário social persistem as representações do início da epidemia, como sendo uma “doença do outro”, “doença que mata”, e continuam presentes o medo e o preconceito, em que pese a difusão de informações através das mais variadas formas (escolas, mídia, serviços de saúde, entre outros).

O baixo grau de escolaridade da população brasileira contribui para a falta de acesso às informações adequadas, e por isso tem sido utilizado como variável indireta, no intuito de expressar o perfil sócio-econômico dos casos notificados. Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 1982, a totalidade dos casos notificados com escolaridade conhecida, era de nível superior ou com segundo grau. Nos anos subseqüentes, a frequência de notificações em pessoas, com pouca escolaridade, passou a aumentar progressivamente, mantendo-se até o momento.

Assim, a população fica exposta ao conhecimento inerente à sabedoria popular que, muitas vezes, traz consigo estereótipos e fantasias que dificultam a compreensão da vulnerabilidade e, conseqüentemente, a sensibilização para a necessidade da adoção de uma prática sexual protegida.

Há de se considerar, ainda, as questões de gênero, que exercem forte influência nas relações de poder, com conseqüente subordinação das mulheres frente aos homens. Em nossa sociedade patriarcal, culturalmente, o controle das relações sexuais pertence ao homem. Portanto, diminui as possibilidades de negociar o uso dos preservativos e de práticas sexuais mais seguras, o que contribui para aumentar a vulnerabilidade feminina à infecção.

Neste sentido, corroboramos com Villela (1993) ao salientar que a discussão sobre sexualidade e aids é difícil devido aos aspectos éticos, morais e comportamentais que permeiam a questão. Para esta autora, em relação ao sexo feminino, a problemática é maior porque a prevenção da aids requer o uso do preservativo, que depende da concordância do parceiro, mesmo quando se trata do condom feminino.

Pensar a sexualidade feminina requer desvinculá-la do contexto da reprodução, pois

senão, corre-se o risco da desvalorização da sexualidade como forma de prazer, o que dificulta a compreensão do ato para si. Há de se considerar também que a construção da sexualidade feminina no sistema sexo/gênero passa a ser exercida em função da paixão e da satisfação das necessidades do outro. Isso traz como consequência a não percepção da importância da prevenção (VILLELA, 1996).

Sendo assim, entendemos ser necessário um novo olhar sobre a problemática, com enfoque nas questões relativas às desigualdades de gênero no contexto sócio-econômico, político e cultural, visando a uma melhor compreensão da entrada das mulheres na cadeia de transmissão. Isto porque

gênero é um construto social e cultural que estabelece valores diferenciados para homem e mulher e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade [...]. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade (DINIZ, 1997, p. 7).

Essa reflexão permite compreender o padrão epidemiológico da infecção pelo HIV, em difundir-se entre os grupos marginalizados da população que, ao longo dos anos, foram escamoteados, o que faz com que ela sofra reflexos de sua construção social por ignorar os determinantes culturais, sociais, destacando-se entre eles as questões de gênero e de raça/cor.

Neste contexto, acreditamos que a invisibilidade política das mulheres, bem como sua pequena participação na formulação de políticas públicas que priorizassem um olhar diferenciado para as questões raciais e de saúde sexual e reprodutiva contribuiu para essa realidade.

Atualmente os afros-descendentes são considerados vulneráveis à aquisição da infecção pelo HIV/aids, tendo em vista a tendência da epidemia em se deslocar em direção à população excluída socialmente ou culturalmente marginalizada.

Dados estatísticos evidenciam que a pobreza atinge mais negros que brancos, no Brasil, fato que, infelizmente, leva à associação entre ser pobre e preto, ou branco e rico. Uma análise sobre as causas da pobreza negra aponta para o passado escravista a que a raça fora submetida durante vários séculos, o que implicou em preconceito e discriminação racial presentes ainda hoje. Somente a partir da promulgação da Constituição Brasileira (1988) é que algumas reivindicações das lideranças negras passam a serem atendidas (GUIMARÃES; CONSONI, 2000).

No mercado de trabalho, exigência do quesito “boa aparência” dificulta o acesso dos negros. Assim, os afros-descendentes permanecem nas camadas subalternas da sociedade.

A análise dos casos de aids demonstra maior disseminação do vírus entre as classes

sociais de menor poder aquisitivo, possivelmente pela dificuldade de acesso às informações e aos serviços de saúde. Essa tendência está presente em ambos os sexos (BRASIL, 2004a).

Segundo Guimarães e Consoni (2000) um olhar sobre as questões de gênero demonstra que as mulheres são mais atingidas pela pobreza, discriminação, e possuem menores salários que os homens. As estatísticas, para a variável cor, apontam que essa problemática é fortemente presente entre mulheres negras.

Em algumas regiões do país, a exemplo do Nordeste e da Bahia, a situação é mais complicada devido ao estereótipo que visualiza os nordestinos e os baianos como pobres, ignorantes, preguiçosos, servis (Congresso Internacional da Latin American Studies Association).

Em nosso país, e na Bahia, existem poucos estudos ou dados oficiais que desagreguem a variável raça/cor, fato que implica em dificuldade de analisar a saúde da população afro-descendente, particularmente da mulher, no conteúdo biológico, sócio-econômico ou ambiental (SACRAMENTO, 2005). Por esta razão, a pequena aproximação dos profissionais de saúde com variáveis, para além das biológicas acaba se constituindo num olhar enviesado sobre a multiplicidade de fatores condicionantes do processo saúde-doença.

A aproximação com a temática se deu a partir da oportunidade de coordenar um projeto de extensão universitária, através da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié, no período de 2001 a 2004, a partir do momento em que essa atividade propiciou a convivência com mulheres, em suas maioria negras, portadoras de sinais e sintomas característicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST. Essas mulheres apresentavam quadro clínico compatível com variadas IST e, portanto, possivelmente, estariam expostas ao risco de adquirirem o HIV/aids. Além disso, a divulgação freqüente através da mídia e o acesso a trabalhos científicos contribuíram no despertar para o objeto desse estudo.

Neste sentido, surgiram os seguintes questionamentos: qual a vulnerabilidade de mulheres interioranas à infecção pelo HIV/aids? Será que a variável raça/cor influencia na vulnerabilidade das mulheres interioranas à infecção pelo HIV/aids? Quais as Representações Sociais - RS de mulheres interioranas sobre a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/aids? Quais as implicações destas representações sociais na vulnerabilidade de mulheres interioranas para a infecção pelo HIV/aids?

No intuito de responder a esses questionamentos, foram traçados os seguintes objetivos para o estudo: analisar a vulnerabilidade de mulheres interioranas à infecção pelo HIV/aids; identificar se as variáveis sexo e raça/cor influenciam na vulnerabilidade de

mulheres do interior à infecção pelo HIV/aids; apreender as Representações Sociais de mulheres do interior à infecção pelo HIV/aids.

Espera-se, com a ampla divulgação dos resultados obtidos, contribuir para que as mulheres, os profissionais de saúde e os gestores possam perceber que as questões sócio-culturais e religiosas, bem como as relações de gênero, constituem fatores que determinam as desigualdades que permeiam o dia-a-dia das mulheres, predispondo-as ao adoecimento. Assim, pretende-se que com a construção do conhecimento sobre o modo como as mulheres vivenciam sua sexualidade, influenciar na oferta de serviços no âmbito da saúde, para que a mulher possa participar do processo de forma ativa, o que requer, entre outras coisas, a sensibilização feminina quanto à sua condição de subordinação frente ao sexo masculino.

Nesta perspectiva, os resultados deste estudo serão divulgados entre as instâncias locais de saúde e educação, bem como em eventos e periódicos de cunho científico de âmbitos local, nacional e internacional.

## 2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO

### 2.1 MULHERES, SEXUALIDADE E QUESTÕES DE GÊNERO EM TEMPOS DE AIDS

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

O perfil epidemiológico de saúde da população feminina se apresenta de forma heterogênea, nas diversas localidades do Brasil. Um breve diagnóstico sobre a situação da saúde das mulheres, em nosso país, demonstra que existe uma precariedade na atenção à saúde da mulher, que se evidencia nas altas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal; dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva; descontinuidade no fornecimento de métodos contraceptivos; grande incidência de doenças de transmissão sexual; alta frequência de violência sexual e/ou doméstica; aumento de casos de doenças mentais, uso de álcool, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico (BRASIL, 2004b).

No que se refere à infecção pelo HIV/aids, uma das vertentes da transição epidemiológica, atualmente, é o processo de juvenização do agravo, que, possivelmente, decorre da iniciação sexual cada vez mais precoce na vida dos brasileiros (BRASIL, 2000). Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, o número de mulheres contaminadas passou de 17,4%, em 1990, para 39,5% em 2003 (BRASIL, 2004a). Entretanto, é preciso considerar que, os dados oficiais do Programa Nacional de DST /aids expressam as estatísticas relativas à doença e não à infecção; que a aids é uma doença com longo período de incubação e, portanto, seu processo de juvenização ocorre em faixa etária ainda menor.

Em relação ao sexo feminino, a precocidade na iniciação sexual se deve à pressão social, coerção de homens mais velhos, violência física e comércio informal de sexo, por condição de sobrevivência. A iniciação sexual é mais precoce nas camadas mais pobres da população (BRASIL, 2003b).

Considerando-se o crescente número de casos da infecção pelo HIV/aids entre as mulheres, conforme evidencia o Quadro I, o processo de feminização do agravo representa, atualmente, um dos mais graves problemas no âmbito da Saúde Pública (MS-CNDST/AIDS, 2006).

**Quadro I** - Distribuição proporcional dos casos de AIDS, segundo sexo, Brasil, 1995-2006<sup>(1)</sup>.

| <b>Ano de diagnóstico</b> | <b>Nº</b>     | <b>Percentual masculino</b> | <b>Nº</b>     | <b>Percentual feminino</b> |
|---------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|
| 1995                      | 16053         | 21,2                        | 5890          | 7,6                        |
| 1996                      | 17382         | 22,5                        | 7380          | 9,3                        |
| 1997                      | 18297         | 23,3                        | 8940          | 11,1                       |
| 1998                      | 19803         | 24,9                        | 10259         | 12,5                       |
| 1999                      | 17554         | 21,8                        | 9714          | 11,7                       |
| 2000                      | 19047         | 22,8                        | 11064         | 12,8                       |
| 2001                      | 18015         | 21,2                        | 11091         | 12,7                       |
| 2002                      | 20702         | 24,1                        | 13111         | 14,8                       |
| 2003                      | 22117         | 25,8                        | 14404         | 16,0                       |
| 2004                      | 21256         | 24,1                        | 13858         | 15,2                       |
| 2005                      | 19765         | 21,8                        | 13302         | 14,2                       |
| 2006                      | 7712          | 8,4                         | 5456          | 5,8                        |
| <b>TOTAL</b>              | <b>290359</b> | <b>100,0</b>                | <b>141950</b> | <b>100,0</b>               |

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006 sujeitos a revisão.

A distribuição dos casos de aids no Brasil, por sexo, na última década, evidencia o impacto da tendência do agravamento entre as mulheres. No quadro acima, nota-se, que no período de 1995 a 2006, os casos notificados no sexo masculino se manteve estável, variando de 21,2% a 25,8%. Por outro lado, o sexo feminino experimentou um acentuado crescimento no número de casos de aids, aumentando a uma proporção de mais de 100% (7,6% a 16,0%).

Esse crescimento heterogêneo da epidemia entre as mulheres se deu, inicialmente, devido à parceria com homens bissexuais e/ou usuários de drogas injetáveis, e em decorrência das várias situações de vulnerabilidade feminina (biológica, individual, sócio-econômica e programática). Há de se considerar também as questões de gênero e os aspectos culturais, que influenciam na possibilidade de discutir a adesão ao uso do preservativo, atitude eficaz na prevenção da infecção pelo HIV/aids.

O fato de a via sexual constituir a principal forma de transmissão da infecção pelo HIV/aids, principalmente no que se refere às mulheres, requer a consideração de três aspectos básicos: sexualidade, relações sociais e saúde pública.

Para Sanches (1999), até o século XVII, o discurso no âmbito da sexualidade era vinculado ao recomendado pela prática religiosa que buscava controlar o exercício da sexualidade humana através do conceito de culpa e pecado. A sexualidade baseada no erotismo ficava à parte da família, porque nesta ela era direcionada para a reprodução. Assim, surgiram os prostíbulos, que permitiam a experimentação de tudo em relação à sexualidade (ZINK, 2004).

O estilo de vida “correta” sugerido pelas ciências médicas, era idêntico àquele recomendado pelos programas religiosos. A atividade sexual entre homens e mulheres, para ser socialmente “correta”, deveria ser praticada através do casamento, sempre com propósitos de reprodução.

As revoluções que emergiram no século XX aspiravam liberdades, entre elas a sexual, que sofreu forte opressão pela igreja e grande parte da sociedade. Importantes avanços contribuíram para que essa revolução acontecesse de fato. Os mais significativos foram o surgimento da pílula anticoncepcional, a derrubada do tabu da virgindade feminina e a luta contra os crimes passionais, que aconteciam em defesa da honra masculina.

A Revista Veja (2001), em seu artigo intitulado Revolução Sexual as Avestas, salientou que na década de 60 as mulheres buscaram a liberdade sexual, no intuito de alcançarem prazer e se libertarem da repressão imposta pela família e sociedade. Porém, segundo o artigo, as pessoas passaram a se sentir na obrigatoriedade de manter um relacionamento sexual ativo e de atingir o orgasmo, e quando o desempenho esperado não é alcançado surgem situações de depressão, frustração e infelicidade.

Assim, o exercício da sexualidade mais livre, dissociada da reprodução, trouxe para as mulheres a possibilidade de experimentar outros avanços sociais como, por exemplo, a inserção no mundo do trabalho, a ampliação no número de anos de estudo, a especialização e a consolidação da carreira profissional. Assim, a mulher passou a participar cada vez mais do mundo público, sem, entretanto, conseguir se ausentar de seus papéis no âmbito familiar. A liberdade sexual contribuiu também para a maior exposição feminina às doenças de transmissão sexual, inclusive a infecção pelo HIV.

A disseminação da infecção pelo HIV vem experimentando mudanças em sua dinâmica, apresentando significativa tendência à feminização, juvenização, interiorização, pauperização, heterossexualização e enegrecimento.

A análise dessa transição epidemiológica leva à compreensão de que a feminização da infecção deu-se devido à maior vulnerabilidade do sexo feminino, decorrente de fatores biológicos e/ou sócio-culturais, tais como, as relações de gênero imbricadas na incapacidade que as mulheres têm para negociar o uso do preservativo, quer seja o masculino ou o feminino. Além disso, no imaginário da população existe uma associação entre aids e multiparceria e, desta forma, muitas mulheres, por possuírem parceiros fixos ou terem tido poucos parceiros, ou não considerarem a multiparceria de seus companheiros, não se percebem em situação de risco, não estando, portanto, sensibilizadas para os fatores que aumentam sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

O crescente número de mulheres contaminadas, em relação estável, suscita reflexão sobre a autopercepção do sexo feminino quanto à sua vulnerabilidade ao HIV, pois o fato de perceber o risco nem sempre determina mudança de comportamento, assim como sua dependência econômica enfraquece o poder de negociação com os parceiros sexuais. Deste modo, as mulheres acabam por não aderirem à dupla proteção (prevenção da gravidez e das IST), optando pelo uso de métodos contraceptivos diversos (LISBOA, 2003).

A Organização Mundial de Saúde, tendo em vista o significativo aumento de casos da infecção pelo HIV/aids entre as mulheres na idade fértil, tem incentivado realização de estudos no âmbito da contracepção (GALVÃO, CERQUEIRA, MARCONDES-MACHADO 2004).

Pesquisas realizadas no Brasil, a exemplo da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), apontam que entre os métodos contraceptivos mais utilizados estão, em primeiro lugar, os hormonais (pílulas e injetáveis) e, em segundo, a esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária). Estas formas de contracepção, por não oferecerem proteção, podem tornar as mulheres vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV. Tal fato, associado à falta de informações decorrente da baixa escolaridade e poder aquisitivo, aumenta a probabilidade de as mulheres contraírem estas infecções.

Segundo Zampieri (2004), no Brasil, o preservativo masculino é utilizado somente por 14,7% dos homens, sendo que entre as mulheres em idade fértil seu uso representa apenas 1,7% dos métodos contraceptivos escolhidos. Tal realidade pode estar associada ao fato de as mulheres se preocuparem mais com a gravidez indesejada do que com a possibilidade de adquirir IST.

Sabe-se que, no início, a epidemia da aids destacava a vulnerabilidade de homens que faziam sexo com homens, escamoteando os dados que apontavam para o crescimento da infecção entre heterossexuais, fazendo crer que havia forte associação entre aids e homossexualidade masculina. Assim, a heterossexualidade estável se constituía como forma segura de prevenção da infecção, o que contribuía para que, cada vez mais, as mulheres se percebessem invulneráveis, implicando no aumento da incidência neste segmento.

No Brasil, na segunda década da epidemia, a transição epidemiológica da infecção pelo HIV/aids desnuda o rápido aumento do número de casos entre as mulheres, associado à crescente subcategoria heterossexual de exposição ao HIV, evidenciando o processo de feminização ocorrido ao longo dos anos, conforme demonstrado no Quadro II (MS-CNDST/AIDS, 2006).

**Quadro II** - Distribuição proporcional dos casos de AIDS, segundo categoria de exposição, Brasil, 1980-2006<sup>(1)</sup>.

| Categoria de transmissão |                      | Masculino (%) |              |              |              |              | Feminino (%) |              |              |              |              |
|--------------------------|----------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                          |                      | 1980 a 1994   | 1997         | 2000         | 2003         | 2006         | 1980 a 1994  | 1997         | 2000         | 2003         | 2006         |
| Sexual                   | Homossexual          | 27,0          | 18,7         | 17,2         | 17,3         | 16,9         | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | <b>0,0</b>   |
|                          | Bissexual            | 12,8          | 9,8          | 10,7         | 9,9          | 10,6         | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | <b>0,0</b>   |
|                          | Heterossexual        | 14,4          | 26,2         | 34,7         | 41,3         | 42,9         | 70,0         | 88,3         | 93,3         | 93,4         | <b>93,3</b>  |
| Sanguínea                | UDI                  | 26,7          | 22,6         | 17,3         | 11,9         | 9,8          | 24,0         | 10,2         | 6,0          | 5,0          | <b>4,7</b>   |
|                          | Hemofílico           | 1,1           | 0,4          | 0,1          | 0,1          | 0,1          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | <b>0,0</b>   |
|                          | Transfusão sanguínea | 1,2           | 0,5          | 0,0          | 0,1          | 0,2          | 4,0          | 1,1          | 0,1          | 0,2          | <b>0,3</b>   |
| Transmissão vertical     |                      | 0,0           | 0,0          | 0,0          | 0,1          | 0,1          | 0,0          | 0,0          | 0,1          | 0,1          | <b>0,3</b>   |
| Ignorado                 |                      | 16,8          | 21,8         | 19,9         | 19,3         | 19,4         | 2,1          | 0,4          | 0,5          | 1,3          | <b>1,5</b>   |
| <b>TOTAL</b>             |                      | <b>100,0</b>  | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006 sujeitos a revisão.

Se forem olhados com atenção, os dados desta tabela demonstram que, no que diz respeito à transmissão sexual, a categoria homossexual masculino, que no início da epidemia era considerada a de maior incidência, sofria uma ampliação, pois tinha sobre si a soma dos dados referentes à categoria bissexual masculino, enquanto que a categoria heterossexual era deixada de lado para fins programáticos e de educação em saúde.

Se, ao invés disso, os dados referentes aos bissexuais masculinos tivessem sido somados aos dos heterossexuais, considerada sua interface com ambas as categorias, a incidência se igualaria a dos homossexuais masculinos e, com certeza, a vulnerabilidade das mulheres não teria sido escamoteada, como foi na primeira década da epidemia. Outro fato que merece destaque é que, a partir de meados da década de 90, os dados das categorias homossexual e bissexual masculino tendem a estabilizar, enquanto que os relativos aos heterossexuais apresentam crescimento, levando a epidemia ao processo de feminização.

O que é corroborado por Souza Júnior (2002, p. 5) quando relata que “o expressivo número de casos de transmissão do HIV entre heterossexuais, resultou no aumento acentuado da incidência entre as mulheres”.

Cabe salientar que nem mesmo os movimentos feministas que emergiram na década de 70, e que sempre buscaram combater as desigualdades entre os sexos e melhores condições de vida e de saúde para as mulheres, através da construção e fortalecimento de uma conscientização sobre as necessidades de mudança, atentaram no início da epidemia da infecção pelo HIV/aids para a vulnerabilidade das mulheres.

Além disso, em muitos países, o baixo nível de escolaridade feminina representa um dos maiores obstáculos por dificultar o acesso e/ou compreensão das informações recebidas. Há de se considerar que a baixa escolaridade implica em vínculos empregatícios de baixa remuneração, e que a pobreza dificulta o acesso aos serviços de saúde para diagnosticar/tratar as IST, bem como à aquisição de preservativos.

Essa mudança na trajetória da infecção ocorreu gradativamente desde o seu início, mas os formuladores de políticas de saúde não deram a devida atenção. Desta forma, as mulheres foram negligenciadas pelas campanhas educativas e ações na área da saúde, e assim se tornaram, cada vez mais, vulneráveis ao agravo (PAIVA, 2000).

Há de se considerar, ainda, que

o Brasil pode ser visto como uma complexa síntese onde estão virtualmente presentes os diferentes fatores sócio-econômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids [...] os movimentos migratórios, a falta de poder das mulheres sujeitas simultaneamente a opressão econômica de gênero, o encolhimento do mercado formal de trabalho e a desintegração social produzida pelo crime organizado e tráfico de drogas (SALDANHA; FIGUEIREDO; COUTINHO, 2005, p. 161).

A disseminação do HIV entre mulheres tem sido considerada um problema relevante e foi desde o seu surgimento vista como uma “tripla ameaça”. A primeira, é a sua própria contaminação; a segunda, é a possibilidade de transmissão do HIV para seus filhos, e a terceira, é que as mulheres, estando ou não infectadas, estarão cuidando de familiares e amigos doentes (DOSSIÊ PANOS, 1993).

Por esta razão, é preciso salientar que o impacto da infecção pelo HIV/aids no sexo feminino transcende à mulher individualmente, dado que ele se estende a toda a família, tendo em vista o papel de organização na vida doméstica que a mulher exerce (NEVES, 2003). Neste sentido, Sanches (1999) evidencia que o aumento de casos no sexo feminino traz um grande impacto social, se considerarmos que atualmente as mulheres ainda assumem o papel de “agregadoras” e “cuidadoras” nos lares. Assim, com o seu adoecimento ou morte, haverá a falta da pessoa que exerce esse papel e isso pode implicar em desestruturação familiar. Com a feminização da infecção pelo HIV/aids, emerge a necessidade de pensar a epidemia na

perspectiva de gênero, porque o modo como homens e mulheres vivenciam sua sexualidade são reflexos culturais.

A mulher se apresenta mais vulnerável à infecção pelo HIV/aids porque, além de possuir vulnerabilidade biológica que a predispõe, devido ao menor espessamento e maior superfície da mucosa vaginal, o sêmen possui maior quantidade de vírus do que a secreção vaginal e, historicamente, tem sido oprimida e subjugada pelo homem, o que implica numa limitação de poder nas relações afetivo-sexuais. As mulheres, em algum momento da vida sexual, acabam se submetendo a decisões ou escolhas dos parceiros e, são elas também que têm maior probabilidade de sofrer violência, sendo obrigadas a manter relações sexuais independente da sua vontade, muitas vezes devido a sua própria sobrevivência ou a dos filhos, tornando-se, pois, mais sujeitas a infecções sexualmente transmissíveis (LISBOA, 2003).

Diante do exposto, entender como se deu a entrada das mulheres no cenário da transição epidemiológica da infecção pelo HIV/aids ao longo do tempo leva à compreensão de que existem diferenças entre homens e mulheres que necessitam ser salientadas, e sendo assim, considera-se que

gênero se torna, aliás uma maneira de indicar as contribuições sociais - a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios dos homens e mulheres [...] gênero se tornou uma palavra particularmente útil porque oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens (SCOTT, 1989, p. 4)

Borges (2003, p. 1) expressa que, na última conferência realizada na África do Sul, a Organização Mundial de Saúde reconheceu, oficialmente, pela primeira vez, a relevância de se discutir a violência contra a mulher e sua interface com a epidemia da aids em mulheres. Naquele momento foi salientado que não haverá progresso nas ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV/aids enquanto as mulheres não passarem a exercer o controle sobre sua sexualidade. Foi reconhecido ainda que a questão da violência é tão evidente na cadeia de transmissibilidade do agravo, que todos estão apontando para a urgência de se considerar as questões de gênero e, em especial, a violência nos treinamentos e pesquisas sobre aids.

Neste sentido, Guimarães (1996) enfoca que as representações sociais relativas às questões de gênero demonstram a construção de uma masculinidade simbólica que propicia aos homens exercer livremente a sua sexualidade, pois ser homem, em nossa cultura, significa exercer livremente e, de forma prazerosa, a sexualidade. Mas, contrapondo-se a essa cultura, a sexualidade feminina é caracterizada pelo desconhecimento, conformismo e silêncio. Ou seja, as relações de gênero desnudam a diferenciação no exercício da sexualidade entre homens e

mulheres. Portanto, para as mulheres, exigir o uso do preservativo significa a possibilidade de sofrer violência ou de colocar em risco a estabilidade da relação e a dependência financeira que ela tem do companheiro.

No entanto, considerando que as relações de gênero se constituem através dos aspectos históricos, social e cultural, pode-se concluir que elas são passíveis de mudanças. Barbosa (1996) discorre que é preciso considerar que não só os homens, mas também as mulheres, apresentam resistência em usar o preservativo, pois sua utilização implica em lidar com tabus e preconceitos relacionadas à atividade sexual sendo seu uso significado de vida sexual ativa, que está disponível ou a procura de sexo. Para a autora, essa conotação vai de encontro às normas socialmente aceitas, segundo as quais cabe à mulher passividade diante do ato sexual.

Para Villela (1996) a negociação sexual entre homens e mulheres se dá de forma assimétrica porque as mulheres, diferente dos homens, não desejam sexo e sim amor e segurança. Em decorrência desta diferença, as mulheres, mesmo reconhecendo sua vulnerabilidade à infecção, à medida que aumentam a confiança no parceiro mudam o comportamento em relação ao uso do preservativo, passando a não usá-lo em todas as relações sexuais, ou a abandoná-lo, principalmente, quando estas ocorrem com parceiro fixo.

De acordo com Giacomozzi (1991), a aids está diretamente relacionada à sexualidade devendo, desta forma, serem consideradas as diferenças sexuais existentes entre homens e mulheres. Diversas crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina influenciam as representações sociais existentes. Assim, para algumas mulheres, fatores como intimidade, confiança e amor inviabilizam o risco de contaminação pelo vírus HIV porque, para elas, essa possibilidade existe apenas nas relações sexuais com desconhecidos.

O advento dos métodos contraceptivos contribuiu para desvincular sexualidade de reprodução, mas, no entanto, os programas na área da saúde não incentivaram as mulheres a promoverem a negociação sexual, bem como a co-responsabilidade masculina no planejamento familiar. A não utilização dos métodos de barreira aumentou a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/aids.

A dominação do sexo masculino sobre o feminino é histórica. Sabe-se que a maior força muscular e, o fato de antigamente serem os homens os maiores provedores no sustento do lar, contribuem para reforçar essa cultura presente na sociedade patriarcal. Desta forma, acredita-se que a dificuldade em negociar o uso do preservativo seja decorrente da submissão vivenciada pelas mulheres no decorrer da história.

Neste sentido, corroboramos com Pereira (2001) ao destacar que refletir sobre a construção da sexualidade a partir de valores de uma determinada época, considerando o

momento sócio-histórico de cada sociedade, remete para a compreensão da trajetória da mulher e sua representação frente à sexualidade feminina, pois a história da sexualidade feminina revela sua temporalidade; assim, sua análise deve considerar o contexto histórico-social de cada época. Porém, sabe-se que a sexualidade feminina sempre foi exercida através do poder característico de cada momento – político ou econômico, moral, científico ou filosófico.

As mulheres naturalizam a tomada de decisão na esfera sexual como papel dos homens. Refletindo sobre essa relação de poder, visualiza-se o desafio emergente de promover mudanças no comportamento sexual das mulheres que possibilitem exercer sua sexualidade de forma plena, satisfatória e com proteção assegurada.

## 2.2 AIDS E MULHERES AFRO-DESCENDENTES

O Brasil é o país que apresenta a maior população de afros-descendentes fora do continente africano, onde a escravidão deixou marcas na posição social de sucessivas gerações da população negra. Matilda Ribeiro, ministra da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial, em pesquisa de opinião realizada em 2006, disse comungar com a tese de que a abolição da escravatura no Brasil, somente deu por encerrado o trabalho escravo já que não trouxe nenhuma garantia para os afro-descendentes.

Neste contexto Davis (2000, p. 66) evidenciou que “os afro-brasileiros estão drasticamente mal recenseados se considerarmos afro-brasileiros todos os brasileiros com algum ancestral africano, pois isso incluiria a maioria deles”.

Segundo Silva (2004, p. 3), com relação às várias denominações atribuídas a essa população

no Brasil as pessoas que têm ascendência africana vêm sendo designadas através de diversas denominações: afros-descendentes, afro-brasileiros, negro-brasileiros, negros, ‘pretos e pardos’ etc. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por seu turno, utiliza critério baseado na cor e na etnia para classificar a população brasileira: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Já os pesquisadores que atuam no campo das ciências sociais vêm classificando como negros o conjunto de pretos e pardos. O termo negro, então, é uma categoria sociopolítica, enquanto os termos pardo e preto são categorias utilizadas para aferição estatística de estudos, relatórios etc.

Segundo Bento (2002), os brancos saíram da escravidão contando com uma herança concreta e simbólica que repercutiu positivamente para o alcance de lugar privilegiado na

história do país. O autor chama atenção também para o fato de que não há interesse em se discutir ou criar mecanismos de resolução da problemática, devido aos interesses econômicos.

No entanto, sabemos que os problemas que repercutem sobre a população negra não são somente de ordem econômica, mas também histórica, onde, desde a sua escravidão, houve uma tentativa da classe dominante em apagar a tradição e a cultura africana.

Para Chor e Lima (2005, p. 1)

[...] as desigualdades étnico-raciais, no âmbito da saúde, têm sido pouco investigadas no Brasil, ao contrário de outros campos como o da educação, mercado de trabalho e justiça. Por exemplo, somente em 1995/1996 o campo raça/cor foi incluído em dois sistemas de registro contínuo (Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascimentos), de acordo com as categorias adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Portaria n. 3.947/GM. Diário Oficial da União 1999; 14 jan.). A análise e interpretação desses dados ainda são escassas na literatura epidemiológica nacional ao contrário de outros países, como Estados Unidos e Inglaterra, onde a raça/etnia tem sido um importante eixo no estudo das desigualdades de saúde.

Em relação ao conceito de raça, Gilroy (1998) citado por Guimarães (2002) é contra a utilização desse termo em nosso vocabulário. Para o autor, em relação ao ser humano inexistente “raça” biológica. Dessa forma, esse conceito errôneo reforça a manutenção da política racista e abusiva que incide sobre os afros-descendentes.

Mas, refletindo sobre essa questão somos levados a questionar que se “a raça biológica não existe, também não há uma única e universal maneira de construir a categoria social de “raça” (grifo do autor), a qual deve diferenciar de sociedade para sociedade, ainda que obedeça a certa matriz universal” (GUMARÃES, 2002, p. 50).

O conceito de raça constitui categoria de análise necessária por ser a única que dá visibilidade às discriminações e as desigualdades oriundas da cor da pele, que repercute nas questões raciais e não apenas nas relações de classe (GUIMARÃES, 1999). Neste sentido, concorda-se com o autor que o combate à discriminação racial requer uma conscientização política que, certamente, deve ser precedida pela consciência racial.

Assim, o conceito de raça não está relacionado à natureza, mas à sociedade, sendo, portanto, uma construção social que, desta forma, independe do passado genético (FRY, 2004). O autor traz também que

[...] é mais plausível que a saúde dos negros possa sofrer por causa do preconceito e da discriminação, provocando depressão, estresse e tristeza, por um lado e, por outro, possivelmente, atendimento deficiente em hospitais e clínicas [...]. Segue, portanto, que a eliminação desse problema depende não necessariamente das diferenças raciais, mas, certamente de ações desdobradas contra o preconceito e à discriminação (FRY, 2004, p. 129).

No Brasil, o preconceito racial é de grande complexidade, podendo ser comparado a um iceberg, cuja parte visível está relacionada às várias formas de preconceito que podem ser manifestadas através de comportamentos e práticas coletivas ou individuais. A parte não visível do iceberg corresponde aos preconceitos que não são manifestados (CARONE; BENTO, 2002). Atualmente, os atos explícitos de discriminação racial, por serem condenados por lei, diminuíram. No entanto, ainda persistem os sentimentos e atitudes preconceituosas que não evidenciam abertamente as normas sociais anti-racistas. Há de se considerar que essas novas formas de preconceito racial podem levar à falsa crença de que o racismo estaria sendo combatido eficazmente.

A Constituição Brasileira (1988), que reflete compromisso com os direitos civis e humanos, também se posiciona contra o racismo e o preconceito racial, considerando a discriminação racial crime federal. Porém, poucos casos de discriminação racial chegam aos tribunais (DAVIS, 2000).

Pesquisadores do Centro de Controle de Doenças – CDC de Atlanta divulgaram, na Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, realizada em Denver/EUA (2006), que a maioria das infecções por HIV nos Estados Unidos é em afros-descendentes não-Hispânicos. Foi noticiado ainda que a taxa de infecção (comparando negros e brancos) é 7 vezes maior entre homens e 21 vezes entre mulheres afro-descendentes, respectivamente.

Dados do Ministério da Saúde demonstram maior taxa de analfabetismo e menor renda média entre os negros (BRASIL, 2003a).

Estudo realizado pela Rede Nacional Feminista de Saúde (2003), evidenciou que a população afro-descendente apresenta menor registro de atendimento no serviço ambulatorial e internações do que a população branca. Também é menor o índice de pessoas da cor negra que possuem planos de saúde privado. As crianças negras possuem taxa de mortalidade infantil cinco vezes maiores do que as brancas. Em 2001 as taxas de analfabetismo entre afro-descendentes, que estavam na faixa etária de 10 a 14 anos, foi 3,2%, maior do que para os brancos, na mesma idade. Em relação à situação de pobreza, 12 estados brasileiros, possuem mais de 50% da população afro, nessa condição. Destes estados, nove estão na região Nordeste, sendo a Bahia um deles.

Assim, a visualização da epidemia do HIV/aids quanto, à sua pauperização, leva ao avanço da infecção entre os negros, dado que a pobreza no Brasil “tem cor”. A análise do Quadro III demonstra o aumento do número de casos entre negras (pardos + pretos) que vem acontecendo (MS-CNDST/AIDS, 2006).

**Quadro III** - Distribuição proporcional dos casos de AIDS, segundo raça/cor, Brasil, 2000 - 2006<sup>(1)</sup>.

| Ano de diagnóstico |      | Branca<br>% | Preta<br>% | Amarela<br>% | Parda<br>% | Indígena<br>% | Ignorado<br>% |
|--------------------|------|-------------|------------|--------------|------------|---------------|---------------|
| Masculino          | 2000 | 59,1        | 11,2       | 0,6          | 29,0       | 0,1           | 81,6          |
|                    | 2001 | 61,5        | 11,6       | 0,6          | 26,0       | 0,3           | 67,1          |
|                    | 2002 | 61,8        | 11,3       | 0,6          | 26,1       | 0,2           | 49,0          |
|                    | 2003 | 59,9        | 11,5       | 0,6          | 27,9       | 0,1           | 32,7          |
|                    | 2004 | 56,0        | 12,1       | 0,5          | 31,2       | 0,2           | 33,0          |
|                    | 2005 | 53,5        | 12,0       | 0,7          | 33,7       | 0,1           | 36,5          |
|                    | 2006 | 54,9        | 11,7       | 0,8          | 32,4       | 0,2           | 57,6          |
| Feminino           | 2000 | 58,0        | 12,2       | 0,5          | 29,2       | 0,0           | 78,6          |
|                    | 2001 | 61,4        | 12,1       | 0,6          | 25,6       | 0,3           | 64,0          |
|                    | 2002 | 59,8        | 13,4       | 0,7          | 25,9       | 0,1           | 47,2          |
|                    | 2003 | 56,9        | 13,8       | 0,8          | 28,3       | 0,2           | 34,7          |
|                    | 2004 | 52,3        | 14,7       | 0,6          | 32,1       | 0,2           | 36,5          |
|                    | 2005 | 51,6        | 13,3       | 0,7          | 34,2       | 0,2           | 42,1          |
|                    | 2006 | 54,7        | 13,0       | 1,1          | 31,1       | 0,2           | 63,5          |

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.  
Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006 sujeitos a revisão.

O registro da variável raça/cor nos sistemas de informações na área de saúde é importante por possibilitar traçar o perfil epidemiológico da população, de acordo critérios étnicos/raciais.

O Estatuto da Igualdade Racial em seu Art.12 determina que: “O quesito raça/cor, de acordo com a auto-classificação, e o quesito gênero serão obrigatoriamente introduzidos e coletados, em todos os documentos em uso no Sistema Único de Saúde, tais como: cartões de identificação do SUS; prontuários médicos; fichas de notificação de doenças; formulários de resultados de exames laboratoriais; inquéritos epidemiológicos; estudos multicêntricos; pesquisas básicas, aplicadas e operacionais e qualquer outro instrumento que produza informação estatística”. Porém, a alta frequência de dados ignorados, em relação a essa variável, evidencia a má qualidade dos registros, embora, no geral, se observe uma melhoria progressiva no seu preenchimento, conforme demonstrado na tabela acima.

A epidemia da infecção pelo HIV está crescendo entre a população negra no Brasil (BRASIL, 2004a). A relação entre aids e raça/cor negra se deve à condição histórica de opressão e exploração a que essa parcela da população é submetida. Com a concentração da riqueza nas mãos de uma pequena parcela da população, os afros-descendentes convivem com altas taxas de morbi-mortalidade por doenças, cuja disseminação se relaciona à pobreza, a exemplo da aids.

Dados do CDC de Atlanta (2001) apontam que a epidemia pelo HIV/aids atinge severamente os grupos socialmente excluídos e/ou culturalmente discriminados. Há de se considerar a vulnerabilidade de gênero e raça/cor como fatores agravantes da epidemia entre mulheres e afros-descendentes.

De acordo com o último Censo (IBGE, 2003), um em cada dez brancos tem nível de escolaridade superior concluído; entre os negros esta proporção é de apenas um para cada cinquenta pessoas. Essa desproporcionalidade racial nas universidades reflete a realidade do ensino médio, onde cerca de 67,6% dos alunos que o concluem são brancos. Os negros representam apenas 4,3%.

O Relatório do Programa de Atenção à Saúde da População Negra – PRONEGRO – evidencia a manifestação da cultura negra na Bahia que, inegavelmente, é muito forte, e se expressa através das músicas, danças, religião e culinária. O estado possui distritos onde a população é constituída quase que totalmente de negros, é chamado freqüentemente de Meca africana no Novo Mundo, por possuir a maior população afro-brasileira do país (DAVIS, 2000). No entanto, dados do relatório apontam altos índices na prevalência de várias doenças entre essa população e ocorrência de distúrbios nutricionais graves que necessitam de intervenção eficaz para a melhoria das condições de saúde do grupo.

Tal realidade pode ser explicada pelo fato de o Brasil, apesar de possuir uma ampla economia industrializada, ser uma das nações que concentra maior riqueza junto a uma pequena parcela da população.

No Brasil, o movimento negro foi criado em 1930 e recriado nos anos 70, visando a combater a discriminação racial e reintegrar o negro às sociedades de classe. A formação de grupos culturais de afirmação da identidade negra e afro-brasileira foi um dos pontos positivos do movimento (GUIMARÃES, 2000). Para o autor, a forma de identificação racial mudou, pois hoje se tornou comum as pessoas que anteriormente se autodeclaravam morenas/pardas se identificarem como negras. No entanto, ressalta que lutar contra a discriminação requer lutar contra as desigualdades raciais, através da implementação de políticas públicas mais abrangentes e que visem a reparar a exclusão política e sócio-econômica que incide sobre os afro-descendentes.

Uma explicação geralmente aceita para as diferenças existentes entre pretos e brancos seria a escravidão. No entanto, essa visão unicausal não permite a visualização da responsabilidade da geração atual pela desigualdade racial, ao tempo em que esse passado histórico contribui para a manutenção das desigualdades. Há necessidade de considerarmos a carência de políticas públicas que sejam inclusivas (GUIMARÃES, 2002).

O autor relata que atualmente, graças ao movimento das lideranças negras, já existe reconhecimento acerca da discriminação racial com conseqüente aceitação das reivindicações desse grupo, ainda que incipientes.

Considerando que as doenças possuem múltiplos fatores determinantes e condicionantes, deve-se buscar compreender como os aspectos sócio-econômicos e culturais, incluindo o preconceito étnico-racial, aumentam a susceptibilidade de as pessoas adoecerem (MONTEIRO, 2004). Para a autora, o fato de o racismo não ser reconhecido no Brasil dificulta a compreensão entre as relações existentes entre etnia/raça e saúde da população negra. Neste contexto, concorda-se que há necessidade de se conhecer comportamentos, crenças e valores relativos à saúde e à doença dos grupos étnicos, para que possamos desenvolver ações eficazes na área de saúde.

O fato de a infecção pelo HIV se difundir entre grupos marginalizados da sociedade evidencia as desigualdades e a hipocrisia social, as quais resultam em menores oportunidades de trabalho e de educação aos afro-descendentes. Essa realidade é fator determinante para que os negros vivam na periferia aumentando a possibilidade de se tornarem profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis.

Assim, concorda-se com Oliveira (2004) quando diz que reconhecidamente os afro-brasileiros residem em áreas urbanas ou rurais inóspitas e carentes de políticas públicas, como saneamento básico, escolas e instituições de saúde qualificadas, que contribuam para que possam exercer seus direitos de cidadão.

Há de se considerar também que a população marginalizada tem menor acesso à informação, fator que também contribui para aumentar a vulnerabilidade ao agravo.

Um estudo denominado Atlas Racial Brasileiro, realizado em 2004, baseado em dados do IBGE, apresentou as desproporcionais condições de vida que existe entre negros e brancos. O estudo demonstrou que entre a população negra existe maior pobreza, menor grau de escolaridade, maiores taxas de mortalidade materna e infantil e piores condições de saúde, o que implica em menor expectativa de vida ao nascer.

Para as mulheres com afro-descendência o problema é maior porque elas enfrentam barreiras decorrentes não somente de ordem sócio-econômicas e culturais, mas também pelas questões de gênero.

Durante a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada no ano de 2001, na África do Sul, o Brasil assinou a Declaração de Durban, ao tempo em que assumiu o compromisso de eliminar o racismo, a discriminação, o preconceito e a falta de oportunidades entre a população afro-descendente. Porém, as medidas

adotadas pelo governo no intuito de minimizar a problemática não estão sendo aceitas satisfatoriamente por alguns setores da sociedade, a exemplo da reserva de vagas (ou cotas) para estudantes negros e pardos nas universidades (SILVA, 2004).

Essa falta de oportunidades se evidencia de várias formas: na televisão e no cinema nota-se a frequência com que os afro-brasileiros são encontrados em papéis estereotipados ou em dramas históricos sobre a escravidão; em programas infantis é típica a ausência de crianças afro-brasileiras; entre repórteres e apresentadores de programas televisivos também é visível a ausência desse grupo (DAVIS, 2000).

A epidemia do HIV/aids está apresentando redução do número de casos entre adultos jovens, usuários de drogas injetáveis e crianças menores de cinco anos. Porém, a incidência da infecção vem aumentando entre o sexo feminino e pessoas afro-descendentes. Em relação ao quesito raça/cor, há queda no número de casos entre homens e mulheres de cor branca (65,5% para 62%, e 63,9% para 56,7%, respectivamente). No entanto, o percentual entre negros passou de 33,4% para 37,2% (homens) e 35,6% para 42,4% (mulheres), o que caracteriza o enegrecimento da epidemia (BRASIL, 2005).

O fato é preocupante, uma vez que a população negra representa 47,3% da população brasileira (IBGE, 2003). Há de se considerar que o grau de pobreza no Brasil é maior do que em muitos outros países que possuem renda per capita semelhante a nossa.

Os censos demográficos e a pesquisa nacional de amostragem por domicílio – PNAD – constituem a maior fonte de dados em relação à raça/cor da pele no Brasil. A classificação utilizada é de acordo com a autodeclaração, as quais provêm de respostas pré-codificadas (branco, pardo, preto, amarelo e indígena).

A crescente contaminação pelo HIV/aids entre afro-descendentes é um problema que envolve fatores sócio-econômicos, culturais e políticos, sendo, portanto, o racismo um dos fatores determinantes nos modos de nascer, viver e morrer, por sua capacidade de promover a exclusão.

Os negros são desproporcionalmente mais pobres, mais afetados pelo desemprego e possuem menos escolaridade que os brancos. Também possuem menor acesso aos serviços de saúde de qualidade, o que implica em diminuição da expectativa de vida (MACHADO, CARVALHO, 2004). A 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) destacou que o racismo é tão eficiente no Brasil que o próprio negro fica invisível e nem vê a si próprio.

Desta forma, a variável raça/cor tem influenciado no aumento do número de casos de infecção pelo HIV/aids, no sexo feminino, porque a vulnerabilidade aumenta à medida que diminui o amparo social (LAGO, 1996). O Brasil apesar de ter um Programa de diagnóstico,

prevenção e tratamento tido como referência mundial, ainda se mostra ineficaz no que diz respeito às questões de raça/cor, predispondo o crescimento da epidemia entre esse grupo. Reforça tal afirmativa o fato de que, somente em 2004, o Boletim Epidemiológico Aids, passou a apresentar dados epidemiológicos segundo esta variável.

Fernandes e Barbosa (2004, p. 12) afirmam que “a discussão sobre uma política de saúde para a população negra tem como princípios à redução da desigualdade social e o combate à discriminação racial”.

Neste sentido, a Rede Nacional Feminista de Saúde (2003, p. 15) enfoca que

[...] as vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influenciam sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições sócio-econômicas, o tipo de população e as noções de saúde e agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade.

Desta forma, a reflexão sobre a problemática nos leva à compreensão de que a minimização da vulnerabilidade da população afro-descendente à epidemia pelo HIV/aids carece de múltiplas intervenções no âmbito sócio-econômico e cultural, assim como o enfrentamento da discriminação racial e do racismo.

### 2.3 AIDS, MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A saúde da mulher passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde somente no início do século XX, através de programas materno-infantis que tinham como estratégia proteger a saúde das crianças e das mulheres no campo reprodutivo. Os programas eram definidos no âmbito central sem que fossem consideradas as necessidades locais da população (BRASIL, 2004b).

Entre 1950 e 1960, a possibilidade de acontecer uma explosão populacional direcionou a ampla oferta de métodos contraceptivos, mesmo que contrariando os interesses individuais, pois se tratava de obter resultados coletivos de limitação global da população. Com a queda da fecundidade as ações passaram a ser redirecionadas para atender às necessidades não atendidas de contracepção (CORREIA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

O movimento de mulheres pela saúde surgiu na década de 70, apresentava alto nível de organização e articulação, passou a fazer fortes críticas à forma de elaboração e execução das ações propostas pelo governo. Na ótica do movimento, o direito à saúde da mulher se refletia não somente na ausência de doença, mas também nas condições que envolviam bem-

estares físicos, mentais e emocionais, já que o processo saúde-doença resulta de múltiplos fatores, como questões socioeconômicas e culturais.

Deve-se então considerar que a obtenção de condições favoráveis de saúde para a mulher requer garantia do exercício pleno de sua cidadania, através de condições adequadas de moradia, transporte, educação, trabalho e lazer, dentre outras. As questões de gênero e os aspectos culturais também necessitam ser considerados.

O Ministério da Saúde lançou, na década de 70 do século XX, o Programa de Saúde Materno-Infantil, o qual contemplava a prevenção da gestação de alto risco disponibilizando ações no campo da concepção e contracepção, embora desde 1965, mesmo sob a resistência da Igreja e do Governo militar, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil – Benfam, que era filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar, já distribuisse gratuitamente a pílula anticoncepcional e o dispositivo intra-uterino – DIU, para as mulheres de baixa renda (COELHO; FONSECA; GARCIA, 2006).

Em 1984, foi realizado o 10º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, que contou com a presença de mais de setenta grupos de mulheres oriundas de várias partes do país. O evento resultou na elaboração do primeiro documento público – a Carta de Itapecerica, o qual apresentava várias reivindicações das mulheres para a saúde (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE).

Neste mesmo ano, as feministas que tinham assumido a Área Técnica da Saúde da Mulher no Ministério da Saúde implantam o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que contemplava as reivindicações das mulheres e expandia as ações de saúde a todas as etapas do ciclo vital feminino. Coelho, Fonseca e Garcia (2006) referem que o ponto crucial de ação do PAISM, o qual se opunha ao controle de natalidade realizado pela Benfam, foi a inclusão do planejamento familiar, o qual se fundamentava no pressuposto de que as pessoas têm o direito de escolher o método contraceptivo que mais lhe convenha.

A implantação do PAISM coincide com o movimento por reforma sanitária no país, com o aumento da expectativa de vida ao nascer e com as várias mudanças no campo da sexualidade, da reprodução, bem como nas relações de gênero, que trouxeram a percepção da necessidade da implantação/implementação de políticas públicas de saúde que fossem mais amplas, já que, reconhecidamente, vários fatores influenciavam em diferentes formas de viver, adoecer, e morrer.

Essas políticas deveriam contemplar as diversas questões que envolviam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a exemplo da precocidade da menarca e das relações sexuais, gravidez na adolescência e tardia, os métodos contraceptivos que desvinculam o sexo

da reprodução e a necessidade de práticas educativas em saúde, entre outros. Em paralelo, o movimento feminista trabalhava para o empoderamento das mulheres, desenvolvendo entre outras atividades, uma campanha com o slogan *Nosso Corpo Nos Pertence*, na qual refletia ações contra as diversas formas de subordinação feminina. (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

A implementação do PAISM objetivava criar ações dirigidas à saúde das mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, onde, a partir do princípio da integralidade da assistência e autonomia corporal, deveriam discutir ações educativas articuladas ao programa. A proposta era promover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção do câncer ginecológico e de mama, sexualidade, adolescência, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e climatério.

Embora pioneiro, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no princípio da integralidade da assistência e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar, o PAISM não consegue reverter o modelo de atenção à saúde da mulher o que ainda representa um dos desafios, principalmente no que se refere à qualidade da assistência e aos princípios filosóficos do cuidado que ainda são centrados em um modelo medicamentoso, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Não há dúvida de que o PAISM levou um novo olhar em direção a atenção à saúde da mulher. Dirigentes dos serviços de saúde e gestores passaram a ver de forma mais ampla a questão, porém sua implementação foi bastante diferenciada nas diversas regiões do país, refletindo os diferentes graus de compromisso político em relação à saúde da mulher (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

A implementação desse Programa, embora tenha mantido a imagem de atenção integral à saúde da mulher, deixou lacunas em sua proposta no tocante ao período do climatério/menopausa; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas, bem como a inclusão de ações que visualizassem as questões de gênero e raça/cor (BRASIL, 2004b). Também não foi dada a ênfase necessária à elaboração e execução de ações no sentido de prevenir e controlar as IST nessa população.

Com o advento da infecção pelo HIV/aids, em 1985, foi criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em resposta ao impacto da epidemia no país. Como a maioria das mulheres atingidas pela epidemia se encontrava em idade fértil (15 a 49 anos), o Programa priorizou ações como: aconselhamento individual e coletivo às mulheres nos serviços de planejamento familiar, assistência pré-natal, ginecológica e em maternidades; implantação de centros de testagem anti-HIV; execução de oficinas sobre prática de sexo

seguro para adolescentes, visando à prevenção de IST e de gravidez precoce (BRASIL, 2003a).

Na década de 1990, para formulação da política e planejamento das ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, a Área Técnica da Saúde da Mulher, passa a considerar os compromissos internacionais que o Brasil é signatário, a exemplo da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Belém/PA, 1994), Conferência Internacional da Mulher (Beijing, 1995), Metas do Milênio (ONU), Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminações Contra a Mulher (CEDAW), Cúpula Mundial em Favor da Infância, Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e outras Formas de Intolerância, dentre outras (BRASIL, 2003b).

A Conferência do Cairo direcionou formulação de políticas relacionadas à Saúde Reprodutiva mundial, embasou discussões sobre questões relacionadas à substituição do conceito de Planejamento Familiar pelo de Saúde Reprodutiva, o qual englobava planejamento familiar, educação sexual, maternidade segura e proteção contra DST/HIV/aids.

No intuito de dar visibilidade aos direitos reprodutivos e assistência à mulher na perspectiva da humanização (questões não atendidas pelo PAISM), o Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN. A principal estratégia do Programa consiste em garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004). Em 2005, a Política para Atenção Obstétrica e Neonatal re-estruturou o PHPN.

Por outro lado, entendendo a necessidade de prevenção e controle das mortes materna e neonatal, a Área Técnica de Saúde da Mulher implantou a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual possuía como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final do ano de 2006. O Pacto visa a assegurar que toda mulher grávida receba o acompanhamento pré-natal, que a gestação seja saudável, que os eventuais riscos sejam detectados e tratados adequadamente e que haja o pronto atendimento hospitalar da gestante no momento do parto (FEBRASGO, 2005).

A implantação do PAISM serviu de subsídio para elaboração do Plano Plurianual (2004-2007) do Governo Federal, por considerar a saúde da mulher como prioridade governamental. A elaboração do Plano, que contou com a participação de vários segmentos da sociedade, propõe que as ações de promoção da saúde da mulher sejam elaboradas e

executadas na perspectiva da humanização, melhoria da qualidade no atendimento e da resolutividade, considerando-se as divergências regionais existentes no país, a exemplo das diferenças de raça/cor, epidemiológicas e culturais, entre outras.

Entre os vários objetivos contidos no Plano, chama atenção aquele que visa a promover, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das IST e da infecção pelo HIV/aids na população feminina. É importante o preenchimento das lacunas deixadas pelo PAISM, já que no início da epidemia da infecção pelo HIV/aids, o modelo ideológico da "doença do outro" levou os órgãos governamentais e vários outros grupos sociais importantes, como os representantes das instituições de saúde a um imobilismo com relação às campanhas de prevenção e controle da infecção pelo HIV/aids. Esse imobilismo foi seguido por campanhas amedrontadoras e simplistas, que resultaram na não adesão aos métodos de prevenção, uma vez que se acreditava ser a aids uma doença "estrangeira" (SANCHES, 1999).

Sabe-se que a articulação entre as políticas públicas de saúde fortalece as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de permitir uma conjugação de esforços, evitando duplicidade de atividades, desarticulação entre campanhas e conseqüente falta de assistência daqueles(as) que mais necessitam do que postulam estas políticas, por isso, mais do que em nenhum outro momento, vislumbra-se melhoria dos dados referentes à epidemia da aids no Brasil.

### 3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 EIXO TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

"Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos".

Eduardo Galeano

A Teoria das Representações Sociais - TRS foi desenvolvida por Serge Moscovici e ganhou teorização na psicologia social. Sua apropriação neste estudo se deu a partir do entendimento de que a teoria poderia contribuir para compreensão e explicação dos fenômenos coletivos produzidos pelo senso comum, incorporados em uma parcela específica da população. Nesta perspectiva, procuramos apreender as representações da vulnerabilidade à infecção pelo Hiv/aids, para mulheres interioranas, no intuito de compreender como elas pensam e de que forma esse pensamento pode interagir com a realidade da epidemia do HIV/aids. O referencial teórico também contribuiu para tornar o processo de análise mais adequado ao tipo de estudo.

Devido ao seu aspecto interdisciplinar a Teoria das Representações Sociais tem sido aplicada a vários campos do saber, talvez pelo fato de trazer o conhecimento do papel dos indivíduos e dos vários grupos sociais na produção do saber que se dá no dia-a-dia (PAIVA; OLIVEIRA, 2003).

A TRS tem suas bases nas Representações Coletivas de Durkheim, e permite identificar como uma determinada sociedade compreende e expressa sua realidade (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Durkheim (1978), as Representações Coletivas expressam não somente o pensamento do grupo, mas também suas relações com os problemas existentes. Assim, a compreensão de como a sociedade percebe o fenômeno requer consideração da natureza da sociedade e não somente dos indivíduos em si.

Nascimento, Barbosa e Medrado (2005, p. 7) enfatizam que foi a partir de estudiosos como Durkheim, que surgiu o conceito de representação como uma forma de conhecimento, embora ele estivesse mais preocupado com seu caráter coletivo e estático, do que com seu conteúdo e dinâmica. Para ele:

Havia uma necessidade de conhecer a oposição entre o coletivo e o individual e por isso mesmo, o termo Representação Social não foi utilizado, mas Representação Coletiva e Representação Individual, onde o substrato da Representação Coletiva era a sociedade e, por assim ser, impessoal e permanente, enquanto na individual o substrato era a própria consciência de cada um, portanto flutuante e subjetiva. Faltava então um elo entre o indivíduo e a sociedade que só mais tarde foi dado por Moscovici.

A proposta da teoria de Moscovici surgiu na França, em 1961, permanecendo engavetada por duas décadas. Sua reaparição deu-se no início da década de 80, operacionalizando o conceito de trabalhar o pensamento social em sua dinâmica e diversidade. Tinha como premissa a percepção das diferentes formas de conhecimento – consensual (informal, do cotidiano) e o científico (ARRUDA, 2002).

Para Arruda (1983), as Representações Sociais fazem parte de um mundo em movimento, ao tempo em que constituem uma maneira de pensar típica da nossa sociedade, a partir da qual a visão do mundo estruturado leva à construção de idéias, sem tempo de se sedimentar e virar tradições. Segue dizendo ainda esta autora que a teoria das representações sociais operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade.

Segundo Moscovici (2003), a TRS utiliza métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno que é do conhecimento do senso comum.

Para o autor, o medo do desconhecido leva as pessoas a criar representações sociais em relação ao novo acontecimento porque estes representam ameaças à ordem das pessoas. Assim, as Representações Sociais da infecção pelo HIV/aids são ancoradas a partir de como se dá a objetivação da epidemia em determinado local e tempo, dependendo das múltiplas culturas existentes nas sociedades. Os objetivos sociais desconhecidos trazem medo, a partir do momento que interferem no sentido da ordem na vida das pessoas, bem como de sua sensação de controle do mundo (JOFFE, 1995).

Para Jodelet (2001) as representações sociais representam uma forma de interpretação que de como se dá nossa relação com a sociedade, orientando as comunicações sociais e o comportamento das pessoas.

A formação das Representações Sociais se dá através dos processos de objetivação e ancoragem. A objetivação visa à transformação do objeto apresentado, através da materialização das abstrações e corporificação dos pensamentos, o que permitirá tornar o impalpável visível. A ancoragem permitirá tornar o desconhecido conhecido.

Em relação à objetivação e ancoragem Paiva (2000, p. 25) refere que

a objetivação é a constituição formal do conhecimento que permite dar materialidade a um objeto abstrato. Encontra-se no âmbito do conceito e tem a função de duplicar um sentido por uma figura e de corporificar os pensamentos, tornando físico o visível e impalpável e transformando em objeto o que é representado. [...] ancoragem é aquele processo que fornece um contexto inteligível ao objeto, que ancora o desconhecido em representações já existentes. Encontra-se dialeticamente articulada à objetivação, que lhe fornece as ferramentas. Tem função de duplicar uma figura por um sentido, permite a incorporação ou a inserção do objeto de representação em categorias já usuais, ou seja, socialmente disponíveis.

Sendo assim, a investigação no campo das Representações Sociais busca entender como as pessoas apreendem o mundo que as envolvem, procurando compreender seus problemas. Para tanto, Moscovici (1961, p. 26) considera que:

O processo social no conjunto é um processo de familiarização, pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a “realidade” tem como única razão, fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.

A Teoria das Representações Sociais se inscreve como uma forma de saber gerado através do senso comum, considerando o sujeito como parte de um conjunto indissociável do objeto e da sociedade. A partir dessa perspectiva, busca-se compreender processos que ocorrem em contextos históricos e sócio-culturais precisos, na construção do senso comum (NASCIMENTO, BARBOSA, MEDRADO, 2005).

Neste sentido Paiva e Amâncio (2004, p. 4), parafraseando Moscovici, ressaltam que

as Representações Sociais têm como foco a maneira pela qual os seres humanos buscam compreender as coisas que o cercam. Portanto, estudá-las é considerar que os seres humanos pensam e não apenas manipulam informações ou agem sem explicações. A partir destas concepções, ele as considera como verdadeiras teorias do senso comum, conformadas a partir de um conjunto de conceitos e afirmações, ou seja, ciências coletivas, pelas quais se procede à interpretação e à construção das realidades sociais.

A epidemia da aids é uma realidade social que tem sido enfrentada em todos os campos. A aids, por ser uma doença contemporânea, teve sua história natural construída, concomitantemente, com a contribuição do senso comum e da ciência e, por esta razão, muito se ajusta a ser estudada à luz da Teoria das Representações Sociais. Isto porque esta teoria toma como princípio serem várias as formas para se conhecer e comunicar os fenômenos da realidade, geradas não só por universos do mundo científico, mas também a partir do senso comum.

Estudar as representações Sociais de mulheres interioranas soropositivas sobre suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV/aids traz à tona o pertencimento do grupo, a exemplo dos aspectos religiosos, econômicos e culturais, raça/cor, bem como, as desigualdades relativas às relações de gênero. É a partir desses aspectos, que englobam experiências e visão de mundo, que se apreende a contribuição das Representações Sociais acerca da vulnerabilidade feminina ao agravo. Como bem diz Jodelet (1998), a representação não constitui cópia do real ou do ideal porque por trás dessa representação se busca a relação estabelecida com o universo.

Neste contexto, justifica-se ainda discutir a vulnerabilidade de mulheres interioranas à infecção pelo HIV/aids, no campo das Representações Sociais, por que “a TRS lida com as maneiras como os grupos dão sentido ao real, elaborando-o e explicando-o para si mesmo, para se comunicarem e funcionarem cotidianamente” (ARRUDA, 2005, p. 231). A TRS também contribuiu para a reflexão sobre as formas de comunicação e o contexto social em que estas mulheres estão inseridas, dada a presença de algumas variáveis, a exemplo das questões de gênero, de ordem econômica, cultural, política, religiosa e de raça/cor, dentre outras.

Sendo assim, fundamentar este estudo na Teoria das Representações Sociais permitirá a construção de um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado pelas mulheres soropositivas do município de Jequié-Bahia.

### 3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de campo, de natureza qualitativa, descritivo e exploratório com abordagem multimétodos por se considerar que “para a Teoria das Representações Sociais a associação do método quantitativo com o qualitativo garante uma interpretação mais fidedigna das representações sociais apreendidas e uma complementaridade das descobertas” (SILVA, 2006). Além disso, estudos multimétodos permitem ao(a) pesquisador(a) realizar o cruzamento de suas conclusões com o intuito de alcançar maior confiabilidade nos dados.

Segundo Minayo (1996), a junção de dados quanti e qualitativos se complementam permitindo ao pesquisador interagir de forma dinâmica, afastando qualquer dicotomia.

Para Paiva (2000), escolher a metodologia que será utilizada requer que o pesquisador traga não somente sua visão de mundo, mas também as concepções teóricas e a capacitação criativa que repercutem na forma de apreender e compreender a realidade.

A abordagem qualitativa contribuirá para a compreensão dos fatores relacionados à vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/aids, por permitir o aprofundamento no mundo dos significados, das ações e das relações humanas, através da realidade não quantificável (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Minayo (1992, p. 21), o estudo qualitativo “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Neste sentido, o estudo qualitativo permite que o pesquisador perceba como as pessoas pensam e reagem diante dos problemas em questão.

A pesquisa descritiva busca conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Assim, “expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno que descreve, embora sirva de base para tal explicação” (VIEIRA, 2003, p. 85).

O estudo exploratório “visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito, ou mesmo construir hipóteses mais adequadas” (VIEIRA, 2003, p. 65). Desta forma, por possibilitar a compreensão do problema pelo(a) pesquisador(a), a pesquisa exploratória é utilizada quando há necessidade de se obter maior precisão e identificar ações que possibilitem a obtenção de dados adicionais.

Um estudo descritivo e exploratório procura descrever e analisar a natureza dos fenômenos que se deseja conhecer sem a interferência do(a) pesquisador(a) e se adequar a necessidade de se obter melhor entendimento em relação ao comportamento e os múltiplos fatores que influenciam em determinado fenômeno (OLIVEIRA, 1997).

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Jequié, localizado na região sudoeste do estado da Bahia (zona limítrofe da mata e da caatinga), distante 374 quilômetros de Salvador, capital do estado. O município fica às margens das rodovias BR-116, conhecida como Rio-Bahia, BR-330 e BR-101. Possui área de 3.035,42 Km<sup>2</sup> e população de 147.202 habitantes, sendo 71.899 homens e 75.395 mulheres (IBGE, 2003). Sua economia é baseada, principalmente no comércio, indústria, agricultura e pecuária. O município é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde, a qual possui 24 municípios sob sua jurisdição.

Encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, do processo de descentralização da saúde. Atualmente, possui 17 Equipes de Saúde da Família, 04 Unidades Básicas de Saúde,

06 Unidades Hospitalares (05 privadas e 01 pública), 01 Clínica de Doenças Renais, 01 Centro de Referência Municipal para Diagnóstico e Tratamento das DST/HIV/aids, 01 Programa Integrado de Endemias-Piej, 01 Centro Regional de Saúde do Trabalhador-Cerest e 02 Centros de Assistência Psico-Social – CAPS, 01 Hemonúcleo (Unidade de transfusão e coleta) e 01 Clínica Municipal de Reabilitação.

As doenças de maior prevalência no município são: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, esquitossomose, diarreia infantil e as cardiovasculares.

O local escolhido para a coleta dos dados foi o Centro de Referência em DST/aids Dr<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda, entidade fundada em maio/2005 e mantida pelo Sistema Único de Saúde. A escolha do local se deu devido ser esta a unidade de referência para diagnóstico e tratamento das DST/HIV/aids, que atende ao município de Jequié (zonas rural e urbana) e às cidades circunvizinhas. Dessa forma, entendemos que, devido à especificidade do serviço, ter-se-ia facilitada a aproximação com a clientela alvo do estudo.

A unidade disponibiliza atendimento às pessoas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias que requisitam os serviços, referenciados por outras instituições ou profissionais de saúde ou através da demanda espontânea, por estarem apresentando sinais e/ou sintomas de alerta para DST/HIV/aids.

O funcionamento da unidade se dá entre 7 e 18 horas, de segunda a sexta-feira.

A equipe multidisciplinar é composta por uma médica, quatro enfermeiras(os), uma assistente social, uma psicóloga, uma odontóloga e pessoal que atua no setor administrativo. Dentre as ações em saúde disponibilizadas à clientela, podemos citar: consulta médica e de enfermagem; atendimentos odontológico, psicológico e de assistência social; reuniões (quinzenais) com o grupo de apoio; realização de palestras educativas; distribuição de medicamentos para tratamento das DST e aids (terapia anti-retroviral e outros necessários ao tratamento das doenças oportunistas); distribuição de preservativos (masculino e feminino) mediante cadastramento; exames laboratoriais; transporte de pacientes com dificuldade de locomoção e realização do Papanicolau.

Ao adentrar no serviço, inicialmente a clientela é encaminhada para a consulta de enfermagem para que seja feita a triagem, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ou resultados de exames laboratoriais. Nesta consulta a(o) enfermeira(o) realiza a anamnese, coleta de dados de identificação e epidemiológicos pertinentes, história de vida pregressa do cliente e do(a)(s) parceiro(a)(s) sexuais, coleta de material para realização do Papanicolau, solicitação dos exames laboratoriais e complementares necessários, convocação do(a)(s) parceiro(a)(s) sexual(is) e aconselhamento. Quando necessário, compete também à(ao)

enfermeira(o) encaminhar os clientes a outros profissionais (médico(a), odontólogo(a), assistente social, psicólogo(a), dentre outros(as)). Com exceção da aids, as demais IST são diagnosticadas e tratadas pela(o) enfermeira(o) de acordo com protocolo de abordagem sindrômica. A clientela, em sua maioria, possui baixo nível sócio-econômico.

### 3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Constituíram-se sujeitos do estudo mulheres atendidas no Centro de Referência para DST/Aids Dr.<sup>a</sup> Miriam Magalhães Sepúlveda, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: soropositividade à infecção pelo HIV/aids, idade a partir dos 20 anos (independente da raça/cor), ser residente no município de Jequié-BA e apresentar condições psicológicas que permitisse participação no estudo.

A população foi composta por 38 mulheres cadastradas no serviço, no período de maio de 2005 (momento do início do funcionamento da unidade) a setembro de 2006. A amostra foi constituída por 25 mulheres soropositivas à infecção pelo HIV/aids, que atendiam aos critérios de inclusão e que se dispuseram a participar.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi elaborada e encaminhada correspondência à 13<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde-DIRES comunicando os objetivos e a finalidade do estudo, ao tempo em que foi solicitada a permissão para realizar a coleta documental dos dados da clientela soropositiva à infecção pelo HIV/aids, cadastrada no serviço, no período de janeiro de 1987 a junho de 2005, visando a conhecer a população a ser estudada e proceder ao levantamento das variáveis pertinentes ao estudo, as quais foram obtidas nos livros de registros existentes no setor de Vigilância Epidemiológica. Os dados secundários colhidos foram relativos às variáveis sócio-demográficas (idade, religião, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão). Essa coleta de dados se deu entre julho e agosto de 2005.

Foram analisados 146 prontuários, sendo 94 de homens e 52 de mulheres, o que corresponde à totalidade dos casos notificados no período, incluídos os óbitos. Nos resultados evidenciou-se aumento da infecção entre mulheres, a partir de meados da década de 90, determinando uma relação de 1,8 homem para cada mulher infectada.

Num segundo momento, foi enviada correspondência comunicando quanto aos objetivos e finalidade do estudo à Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié-BA,

ao tempo em que foi solicitada permissão para freqüentar o Centro de Referência em DST/AIDS Dr<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda, no intuito de coletar dados junto à clientela cadastrada no serviço. Após autorização da Secretaria e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB –, foi realizada a coleta de dados entre os meses de agosto a outubro de 2006.

Inicialmente, pretendia-se utilizar a técnica de grupos focais para a coleta dos dados, mas não foi possível devido ao não comparecimento das mulheres às várias reuniões previamente agendadas. A justificativa dada posteriormente pelas mulheres e por alguns colaboradores do serviço, que já haviam tentado atividades grupais, era de que o não comparecimento aos grupos focais se dava pela preocupação com a discriminação.

As mulheres manifestaram o receio de que o encontro grupal com outras pessoas na mesma condição de soropositividade resultasse em exposição de sua condição sorológica à população do município, com conseqüente discriminação por parte de amigos e parentes. Para essas mulheres, o fato de a unidade ter em destaque a identificação de Centro de Referência em DST/AIDS já se constitui em motivo para que fiquem sob suspeita de serem portadoras do Hiv/aids.

Desta forma, para a coleta de dados qualitativos optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada, não tendo sido gravada por solicitação das informantes, sendo a maioria delas realizada na residência. A entrevista semi-estruturada, segundo Gil (1994, p. 146), “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

A localização dos domicílios foi fornecida pelo setor administrativo do Centro, sendo que o processo de liberação dos endereços das informantes precisou do apoio da enfermagem com o intuito de selecionar e autorizar o repasse dos endereços das mulheres que concordaram em receber visita da pesquisadora no domicílio e, conseqüentemente, participar do estudo.

Em várias situações foi necessário ir mais de uma vez ao domicílio porque no momento da primeira visita a mulher estava acompanhada de pessoas que desconheciam sua condição sorológica à infecção pelo HIV/aids.

Para os dados quantitativos foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras que consiste em um tipo de investigação aberta, baseada na evocação de respostas provenientes de um estímulo indutor, a qual possibilita identificar representações latentes

desses conteúdos (NÓBREGA, 2003). Neste estudo, foram utilizados como estímulos indutores: aids, HIV, sexo, sexualidade e vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/Aids.

No momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados era solicitado, primeiramente, que as informantes participassem da Técnica de Associação Livre de Palavras e, posteriormente, elas eram solicitadas a responderem a entrevista norteada por roteiro semi-estruturado.

### 3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes da técnica de associação livre de palavras foram processados através do software Tri-Deux-Mots e interpretados por meio de Análise Fatorial de Correspondência - AFC.

A Análise Fatorial de Correspondência consiste em um método estatístico representado pela frequência de ocorrência das palavras. Neste estudo, foram usadas as variáveis raça/cor e religião, por se considerar que são importantes na construção das representações, sendo que as evocações que buscamos apreender se referiram às significações dos estímulos indutores Aids, HIV, sexo, sexualidade e vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids.

Considerando os aspectos teóricos e metodológicos da Análise Fatorial de Correspondência, concordamos com Oliveira e Amâncio (2005, p. 354) quando enfatizam que “essa técnica de análise de dados qualitativos possui grande adequabilidade a uma extensa diversidade de estudos realizados no âmbito da teoria das representações sociais”.

Após transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos a uma análise inicial, sendo posteriormente classificados de acordo com categorias e subcategorias que emergiram de acordo com as falas das informantes, visando à análise de conteúdo (critério semântico) já que os dados foram agrupados de acordo com a mesma temática. Essa técnica, segundo Bardin (1977), visa a compreender criticamente o sentido das comunicações bem como o seu conteúdo explícito ou não.

Para Bardin (1977, p. 47), o tratamento e a análise dos dados, segundo a análise do conteúdo

sugere três pólos cronológicos para a aplicação: a) pré-análise (que consiste na realização de sucessivas leituras do material com o objetivo de familiarizar-se com os depoimentos); b) exploração do material (quando as subcategorias e categorias são compreendidas e destacadas dos discursos); c) análise e interpretação dos dados (quando, de posse dos depoimentos de conteúdos mais predominantes, busca-se fazer as inferências e interpretações).

Neste estudo foi dada ênfase às análises qualitativas, até mesmo para os dados da AFC, por se entender que no campo das representações sociais estas possuem maior significância. Assim, optou-se por utilizar a técnica de análise do conteúdo como complementação à análise fatorial de correspondência.

A complementaridade entre técnicas na análise dos resultados é aconselhável por possibilitar o enquadramento do pensamento das informantes, a partir das análises das idéias existentes nas sociedades e como estas se organizam na mentes dessas pessoas (PEREIRA, 2005).

Assim, as perguntas e respostas foram analisadas criteriosamente, sendo os comentários utilizados na elaboração do relatório final. Pereira (1999) enfoca que a análise dos dados qualitativos, assim como outros de qualquer natureza, consiste em uma busca em sintetizar as diversas informações que foram colhidas pelo(a) pesquisador(a). Neste sentido “o objetivo da análise é sumariar as observações completadas, de forma que estas permitam respostas às perguntas da pesquisa” (BARROS; LEHFELD, 1999, p. 61).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Protocolo de número 113/2006), sendo aprovado e liberado para a coleta dos dados, em reunião que ocorreu em 10 de agosto de 2006 (ANEXO D).

Foi determinado por esse Comitê que, em atendimento à Resolução 196/96, após o término da realização do estudo fosse encaminhado ao CEP/UESB cópia do relatório final da pesquisa.

As informantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, ao tempo em que foi facultada sua participação no estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), com garantia de que a pesquisa não acarretará quaisquer danos, de anonimato e sigilo sobre os dados informados, e de que poderá deixar a pesquisa se assim desejar, de acordo com o estabelecido na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) – que regulamenta realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Visando a assegurar o anonimato das informantes, optou-se por identificá-las com nomes de deusas da mitologia grega e romana.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“A vida só pode ser entendida olhando-se para trás. Mas só pode ser vivida olhando-se para frente”.

S. Kierkegaard

Neste capítulo, será apresentado, inicialmente, o perfil dos portadores do HIV/aids notificados à 13ª Diretoria Regional de Saúde, no período de 1987 a 2005, cuja coleta documental dos dados foi realizada no mês de julho de 2005. Essa ação subsidiou a aproximação com os sujeitos do estudo que participaram do Teste de Associação Livre de Palavras - TALP e das entrevistas, ao tempo em que possibilitou conhecer como se apresenta perfil epidemiológico dos portadores da infecção pelo HIV/aids, no município, ao longo dos anos.

O TALP e as entrevistas semi-estruturadas foram aplicados a 25 mulheres soropositivas à infecção pelo HIV/aids. As informantes submetidas ao TALP foram as mesmas que participaram das entrevistas. Ressalta-se que 25 mulheres que participaram do TALP e das entrevistas estavam incluídas nos dados disponibilizados pela 13ª Diretoria Regional de Saúde, enquanto 24 já eram inscritas no Centro de Referência, isto porque antes da implantação do Centro de Referência em DST/AIDS Dr.<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda era a DORES o órgão de referência para diagnóstico e acompanhamento das pessoas portadoras do agravo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Os dados secundários referentes à série histórica (1987-2005) elaborada a partir dos prontuários clínicos e cadastros disponibilizados pela 13ª Diretoria Regional de Saúde – DORES – e Centro de Referência em DST/aids Dr.<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda dizem respeito a 146 casos de portadores da infecção pelo HIV/aids (94 homens e 52 mulheres) e se constituem das variáveis: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, profissão e categoria de exposição.

Os resultados constantes na série histórica evidenciaram que 58,2% das pessoas

infectadas pelo HIV/aids no município de Jequié-Ba era solteiro(a). Em relação à escolaridade, os achados revelaram predominância de casos (61,6,3%) entre as pessoas com menos de 08 anos de estudo. A via de transmissão mais freqüente foi a sexual, principalmente entre as pessoas com práticas heterossexuais (46,8% entre homens e 44,2% entre mulheres). Houve diferenciação entre a faixa etária de homens e mulheres, sendo estas acometidas à infecção pelo HIV/aids, mais precocemente (30 a 34 anos e 25 a 29 anos, respectivamente).

Quanto aos vínculos de trabalho houve predomínio de pessoas que exerciam profissões que implicavam em baixa remuneração, a exemplo de empregadas domésticas ajudantes de pedreiro e comércio ambulante.

No que respeita às variáveis sexo e raça/cor, observa-se que a partir do meado da década de 90 há um aumento da infecção entre mulheres, entretanto, não foram encontradas anotações sobre a variável raça/cor, reiterando a pequena valorização dada ao seu preenchimento nos registros em saúde, apesar da obrigatoriedade do quesito cor nos impressos dos serviços públicos de saúde existir desde 1996, por determinação do Ministério da Saúde. Por esta razão, a análise da tendência de enegrecimento da epidemia, no período, ficou impossibilitada.

Esses resultados evidenciaram que o perfil das pessoas portadores do HIV/aids, no município, é semelhante ao apresentado em todo o território brasileiro.

Outro fator que chama atenção foi a não constatação, no período, quanto ao cadastramento de gestantes, provavelmente pelo fato de o município não possuir, nesse período, programas de prevenção e controle da transmissão vertical, em que pese o aumento do número de casos em mulheres em idade fértil, o que aponta como consequência o aumento de casos em crianças. A prevenção e o controle da transmissão vertical, o qual representa uma das múltiplas facetas da infecção pelo HIV/aids, constitui um dos grandes desafios para o enfrentamento da problemática.

Atualmente, existem 49 mulheres soropositivas à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, sendo acompanhadas pela equipe multidisciplinar que atua no Centro de Referência em DST/aids Dr<sup>a</sup> Mirian Magalhães Sepúlveda. Desse universo, foram selecionadas 25 mulheres que são as informantes do estudo. No critério de inclusão do estudo foram consideradas a disponibilidade e aceitação das mulheres em responderem aos questionamentos feitos.

O Quadro IV apresenta as características sócio-demográficas dos sujeitos que participaram das entrevistas norteadas por roteiro semi-estruturado e o Teste de Associação Livre de Palavras.

**Quadro IV** – Características sócio-demográficas das informantes do estudo. Jequié-BA, 2006

| Sujeito   | Idade | Raça/<br>cor | Religião   | Renda                  | Escolaridade     | Estado<br>civil | Profissão               | UDI |
|-----------|-------|--------------|------------|------------------------|------------------|-----------------|-------------------------|-----|
| Afrodite  | 32    | Negra        | Católica   | Ignorada               | 2º<br>incompleto | Solteira        | Do lar                  | Não |
| Atena     | 27    | Negra        | Católica   | 2<br>salários          | 2º completo      | Casada          | Do lar                  | Não |
| Ceres     | 26    | Negra        | Evangélica | 1 salário              | 1º<br>incompleto | Solteira        | Do lar                  | Não |
| Hera      | 40    | Branca       | Evangélica | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Viúva           | Do lar                  | Sim |
| Panacéia  | 40    | Branca       | Evangélica | 1 salário              | 2º completo      | Viúva           | Do lar                  | Não |
| Hecate    | 56    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Casada          | Aposentada              | Não |
| Têmis     | 25    | Negra        | Evangélica | Sem<br>renda           | 1º incompleto    | Casada          | Comerciante             | Não |
| Vesta     | 24    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Solteira        | Estudante               | Não |
| Tykhe     | 22    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Perséfone | 26    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Solteira        | Do lar                  | Não |
| Gaia      | 27    | Negra        | Católica   | 1 salário              | 2º completo      | Solteira        | Profissional<br>do sexo | Não |
| Íris      | 28    | Branca       | Evangélica | 1 salário              | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Cibebe    | 29    | Negra        | Católica   | 1 salário              | 1º incompleto    | Casada          | Estudante               | Não |
| Minerva   | 34    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Selene    | 29    | Negra        | Católica   | 2<br>salários          | 2º completo      | Casada          | Operária                | Não |
| Hebe      | 77    | Branca       | Evangélica | 1 salário              | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Diana     | 24    | Negra        | Católica   | Ignorada               | 1º incompleto    | Solteira        | Do lar                  | Não |
| Flora     | 38    | Negra        | Católica   | 1 salário              | 1º<br>incompleto | Solteira        | Doméstica               | Não |
| Nikê      | 45    | Negra        | Evangélica | 1 salário              | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Circe     | 47    | Negra        | Evangélica | Menos<br>do<br>salário | 2º completo      | Solteira        | Do lar                  | Não |
| Deméter   | 34    | Negra        | Católica   | 1 salário              | 1º<br>incompleto | Casada          | Do lar                  | Não |
| Ártemis   | 24    | Negra        | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 1º incompleto    | Solteira        | Profissional<br>do sexo | Não |
| Héstia    | 25    | Branca       | Católica   | Menos<br>do<br>salário | 2º completo      | Solteira        | Estudante               | Não |
| Psique    | 31    | Negra        | Católica   | 2 a 3<br>salários      | 1º incompleto    | Casada          | Do lar                  | Não |
| Hator     | 55    | Negra        | Evangélica | 1 salário              | 1º incompleto    | Divorciada      | Comerciante             | Não |

Fontes: - 13ª Diretoria Regional de Saúde –DIRES – Jequié/Ba.

- Centro de Referência em DST/AIDS Drª Mirian Magalhães Sepúlveda - Jequié/Ba.

Os resultados referentes às mulheres entrevistadas evidenciaram que a idade dos sujeitos variou de 22 a 77 anos, sendo a faixa etária mais freqüente entre 22 e 29 anos (52,0%), o que demonstra a ocorrência da infecção entre mulheres jovens que se encontram em fase reprodutiva e sexualmente ativas. Neste contexto, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida implica em elevação da incidência de transmissão vertical. Há que se considerar, ainda, que a mortalidade em mulheres jovens por aids resulta em maior quantidade de crianças órfãs.

Estudo realizado por Ortigão (1995) já alertava para o fato de que o impacto da transmissão vertical não recai somente entre as crianças infectadas, pois os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos decorrentes da doença dos pais afetam diretamente a qualidade de vida da criança, independentemente da sua condição sorológica. Para esta autora, à medida que as mulheres infectadas evoluem para doença clínica ou óbito, aumentará o número de “órfãos da aids”.

No que respeita à religião, se declararam adeptas do catolicismo 48,0% das mulheres, enquanto 36,0% eram de religião evangélica. Quando se questionou há quanto tempo elas haviam se tornado adeptas à religião, obteve-se das evangélicas que a maioria havia se vinculado à religião após conhecimento da soropositividade à infecção pelo HIV/aids. Nota-se uma forte crença de que a aproximação com Deus e o abandono da “vida mundana” poderá trazer a cura. O discurso abaixo extraído de um trecho das entrevistas ilustra o fato:

*Sei que vou ficar curada dessa doença. Deus opera milagres... eu sigo os mandamentos e deixei a vida lá de fora ... hoje eu sou outra pessoa... (Circe, 47 anos, negra, evangélica).*

Sabe-se que também a igreja católica reforça essa crença de que a reconciliação consigo mesmo e com os preceitos da igreja seria uma forma de aplacar a ira de Deus.

Observa-se que as pessoas que possuem uma crença religiosa definida, em momentos de dificuldade, têm mais força para enfrentar os problemas, o que em outras circunstâncias seria mais difícil. Para Durkeim (1978), o fiel, ao se comunicar com Deus, passa a ser uma pessoa que pode mais, já que vê novas verdades que o descrente ignora. Assim, o portador de aids que possua uma crença religiosa certamente encontrará na religiosidade auxílio para superar as angústias impostas pela doença.

No que se refere à raça/cor autodeclarada, a maioria dos sujeitos (80,0%) foi composta por negras (pardas e pretas), já que se utilizou como referência a legenda do IBGE em que trás cinco categorias: branco, pardo, preto, amarelo e indígena.

Uma das vertentes que caracteriza o perfil da infecção pelo HIV/aids, tanto nas grandes metrópoles quanto nas cidades interioranas, é o enegrecimento da epidemia. O fato associa-se ao racismo e às desigualdades sociais que incidem sobre os afros-descendentes, já que os mesmos constituem fator gerador e/ou de agravamento de doenças (WERNECK, 2001). As mulheres negras, portadoras de aids, estão mais predispostas à re-infecção e adoecimento devido à baixa escolaridade, condições desfavoráveis de moradia e de habitação (DIAS, 2003).

Em relação à renda familiar, 76,0% das pesquisadas declararam receber, no máximo, um salário-mínimo, o que aponta para uma outra tendência da infecção pelo HIV/aids: o processo de pauperização.

Parker e Camargo Jr. (2000), analisando a evolução disseminação da epidemia da aids no Brasil, associam as implicações das desigualdades socioeconômicas como um dos fatores determinantes dessa problemática, ao tempo em que consideram o processo de pauperização, feminização e interiorização da epidemia como realidade inegável.

Das entrevistadas, 48,0% são casadas ou possuem união estável, e 40,0% são solteiras. As estatísticas, em todo o mundo, têm expressado o aumento de números de casos da infecção pelo HIV/aids entre mulheres casadas ou com parceria fixa, o que não foi diferente para a população estudada para a qual a situação conjugal também representou risco para as mulheres contrair o agravo.

Corroborando com o achado, estudo realizado por Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), no município de São Paulo, com 73 mulheres soropositivas à infecção pelo HIV/aids, também obteve-se que a maioria das participantes do estudo era casada ou possui união estável. Isto vem se constituindo em vulnerabilidade para as mulheres, pois várias pesquisas têm evidenciado que as mulheres que possuem união estável ou poucos parceiros sexuais usam o preservativo com menor frequência, pois não se consideram em situação de risco (JORNAL SAÚDE, 2006).

Quanto à profissão, no período da coleta dos dados, se verificou que 56,0% exerciam atividades dentro do lar, o que implica em não remuneração e pouca valorização social aos serviços domésticos que são realizados pelas mulheres.

Essa situação, que caracteriza a dependência econômica que permeia o cotidiano dessas mulheres, aumenta a vulnerabilidade feminina não somente para aquisição de IST, como também eleva as possibilidades de morbi-mortalidade, já que a pobreza dificulta o acesso aos serviços de saúde qualificados.

No que diz respeito ao grau de escolaridade identificou-se que 76,0% cursaram apenas o ensino fundamental (1º grau incompleto). Somente 16,0% referiram terem concluído o 2º grau.

O baixo grau de escolaridade tem sido uma das variáveis que caracteriza o perfil das pessoas que convivem com o HIV/aids, já que o mesmo constitui um dos indicadores indiretos da situação socioeconômica. Essa dependência econômica se reflete nas relações de poder entre homens e mulheres, dificultando a negociação quanto ao uso do preservativo e práticas sexuais que minimizem os riscos de exposição às IST. Pouca escolaridade implica em dificuldade de acesso às informações claras e objetivas, bem como a compreensão dessas informações, caso sejam recebidas.

Para Zampiere (2004), a relação entre a recepção das informações sobre prevenção e a capacidade de promover a autoproteção contra IST só será efetiva se ocorrer uma inter-relação entre a informação adequada recepcionada e a autopercepção do risco.

Diversos estudos demonstram que nos últimos anos tem havido aumento na notificação de casos da infecção pelo HIV/aids entre pessoas com pouca escolaridade. Existe uma forte influência entre uso do preservativo e escolaridade, pois o percentual das pessoas que afirmam utilizar essa medida preventiva é maior entre aquelas que possuem boa escolaridade (DINIZ, 2001; TOMAZELLI; CZERESNIA; BARCELLOS, 2003; GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

Em relação ao uso de drogas injetáveis, apenas uma das informantes revelou já ter feito uso de tal substância, evidenciando que essa via de transmissão, através do uso de seringas/agulhas contaminadas, não representou vulnerabilidade individual relacionada à infecção pelo HIV/aids frente à população pesquisada. Neste estudo não foi buscado se as mulheres possuem parceiros UDI, o que implicaria em aumento da vulnerabilidade ao agravo, dado a exposição através do relacionamento sexual. Estudo realizado por Lima (2003), na cidade de Salvador-Ba, também encontrou resultados semelhantes.

No entanto, a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, em nosso país, merece destaque dado que o Brasil é um dos países utilizados na rota do narcotráfico e, conseqüentemente, apresenta um alto consumo de substâncias psicoativas. Os dados epidemiológicos mostram que, no período transcorrido entre os anos 1980 e 2006, os usuários de drogas injetáveis representaram a segunda categoria de exposição ao HIV/aids (BRASIL, 2006).

O uso de drogas ilícitas influencia na transmissão do HIV, de duas maneiras: diretamente, pelo compartilhamento de seringas contaminadas e, indiretamente, pela não

utilização de preservativos. Estudo realizado por Dark e Dnoghoe, citado por Santos (2003) traz que 80 a 90% das pessoas usuárias de drogas injetáveis utilizam pouco o preservativo, apesar de possuírem vida sexual ativa.

Em relação ao sexo feminino, nos últimos anos houve entre esse grupo um pequeno mas expressivo aumento na transmissão do HIV/aids, através do uso de drogas. A parceria com usuários de substância psicoativas, constitui um dos fatores que eleva a vulnerabilidade feminina, porque aumenta as possibilidades de transmissão sexual do vírus (FRANCO; FIGUEIREDO, 2004). Em estudo realizado por Santos (2003) as informantes, parceiras de usuários de drogas, relataram que apesar de conhecer a condição de dependência dos parceiros sexuais às drogas injetáveis, optavam por manter o relacionamento por amor.

Diferentemente do homem, para a mulher, o relacionamento sexual para ser totalmente satisfatório deve estar fundamentado em relação amorosa. Assim, a presença desse sentimento possui tamanha significância, capaz de expô-la a duplas situações de risco, como é o caso da parceria com usuários de substâncias psicoativas, já que além da possibilidade de contrair IST, através das relações sexuais, a convivência com pessoas dependentes aumenta o risco de própria mulher passar a fazer uso de tais substâncias.

#### 4.2 ANÁLISES DAS REPRESENTAÇÕES DAS MULHERES SOROPOSITIVAS SEGUNDO O TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

A identificação do TALP permitiu apreender as Representações Sociais que foram compartilhadas pelo grupo de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/aids acerca da temática, por colocar em evidência as palavras que foram agrupadas de acordo com o universo semântico.

Visando à Análise Fatorial de Correspondência – AFC –, utilizou-se o programa Tri-Deux-Mots por se considerar suas contribuições na análise das Representações Sociais que emergiram do TALP. Esse modo de análise permite destacar as variáveis fixas e as de opinião que foram utilizadas à medida que surgiram as oposições reveladas no gráfico em seu plano fatorial (FONSECA; COUTINHO, 2005).

Neste estudo, considerou-se a frequência igual ou superior a 4 (quatro) para cada estímulo indutor evocado.

A análise dos dados obtidos através da AFC constantes no gráfico (Figura 1) evidenciou as representações que foram distribuídas sobre os eixos F1 (representado no eixo

negativo pelas mulheres soropositivas católicas, e no eixo positivo pelas mulheres soropositivas evangélicas). Na F2 temos representado no eixo negativo as mulheres soropositivas brancas, e no eixo positivo as mulheres soropositivas negras.

Foram utilizadas três variáveis fixas: raça/cor, religião e faixa etária. No entanto, a variável faixa etária (20 a 49 anos e 50 ou mais) não apresentou significância em relação às representações sociais deste grupo de pertença diante da temática abordada. Estudo realizado por Silva (2006), na cidade de Salvador-BA, com a população de 50 a 59 anos de idade também não evidenciou oposições significantes em relação à variável idade. Assim, foram identificadas oposições entre as variáveis raça/cor e religião.

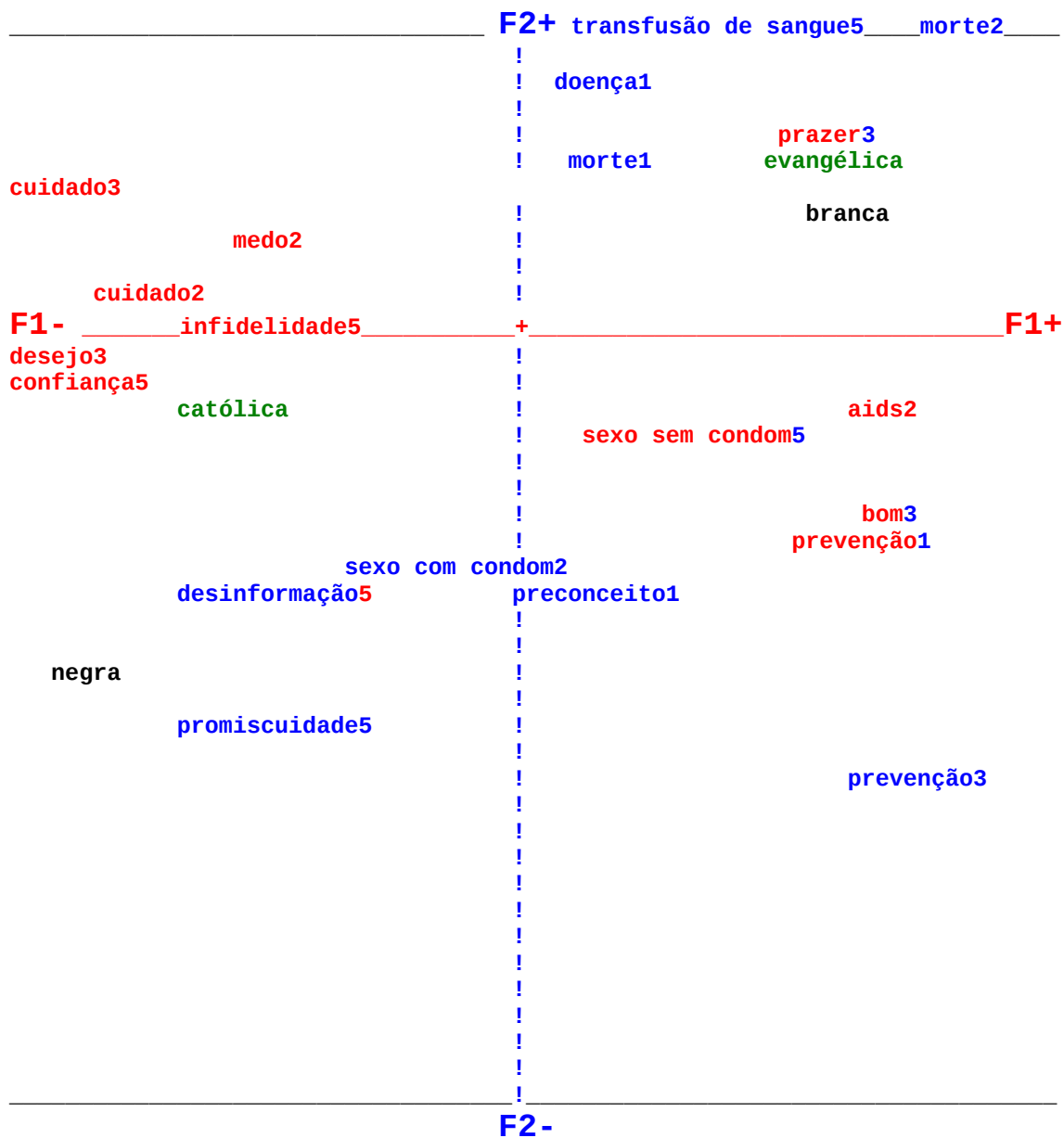
A construção gráfica resultou das respostas dos sujeitos frente aos estímulos indutores demonstrados no Quadro V apresentado abaixo.

**Quadro V – CLASSIFICAÇÃO ORDINÁRIA DOS ESTÍMULOS INDUTORES**

| <b>ESTÍMULO INDUTOR</b>                                                      | <b>NÚMERO DO ESTÍMULO</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra AIDS              | 01                        |
| Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra HIV               | 02                        |
| Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo SEXO                        | 03                        |
| Cite 5 palavras que vem a sua cabeça quando digo SEXUALIDADE                 | 04                        |
| Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS | 05                        |

A representação gráfica dos planos fatoriais 1 e 2 (F1 e F2) evidencia as Representações Sociais que possuem os sujeitos participantes do estudo, quanto às situações de vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids, as quais podem ser visualizadas através da Figura 1.

**Figura 1: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS PLANOS FATORIAIS 1 E 2**



| LEGENDA                                                        |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>F1 (eixo negativo) = mulheres soropositivas católicas</b>   |
| <b>F1 (eixo positivo) = mulheres soropositivas evangélicas</b> |
| <b>F2 (eixo negativo) = mulheres soropositivas negras</b>      |
| <b>F2 (eixo positivo) = mulheres soropositivas brancas</b>     |

Desta forma, diante das respostas evocadas, a partir dos estímulos indutores evidenciados pelas mulheres soropositivas à infecção pelo HIV/aids, apreendeu-se as seguintes palavras: **prevenção, doença, morte e preconceito** (aids); **medo, cuidado, aids, morte, sexo com condom** (HIV); **prazer, cuidado, desejo, bom e prevenção** (sexo); **confiança, infidelidade, sexo sem condom, transfusão de sangue, desinformação e promiscuidade** (vulnerabilidade feminina ao HIV/aids).

No gráfico verificou-se que o Fator 1 (F1), em seu eixo negativo (F1-), cor vermelha, polariza as palavras evocadas por mulheres soropositivas católicas; sendo no eixo positivo (F1+) as evocações das mulheres soropositivas evangélicas. Em relação ao Fator 1 (F1) em seu eixo negativo (F1-), na cor azul, tem-se as palavras evocadas pelas mulheres soropositivas brancas e, no eixo positivo (F1+) as polarizações das mulheres negras.

Assim, as palavras que se encontram no eixo das abscissas se referem à variável fixa religião sendo, em sua parte superior, apresentadas as representações sociais das mulheres evangélicas, assim representadas: **doença e morte** (aids); **medo, cuidado e morte** (HIV); **prazer e cuidado** (sexo); **infidelidade e transfusão de sangue** (vulnerabilidade feminina ao HIV/aids). Nesse mesmo eixo, em sua parte inferior, tem-se as representações das informantes católicas, cujas palavras evocadas nos campos semânticos foram: **prevenção e preconceito** (aids); **aids e sexo com condom** (HIV); **desejo, prevenção e bom** (sexo); **confiança, sexo sem condom, desinformação e promiscuidade** (vulnerabilidade feminina ao HIV/aids).

As palavras que se encontram no eixo das ordenadas representam a variável fixa raça/cor, estando ao lado direito apresentadas as Representações Sociais das mulheres negras, elucidadas através de: **medo, cuidado e sexo com condom** (HIV); **desejo** (sexo); **confiança, infidelidade, desinformação e promiscuidade** (vulnerabilidade feminina ao HIV/aids). Para o estímulo aids não houve representações significativas por parte das mulheres negras. Neste eixo, ao lado esquerdo, temos as representações das mulheres brancas, cujas evocações foram: **prevenção, doença, morte e preconceito** (aids); **aids e morte** (HIV); **prazer, cuidado, bom e prevenção** (sexo); **sexo com condom e transfusão de sangue** (vulnerabilidade feminina ao HIV/aids).

Chama atenção o fato de que, para o estímulo indutor sexualidade não terem ocorrido evocações com frequência significativa de palavras relacionadas a este estímulo, o que implicou em seu ocultamento no gráfico. Quando se aplicou o TALP às mulheres, solicitando que dissessem cinco palavras que lhes viessem à mente ao ouvir a palavra sexualidade (estímulo indutor), as informantes, em sua maioria, questionaram o que era sexualidade – “não é o mesmo que sexo”? Percebeu-se que para a maioria das mulheres o tema causou

hesitação e dificuldade para articular respostas. Diante das reações apresentadas pelas entrevistadas, ficou claro que algumas tinham constrangimento em falar sobre a temática, enquanto outras demonstraram desconhecer seu significado.

Estudo realizado por Pereira (2001) sobre sexualidade feminina e infecção pelo HIV obteve os mesmos resultados sobre a temática abordada. Assim, esses resultados explicitam a relevância de uma melhor compreensão quanto ao ocultamento das representações evocadas sobre a sexualidade.

Problematizar essa situação requer considerações acerca da chamada “zona muda” das representações sociais, já que esta “faz parte da consciência dos indivíduos, ela é conhecida por eles, contudo ela não pode ser expressada, porque o indivíduo ou o grupo não quer expressá-la publicamente ou explicitamente” (ABRIC, 2005, p. 23). O autor considera que nem sempre as pessoas que participam de um estudo dizem realmente o que pensam, ao serem interrogadas, sendo que, desta forma, a zona muda não representa o lado inconsciente de uma dada representação, mas, o seu lado oculto.

Corroborando com a temática, Menin (2006) refere que a zona muda caracteriza as representações escondidas ou mascaradas em função da inadequação percebida pelo grupo dos sujeitos que participam do estudo, tendo em vista as normas sociais que não são aceitas pela sociedade.

Neste contexto, considerando-se as representações sociais de mulheres católicas e evangélicas que foram evocadas nos outros estímulos, acredita-se ser relevante trazer à discussão a sexualidade no campo religioso, por se reconhecer a forte influência que as doutrinas religiosas exercem sobre o comportamento das pessoas, principalmente em relação às questões de ordem sexual e reprodutiva, e que esta concepção religiosa possa ser um dos determinantes das representações sociais não expressáveis (zona muda).

Concorda-se com Silva (2006) quando diz que as religiões regem e determinam estrutura para o sistema de crenças, valores, condutas e comportamentos que, ao serem ancorados e objetivados, podem influenciar nas representações sociais para a aids. Segundo os conceitos bíblicos, o sexo se vincula à procriação, sendo o gerar filhos uma responsabilidade dos seres humanos para com Deus – “Sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra e sujeitai-a” (Gêneses 1: 28).

*Eu acho que todas as pessoas têm o mesmo risco de contaminação... Porque somos todos de uma mesma raça, afinal, partimos de Adão e Eva (Ceres, 26 anos, negra, evangélica).*

A história da sexualidade humana está intimamente relacionada com a história da igreja, que sempre procurou exercer seu controle, determinando o que poderia ou não ser praticado, através do conceito de culpa e pecado.

No catecismo da igreja católica tem-se que as pessoas devem sempre agir de acordo com a sua consciência, sendo o comportamento o elo para com Deus. As religiões utilizam o texto sagrado como verdade única, aplicada a todas as pessoas ao longo dos séculos, sendo forte sua influência na vida das pessoas.

As sociedades em várias partes do mundo são fortemente afetadas por preconceitos relacionados ao exercício da sexualidade humana. Assim, a consideração do tema sexualidade como tabu dificulta que haja discussões sobre o assunto.

Atualmente, em nossa sociedade é diferente porque alguns tabus e preconceitos foram superados. A introdução do tema na literatura, no cinema e na televisão, assim como as ações do movimento feminista, contribuíram para a modificação na mentalidade das pessoas acerca da sexualidade.

A sexualidade se constitui uma função vital na manutenção da espécie humana, ao tempo em que interfere e repercute diretamente sobre os aspectos psicológicos, emocionais, sociais e espirituais dos indivíduos. Ao longo da história da sexualidade a criação de falsas imagens acabava por contribuir para a existência de mitos e tabus, os quais afetavam as relações afetivas e qualquer estímulo sexual passava a ser sinônimo de pecado.

Os códigos sobre a moral e a conduta das mulheres consideradas “de família” eram rígidos, ao tempo em que determinavam submissão aos seus parceiros (CARVALHO, 2006). No entanto, sabe-se que esses conceitos acerca da temática sofreram mudanças ao longo do tempo, já que cada sociedade passou a perceber e aceitar a sexualidade de forma diferente.

A epidemia da infecção pelo HIV/aids colocou em pauta o pluralismo do desejo, a constituição de uma outra norma sexual que redireciona o destino da sexualidade na pós-modernidade. Neste contexto, emergiram as questões relacionadas à identidade de gênero, especificidades que determinam o ser masculino e ser feminino, nova forma de se entender como acontecem as perversões sexuais, a homossexualidade, dentre outros.

O surgimento dessa percepção acontece em interação com a cultura contemporânea, já que requer diferentes formas de dialogar, que irão entrar em contraste com as hegemonias que se apresentavam fechadas em outras épocas (CARIDADE, 1999).

Há de se considerar que, desde os anos 80 do século passado, a compreensão da disseminação da infecção pelo HIV/aids, a qual está relacionada principalmente com as

práticas sexuais, já vinculava a necessidade de se aprofundar discussões no campo da sexualidade, conforme evidencia Parker (1994).

Concorda-se com este autor por se entender que o conhecimento adequado da sexualidade representa uma questão de vida ou morte. Neste aspecto é preocupante a omissão da Igreja em não querer abordar o tema de forma esclarecedora.

Corroborando com esse pensamento foram construídas categorias e subcategorias, as quais surgiram em decorrência da pré-análise das falas das informantes durante realização das entrevistas semi-estruturadas.

### 4.3 ABORDAGEM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS APREENDIDAS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

Neste capítulo, apresentaremos, segundo categorias e subcategorias, as análises e discussões das representações sociais que foram evocadas por mulheres interioranas sobre a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids, extraídas de seus discursos, através das entrevistas, bem como do TALP, através da AFC.

#### 4.3.1 Aids: ... prevenção ... doença ... preconceito e morte

A análise do estímulo 1 (aids) trouxe como representações sociais das mulheres interioranas católicas brancas um dos efeitos sociais da doença, “**preconceito**”, e o comportamento cuidadoso “**prevenção**”, enquanto que as mulheres evangélicas brancas as representações se deram na esfera biológica do agravo “**doença**” e “**morte**”.

O surgimento da aids trouxe à tona o medo da doença incurável, debilitante e da morte, fato que em outras circunstâncias não levaria as pessoas a pensarem nessas possibilidades. Para muitas pessoas, a aids é sinônimo de “morte programada”, como evidenciam alguns autores. Essas representações certamente surgiram a partir das amplas divulgações feitas pela comunidade científica e a mídia em geral, no início da epidemia, que apresentavam à sociedade uma doença de caráter letal, cujos portadores se caracterizavam por avançado estado de debilidade física.

Entretanto, nos dias atuais, sabe-se que a mortalidade por aids diminuiu significativamente, porque as pessoas que vivem com aids contam com recursos diagnósticos

e terapêuticos eficientes e disponibilizados gratuitamente pelo Governo, que lhes permite tanto a melhoria da qualidade quanto da expectativa de vida.

A noção de que a aids evolui para doença e morte, conhecimento ancorado pelas mulheres que participaram desta pesquisa, também já foi evidenciado em outros estudos, a exemplo de Castanha, Coutinho e Saldanha (2005).

*Eu descobri agora (outubro/2006) que estou com essa doença. Desde o mês de julho/2006 que comecei a apresentar diarreia e perda de peso... Sei que essa doença não tem cura, tenho medo de morrer... (Panacéia, 40 anos, branca, evangélica).*

*Antes eu era forte, bonitona, fazia tudo. Agora, depois que adoeci não agüento fazer quase nada... Até para andar eu tenho dificuldade, porque as pernas não ajudam (portadora de neuropatia periférica). Só tenho medo de morrer e não poder criar meu filho (Nikê, 45 anos, negra, evangélica).*

É certo que em nossa sociedade ocidental as pessoas encontram dificuldade em aceitar a morte como um acontecimento natural do ciclo da vida. Aires (1977) relata que antigamente a morte era tida como acontecimento familiar e que as pessoas se comportavam de forma receptiva a sua idéia. Somente a morte inesperada era temida porque não dava condições para que as pessoas se preparassem para o acontecimento.

Em nossa cultura ocidental, a morte constitui fato traumático por interromper a vida. Dessa forma, a percepção da morte como um tabu tende a fazer com que as pessoas fujam dela, porque dificilmente se aceita que as pessoas já cumpriram seu ciclo de vida e que estão no momento de morrer.

Muitos portadores de aids, além do medo do adoecimento e morte, convivem com outros problemas, a exemplo da discriminação, que implicam em distorções no relacionamento no âmbito de sua convivência social. O medo da morte, seja ela biológica ou social, dificulta a aceitação e o enfrentamento da doença.

As representações sociais sobre o **preconceito** em relação à aids, que foram evidenciadas pelas mulheres soropositivas católicas brancas, aparecem em diversos estudos sobre o tema (BASTOS; SZWARWALD, 2000; TUNALA, 2002). A discriminação existente por parte de familiares, amigos e sociedade de modo geral frente às pessoas soropositivas à infecção pelo HIV/aids talvez seja pelo fato de se sentirem ameaçadas pelo risco que, supostamente, essas pessoas representariam.

Discutir questões relacionadas ao preconceito e à discriminação no campo das representações sociais permite apreender de que forma a infecção e/ou a doença afeta o modo de vida e as relações sociais do indivíduo.

Para Moreira e Moriya (1998), os portadores de aids carregam um peso social oneroso porque a doença traz a idéia de castigo, por serem seus portadores pessoas pecadoras e que, portanto, não merecem ser acompanhadas. As autoras enfatizam, ainda, ser comum aos portadores de aids a rejeição e a exclusão social.

No entanto, sabe-se que o preconceito e a discriminação não são exclusivos da aids. Pessoas portadoras de tuberculose, hanseníase e epilepsia, dentre outras doenças, também vivenciam a problemática.

Para Santos Júnior (1998), o preconceito em relação à aids teve início a partir das primeiras tentativas de se explicar a epidemia, que se caracterizou, inicialmente, como peste *gay*, a qual trouxe a noção de grupos de risco, cujo contato com essa população deveria ser evitado.

O preconceito e a discriminação em relação à aids constituem importantes obstáculos à prevenção, controle e adesão ao tratamento do agravo porque muitas pessoas evitam buscar ajuda ou acabam não aderindo corretamente ao tratamento, fatos que repercutem em diagnóstico tardio, com conseqüente aumento da morbi-mortalidade.

No decorrer da coleta dos dados, verificou-se que poucas pessoas freqüentavam o grupo de adesão, cujas reuniões se realizam quinzenalmente. Segundo informações dos profissionais de saúde que atuam na unidade, o motivo da baixa freqüência às reuniões deve-se ao preconceito e à discriminação que permeia o imaginário das pessoas. Para elas, quanto maior o comparecimento à unidade, maior o risco de terem sua condição sorológica revelada à sociedade e, conseqüentemente, passarem a conviver com situações discriminatórias.

A fala de uma das informantes confirma o exposto

*Morar aqui (Jequié) é complicado... As pessoas do interior discriminam muito quem tem aids... Eu venho muito pouco no Posto (Centro de Referência) porque tenho medo que as pessoas descubram que eu tenho aids... Quando a gente entra aqui, todo mundo fica de olho... A discriminação é grande, por isso a gente tem que fazer o possível para ninguém saber. Um dia uma vizinha minha me viu entrando e foi logo perguntando o que eu queria aqui no Posto (Centro de Referência). Eu disse que era cadastrada para pegar camisinha (Gaia, 27 anos, negra, católica).*

Em relação aos direitos das pessoas que vivem com HIV/aids, o Ministério da Saúde relata que o estigma e a discriminação impedem uma resposta eficiente à prevenção e ao controle da epidemia, principalmente entre as populações vulneráveis como: HSH, profissionais do sexo, UDI, presidiários e mulheres.

Para Heller (1989), as várias formas de preconceito não podem ser eliminadas da vida

social; o que se pode eliminar é a discriminação que emerge do preconceito.

Sabe-se que as formas mais comuns de preconceitos são o racial, o social e o sexual. No campo da sexualidade, a associação entre preconceito sexual e aids influencia na maneira como se estabelecem os relacionamentos afetivos interpessoais. Num relacionamento amoroso com pouco diálogo as relações tendem a ser desiguais, implicando em maior risco para a infecção pelo HIV/aids, já que sem diálogo suficiente haverá dificuldade para ser negociado o uso do preservativo nas relações sexuais. Por tudo isto, o pré-natal tem sido espaço de descoberta da infecção pelo HIV/aids em mulheres, como fica evidenciado nas falas abaixo, que foram extraídas das entrevistas:

*Eu descobri que estava contaminada no pré-natal. Eu tinha ficado um ano e meio com o meu ex-parceiro que se recusa a fazer o teste. Hoje eu estou namorando e o meu parceiro atual sabe que eu tenho o vírus, mas me aceita assim mesmo. A gente se dá muito bem... As pessoas que têm aids sofrem muito com o preconceito que vem de toda parte. Esse relacionamento tem me ajudado muito a enfrentar a doença porque é muito bom ter alguém que te aceita mesmo sabendo que você está contaminada (Gaia, 27 anos, negra, católica).*

*Eu pulei a cerca, acho que foi assim que peguei aids. Descobri na gravidez que eu estava contaminada... No início foi muito difícil... Até meus familiares se afastaram de mim. A gente tem que conviver com a doença e com o preconceito... As pessoas já olham a gente desconfiadas, com medo... Meu parceiro está preso e ainda não fez o exame. Eu ainda não tive coragem de contar para ele, tenho medo que não me queira mais (Deméter, 34, negra, católica).*

Esses discursos evidenciaram que as mulheres têm ancorado a existência do preconceito sexual e social, incorporando, dessa forma, a lógica do medo e da insegurança que permeiam os relacionamentos sexuais ou sociais, o que implica em representações de auto-exclusão como mecanismo de defesa psicológica.

O fato de a aids ser doença transmissível acentua a transferência de culpa, sendo que o homem e a mulher que “pulam a cerca” se sentem responsáveis pela contaminação (PEREIRA, 2001).

Em relação à representação social da aids como “**prevenção**”, observa-se nos discursos que as mulheres, em sua maioria, possuem conhecimento acerca da importância do uso do preservativo como medida preventiva, conforme demonstram as falas a seguir.

*Eu peguei o vírus transando sem camisinha. Depois que ele faleceu eu soube, por alto, que ele também ficava com outros homens e mulheres, mas eu nunca flagrei. (Hecate, 56 anos, negra, católica).*

*Eu sou casada, mas meu marido não é portador do HIV. Eu acho que peguei quando traí meu marido. Tive um caso com um homem que também era casado. Ele disse que confiava em mim e que não precisava usar camisinha. Hoje ele sumiu, não sei por onde anda. (Perséfone, 26 anos, negra, católica).*

*Tem risco de pegar a aids quando a mulher transa sem camisinha ou a camisinha estoura. Eu nunca usei camisinha... Devo ter pegado de algum homem que eu já andei, mas não faço idéia de quem foi. Agora também vai adiantar? Para que eu saber se já estou assim, não é? (Ceres, 26 anos, negra, evangélica).*

Mas, apesar das informantes terem como representações **a prevenção**, nota-se que no cotidiano, os preservativos não são usados. Sabe-se que a não adesão ao uso do condom está associada a vários fatores, a exemplo o da concepção de que o preservativo diminui o prazer sexual.

O incentivo ao uso do preservativo é bem divulgado pela mídia, entretanto os resultados evidenciaram que poucas mulheres o usam em todas as relações sexuais. Obteve-se nas falas que algumas mulheres fazem uso do condom como método contraceptivo e não com o objetivo de evitar IST, conforme podemos verificar em trecho extraído da entrevista:

*[...] os homens dizem que a camisinha tira o prazer. As mulheres pedem para o homem usar camisinha, mas pelo motivo de evitar a gravidez, não é pelo medo de contrair o vírus (Gaia, 27 anos, negra, católica).*

Analisando-se esse depoimento, pode-se compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em negociar o uso dos preservativos. Deve-se considerar entre outros fatores, as relações de gênero que implicam em subordinação das mulheres junto ao sexo masculino, o que resulta na impossibilidade de negociar práticas sexuais e o uso do preservativo, principalmente quando a relação se torna estável. Estes achados coincidem com os do estudo realizado por Pereira (2001) com mulheres, no qual foi identificado que todas elas haviam se infectado através de relações desprotegidas.

Sendo assim, conjecturar a respeito destes achados nos leva à análise do processo de feminização da infecção pelo HIV/aids, que, por muito tempo, foi escamoteado pela representação da aids como uma doença distante das mulheres, ou seja, como uma “doença do outro”, que era homem, principalmente, aqueles que faziam sexo com outros homens, profissionais do sexo ou usuários(as) de drogas, representação esta que ainda hoje pode ser encontrada (SILVA, 2006; PAIVA, 2000).

Neste sentido, reconhece-se que o conhecimento sobre a prevenção e o medo de contrair a aids não são suficientes para mudar o comportamento sexual das mulheres, no que

se refere à adesão ao uso do preservativo feminino ou à negociação com o companheiro para o uso do condom.

Entre as informantes somente uma relacionou a importância da dupla função do preservativo (evitar IST e gravidez), apesar de não aderir a essa proposta. Para este grupo a parceria fixa é citada como medida eficaz de proteção, conforme falas expressas abaixo:

*Relação sexual com vários parceiros aumenta o risco, pois quanto mais parceiros, maior será a possibilidade de encontrar alguém contaminado (Íris, 28 anos, branca, evangélica).*

*Eu acho que a aids está em todo lugar, então o risco de se contaminar está no comportamento. Eu peguei o vírus do meu parceiro atual, mas só descobri na gravidez. Acho que meu marido pegou de uma ex-parceira que morreu com aids. Eu nunca usei camisinha porque achava que não precisava. Hoje me arrependo (Cibele, 27 anos, negra, católica).*

Vários estudos demonstram que, apesar de haver conhecimento da população em relação à transmissão da aids, um grande número de pessoas não utiliza o preservativo na prevenção da infecção. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde sobre DST/aids evidenciou que 76% das pessoas sexualmente ativas que participaram da pesquisa não utilizavam preservativos (BRASIL, 2000).

É do conhecimento de todos que a Igreja Católica se opõe radicalmente ao uso dos preservativos, tanto como método contraceptivo, quanto na prevenção das IST, ao tempo em que recomenda a fidelidade conjugal e/ou abstinência sexual como medidas eficazes.

Artigo intitulado “Aids, a camisinha e a Igreja”, divulgado pelo O Globo, em 09/12/03, relatou que o Programa Nacional de AIDs do Ministério da Saúde condenou a postura da Igreja Católica em se colocar contra o uso do preservativo, enfatizando que com esse posicionamento a Igreja pode estar cometendo mais um crime contra a humanidade. No entanto, a Igreja Católica apesar das várias críticas e pressões que tem sofrido para liberar o uso do preservativo mantém-se contrária a essa prática.

Neste contexto, há de se considerar que 40% das pessoas que se declaram católicas não são praticantes, já que comparecem esporadicamente aos ritos cerimoniais (IBGE, 2003). Essa maior flexibilidade nas relações entre a doutrina da igreja e seus adeptos pode implicar em não aceitação dos ensinamentos morais da igreja em relação ao exercício da sexualidade, dentre outras questões. Desta forma, seus adeptos se permitem a vários tipos de práticas que sob o olhar da Igreja se caracterizam como transgressões (SANTOS, 2005; KISSLING, 1998).

Por outro lado, as várias correntes das Igrejas Protestantes desvinculam ato e prazer sexual da procriação. O protestantismo aceita o uso de métodos contraceptivos não abortivos e o uso do condom na prevenção das IST, sendo, no entanto, a abstinência sexual e a fidelidade conjugal eleitas como medidas prioritárias.

Com muita pertinência, Zampieri (2004) chama atenção que, em relação à vulnerabilidade feminina, ao se discutir prevenção da infecção pelo HIV/aids se faz necessário considerar as situações que interferem no comportamento individual, mas também nos elementos econômicos, culturais, políticos, bem como na oferta de serviços que despertem nas pessoas a autoproteção.

#### 4.3.2 HIV: aids ... medo ... morte ... cuidado ... sexo com condom

Em relação ao estímulo 2 (HIV), as palavras evocadas pelos sujeitos do estudo foram: **medo** e **cuidado** (mulheres soropositivas evangélicas negras); **aids** (mulheres soropositivas católicas brancas); **morte** (mulheres soropositivas brancas evangélicas) e **sexo com condom** (mulheres soropositivas católicas negras).

Nota-se que há oposição nas representações sociais em mulheres evangélicas e católicas, já que para as evangélicas as representações de medo, cuidado e morte traduzem o direcionamento que a doutrina cristã dá às questões referentes à prática sexual, as quais implicam em associação entre sentimento de angústia, receios e proibições.

O sentimento de medo, que pôde ser observado na maioria das informantes, se relaciona à existência do temor de que possa desenvolver doenças em consequência da ação do vírus, sendo a morte uma consequência esperada.

As instituições religiosas têm dado ênfase ao fato de que a aids constitui castigo divino, devido às práticas sexuais desviantes, anteriormente reprimidas e hoje toleradas, porém, não aceitas (PERLONGER, 1987).

O sentimento de medo também se dá devido à preocupação com a confidencialidade e o receio de ficar totalmente dependente de outras pessoas, já que as doenças oportunistas podem resultar em incapacidade física ou mental. Há de se considerar que o medo, apesar de ser uma emoção negativa freqüente no cotidiano das pessoas, se altera a depender de vários fatores, a exemplo da cultura, classe social, idade, questões de gênero e de raça/cor (ROAZZI; FEDERICCI; CARVALHO, 2002).

Entre esses fatores que interferem na forma e intensidade que caracterizam os sentimentos que permeiam o cotidiano das pessoas que convivem com o HIV/aids, entende-se

que o medo (representação social das mulheres negras) está associado a outros vários fatores, além da percepção de prognóstico sombrio em relação à aids que existe no imaginário da população. O(A) portador(a) desse agravo, além do temor de desenvolver doenças incapacitantes, que podem evoluir para a morte biológica, também convive com as chamadas mortes sociais, representadas pela discriminação, preconceito e isolamento do convívio familiar e/ou social, resultantes do forte estigma que ainda persiste na maioria das sociedades.

Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004) referem que existe uma “epidemia do medo” que ocasiona discriminação frente às pessoas portadoras da infecção pelo HIV/aids pertencentes aos chamados “grupos de risco”. Estudo realizado pelas autoras identificou que o forte estigma que acompanha a doença representa um dos obstáculos ao tratamento dos doentes. No estudo foi evidenciado ainda que os profissionais de saúde têm medo de se contaminar ao cuidarem de pessoas soropositivas ao HIV.

Em relação às pessoas da cor negra percebe-se que terão sua cidadania duplamente afetada, à medida que são vítimas desse estigma social frente à infecção e das desvantagens socioeconômicas e culturais, que, associadas à discriminação racial a que estão expostos os afro-descendentes, intensificam, sobremaneira, a qualidade de vida dessa população. Dentre os aspectos negativos que decorrem dessa condição, o sentimento de medo talvez represente um dos pontos mais críticos para o enfrentamento da doença, já que medidas de intervenção efetivas devem considerar as necessidades que caracterizam cada grupo frente à epidemia.

O **cuidado** foi outra representação social apreendida para o estímulo HIV, como ressaltam os discursos abaixo, que foram extraídos das entrevistas:

*Acho que as pessoas que moram no interior têm mais riscos de pegar aids. Muitas pessoas trabalham na roça e não se cuidam muito, não usam preservativo, essas coisas... (Minerva, 34 anos, negra, católica).*

*Para mim o que aumenta o risco de pegar aids é a mulher não se prevenir, porque estando despreparada é fatal. As mulheres não se cuidam, não usam preservativos, têm relações sem camisinha (Deméter, 34 anos, negra, católica).*

O cuidar de si é ancorado por um movimento de prevenção, o qual é referido pelas mulheres a partir da utilização do preservativo. Sabe-se que o uso do preservativo é uma forma de “se cuidar” já que reduz substancialmente o risco de transmissão do HIV e outras IST. Entretanto, há de se considerar que a eficiência no uso do preservativo depende do grau de informação sobre ele, da técnica de utilização, do risco de ruptura e da qualidade do artigo (permeabilidade da barreira às partículas virais).

Para Ferreira (1999), de forma reflexiva, cuidar-se significa ter cuidado consigo mesmo, com sua aparência ou sua saúde. Desta forma, Lisboa (2003) enfoca ser fundamental que as mulheres possuam percepção dos riscos, o que aumentará a possibilidade de mudança de comportamento, sendo que esta mudança deve ser em direção ao autocuidado. Para a autora, o cuidar de si constitui objetivo a ser alcançado na prevenção da infecção pelo HIV.

Nesta perspectiva, concorda-se com Foucault (1998) quando diz que a discussão sobre o cuidar de si, de forma subjetiva, traz a dimensão da problemática da questão central do seu pensamento, ou seja, como nos tornamos o que somos. O autor considera ainda que, além das relações de poder e saber, existe uma relação de força consigo que se traduz no modo de ser e viver, sendo que esta subjetivação produz estilos de vida.

No que respeita à infecção pelo HIV/aids, faz-se necessário discutir as contribuições das informações acessíveis à população por se reconhecer sua importância na prevenção e no controle da epidemia. Sabe-se que ela atinge todas as classes sociais, porém com variações de intensidade, pois a capacidade de disseminação do vírus depende de vários fatores a exemplo da escolaridade, condição sócio-econômica, objetividade e clareza das informações disponibilizadas e aspectos culturais, dentre outros. Assim, entende-se que uma das estratégias para o enfrentamento do agravo esteja na garantia de acesso a informações adequadas que possam ser não somente recepcionadas pela população exposta ao risco, mas, fundamentalmente, com capacidade de serem compreendidas e capazes de promover mudanças que proporcionem novos estilos de vida, como por exemplo, a vivência de práticas sexuais protegidas.

Estudos e pesquisas de opinião têm evidenciado que a população brasileira possui, num grau razoável, informação sobre aids, mas, que, no entanto, existe uma lacuna entre o nível de informação sobre o agravo e a capacidade de efetivação, na prática, das medidas de proteção efetivas (MARTIN, 2000). Essa afirmativa se fundamenta no fato de que as mulheres, apesar de terem conhecimento sobre os riscos da infecção pelo HIV/aids que estão expostas, não estão aderindo às mudanças comportamentais que possam minimizar a vulnerabilidade individual (CARVALHO et al., 2006). Desta forma, cabe a reflexão sobre se as mulheres estudadas tivessem obtido informações sobre a importância do uso do preservativo, antes da infecção pelo HIV, teriam de fato aderido ao uso do preservativo ou se a valorização dessa informação só deu-se após o conhecimento de sua soropositividade ao HIV.

As mulheres soropositivas católicas negras representaram o HIV (estímulo 2) através da evocação da expressão **sexo com condom**. A evocação dessa representação, considerando

a posição contrária da Igreja Católica quanto ao uso do preservativo, se dá, possivelmente, porque essas mulheres, apesar de se declararem católicas, não seguem as doutrinas oficiais da Igreja Católica em relação aos assuntos que se referem à sexualidade, contracepção, abortamento provocado, homossexualidade e masturbação. Sabe-se que a Igreja tem marcado forte presença em eventos nacionais e internacionais que discutem questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, intervindo na formulação de políticas públicas, o que afeta a vida e o bem-estar de pessoas em todo o mundo, sejam elas católicas ou não (KISSLING, 1998).

Sustentando esse entendimento, Bueno (1997) discorre que questões referentes à sexualidade e práticas sexuais refletem valores e normas éticas, religiosas e culturais.

A percepção das mulheres entrevistadas quanto ao uso do condom é bastante positiva já que a aids constitui atualmente um dos maiores problemas no âmbito da saúde pública no contexto mundial. Sendo assim, considerando o seu grande poder de disseminação, principalmente, através das relações sexuais desprotegidas, acredita-se ser fundamental o conhecimento das pessoas acerca da relevância do uso do preservativo na prevenção e controle do agravo.

Neste sentido, traz-se alguns trechos dos discursos das mulheres, obtidos nas entrevistas e que discorrem sobre o assunto:

*...Transando sem camisinha a mulher pode pegar a aids (Diana, 24 anos, negra, católica).*

*A aids pode ser transmitida quando se faz sexo com pessoas desconhecidas, sem o uso da camisinha e, até mesmo com conhecido, porque o esposo pode ser infiel... Quem não usa camisinha tem maior risco de pegar aids (Vesta, 25 anos, branca, católica).*

*Acho que as mulheres não estão se prevenindo. A gente aceita transar sem camisinha e aí se dá mal, quando descobre já está com a doença. Aí não adianta mais, porque uma vez contaminada já era. (Psique, 31 anos, negra, católica).*

Reconhecidamente, apesar de todos os avanços em relação ao agravo, até o momento frente à incidência à infecção pelo HIV/aids, as notícias não são animadoras. O aumento crescente do número de pessoas que se infectam diariamente constitui alerta quanto à necessidade emergente de que a população seja sensibilizada para a importância das medidas preventivas, sendo que só serão possíveis através de mudanças no comportamento sexual.

Estudos têm demonstrado que as mulheres brasileiras estão mais preocupadas em evitar gravidez do que com a possibilidade de adquirirem IST (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004; OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

O uso do preservativo já não era em grande escala e diminuiu, significativamente, a partir de 1960, com o surgimento da pílula anticoncepcional e, somente após o advento da aids seu uso passou a ser incentivado como medida de alta eficácia na prevenção desse agravo. No entanto, a adesão ao uso do preservativo depende dos valores culturais, religiosos, nível de informação e questões de gênero, dentre outros fatores.

Assim, reitera-se o que diz Paiva (2000) quando considera que a aids possui pouco impacto sobre a população feminina, pois sua relevância não tem sido considerada por parte das autoridades sanitárias no intuito de disponibilizar informações e propiciar a formação de grupos de apoio que contribuam para o enfrentamento do agravo entre as mulheres.

#### 4.3.3 Sexo: desejo ... prazer... bom ... cuidado e prevenção

Para o estímulo 3, **sexo**, as representações sociais das informantes, se expressaram através da evocação das palavras: **prazer** (mulheres soropositivas evangélicas brancas); **prazer, cuidado** (mulheres soropositivas evangélicas negras); **desejo, bom** (mulheres soropositivas católicas negras); **bom e prevenção** (mulheres soropositivas católicas brancas). As representações evocadas sobre sexo demonstraram que, para as mulheres que participaram desse estudo, o termo significa relação sexual e não atributo biológico, conforme evidenciam os discursos a seguir.

*Sexo é bom... eu ainda mantenho relação, apesar da minha idade. Meu marido é mais moço do que eu ... ele é muito carinhoso comigo. Mas, a gente precisa ter muito cuidado porque o sexo pode transmitir muitas doenças (Hebe, 77 anos, evangélica, branca).*

*Eu só tenho relação com o meu marido usando camisinha porque ele não tem o vírus... nossa vida sexual é legal. As pessoas dizem que não é bom fazer sexo usando camisinha. Eu acho que o prazer é igual e meu marido também gosta. A gente só lamenta ter que usar a camisinha porque a gente queria ter um filho. É o nosso sonho (Íris, 28 anos, branca, evangélica).*

As evocações que mulheres católicas (brancas e negras) fizeram sobre sexo: **bom, desejo e prevenção** requerem reflexão sobre identidade religiosa e as formas que estas percebem e exercem sua sexualidade.

Rodrigues (2003) relata que existe uma diferença entre o discurso oficial da Igreja Católica, o qual, no decorrer dos séculos, associou o exercício da sexualidade a algo pecaminoso e a forma como essa prática sexual acontece no cotidiano de seus adeptos. Para a autora, a mulher moderna reavalia a tradição religiosa, assumindo valores do catolicismo

como cristianismo, ao tempo em que reinterpreta as questões relacionadas à sexualidade, aproximando-a dos conceitos e valores do mundo moderno.

A sexualidade faz parte da personalidade dos seres humanos e guarda dependência da satisfação das necessidades básicas como o desejo de contato, expressão emocional, prazer, carinho, amor e intimidade, presentes nos relacionamentos e no ato sexual, o que faz com que seus conceitos se misturem e, talvez por isso, as mulheres entrevistadas não tenham evocado palavras que representassem para elas sexualidade.

As evocações das mulheres evangélicas (brancas e negras) foram que o sexo está representado pelo **prazer e cuidado**.

Para estudiosos das questões religiosas, a exemplo de Gomes (2006), o protestantismo se reproduz em religião legalista, tristonha e depressiva, por apresentar paradigma ideal a ser seguido pelos evangélicos, o qual proíbe determinados comportamentos a exemplo de não beber, não fumar, não dançar, bem como qualquer expressão corporal que caracterize a sexualidade, como o erotismo, o chamego e o xodó. O autor relata, ainda, que o exercício da sexualidade através das relações homossexuais, masturbação e adultério são entendidos como manifestações demoníacas.

Neste sentido, concorda-se com o autor supracitado por se reconhecer o prazer sexual como provedor de bem-estar físico, mental e espiritual, embora se reconheça que várias facções religiosas se posicionem contra o auto-erotismo.

Durante as entrevistas, algumas mulheres disseram que se sentiam culpadas pela infecção, por terem mantido relacionamentos com mais de um parceiro, ou até mesmo extraconjugal, comportamentos estes estereotipados, dos pontos de vista social e religioso, conforme evidenciado nas falas a seguir.

*Quando eu era “do mundo” fazia muita coisa errada... eu já curti muito. Era difícil perder uma festa. Hoje eu sei que fui culpada pela minha contaminação, porque só vivia na farra, namorando com um e outro. Agora é diferente, sou outra pessoa... deixei essa vida errada (Ceres, 26 anos, negra, evangélica).*

*[...] eu estou com essa doença, mas sei que vou ficar curada. A minha fé é muito grande... eu era muito danada, mas agora encontrei Cristo. Quando a gente é “do mundo” não pensa o que vai fazer. Eu fui casada e traí meu marido. Hoje me arrependo muito do que fiz. O diabo vive “atizando” as pessoas para fazerem coisas erradas. A gente precisa ter muita fé para não cair em tentação (Hator, 55 anos, negra, evangélica).*

A análise dessas falas chama atenção para a necessidade emergente da desconstrução de discursos culpabilizadores, tanto no aspecto religiosos quanto no social e no político.

Corroborando nesse sentido, Pereira (2001) traz que a vivência da sexualidade para as mulheres soropositivas ao HIV pode representar uma maneira de reconstruir sua atitude anterior à infecção, que ela considera moralmente inadequada.

No entanto, concorda-se com Souza (2004) quando diz que analisar os fenômenos religiosos não é fácil, pois as construções religiosas constituem também construções sócio-culturais, relações de poder, de classe, de gênero e de raça/etnia. Para a autora, as representações sociais acerca da sexualidade não podem ser compreendidas de forma isolada, pois requer um olhar de como se deu a construção social do homem e da mulher.

#### **4.3.4 Vulnerabilidade ao HIV/aids: confiança ... infidelidade ... desinformação ... promiscuidade ... transfusão de sangue e sexo sem condom**

Ao se questionar sobre estímulo 5 (vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids), considerando a baixa escolaridade que caracterizava o grupo, optamos por perguntar: diga cinco palavras que vem a sua mente quando fala-se em vulnerabilidade (risco) das mulheres à infecção pelo HIV/aids. Dentre as representações sociais evocadas pelas mulheres soropositivas, obtivemos as palavras: **confiança**, **infidelidade**, **desinformação** e **promiscuidade** (mulheres soropositivas católicas negras); **transfusão de sangue** (mulheres soropositivas brancas evangélicas); **sexo sem condom** (mulheres soropositivas católicas brancas) e **infidelidade** (mulheres soropositivas evangélicas negras).

A **confiança** no parceiro foi uma das representações sociais da vulnerabilidade das mulheres católicas negras, o que também foi destacado em suas entrevistas, como está evidenciado nos trechos abaixo:

*Acho que há risco na relação sexual, principalmente quando não se usa camisinha. Mas, é difícil mudar isso porque os homens são incompreensíveis, eles não admitem usar camisinha e daí fica difícil para a mulher exigir. A gente confia no parceiro e se dá mal em aceitar tudo que os homens querem (Nikê, 45 anos, negra, evangélica).*

*Algumas mulheres são irresponsáveis porque confiam no parceiro e não se previnem, não usam camisinha. Acho que é assim, que as mulheres se contaminam (Cibele, 27 anos, negra, católica).*

*Tem muita coisa que leva a mulher a ter risco de pegar aids. Uma delas é a confiança no parceiro... (Selene, 29 anos, negra, católica).*

O processo de feminização da infecção pelo HIV se constitui uma realidade mundial. Vários estudos têm demonstrado que, apesar de a maioria das mulheres ter conhecimentos

sobre a importância dos preservativos, elas optam pela não adesão ao seu uso. Buscando entender esse comportamento feminino, chama atenção a relação de confiança que a mulher possui para com o parceiro, isto porque sabe-se que, embora importante no relacionamento, esse sentimento é inversamente proporcional à vulnerabilidade à infecção pelo HIV, pois, por confiar, a mulher não tem a percepção do risco e, não tendo essa percepção, obviamente não buscará meios de se proteger.

Para Westrupp (1997), a mulher não deve confiar totalmente no parceiro sexual, mesmo que a relação seja estável, já que está havendo aumento de casos de contaminação pelo HIV entre mulheres com parceria única, ao passo em que essa incidência tem diminuído entre as profissionais do sexo. Desta forma, o uso do preservativo é fundamental para a prevenção do agravo.

Corroborando com esse entendimento, Barros e Lehfeld (1999) evidenciam que a vulnerabilidade é mínima em situações em que a pessoa não possua atividade sexual ou que exerça práticas de sexo sem penetração, porém essa vulnerabilidade aumenta à medida que há relação sexual penetrativa, mesmo que seja com parceiro fixo.

Estudos realizados por Silva, Paiva e Santiago (2006); Paiva e Amâncio (2004) referem que as pessoas movidas pelo sentimento do amor romântico, paixão e confiança no parceiro têm dificuldade quanto à percepção da vulnerabilidade, e que a percepção do risco só passa a se materializar a partir do conhecimento da soropositividade para o HIV.

Martin (1995), em sua dissertação de mestrado, ao entrevistar 16 mulheres, concluiu que existe uma construção social naturalizada pelas mulheres frente ao sentimento do amor-doação, o qual repercute em entrega absoluta e em confiança. Para a autora, a contaminação das mulheres acontece porque elas exercem a característica que as definem, ou seja, o amor.

Há de se considerar, ainda, que a religião reforça a crença de que o ato sexual constitui experiência emocional para a mulher, devendo ser estimulado pelo amor romântico existente entre o casal: “o teu desejo será para com o teu marido” (Gênesis 3:16). Assim, para os religiosos, a mulher se sente segura quando atua sob a liderança do marido porque “a mulher sente o desejo e a necessidade de depender de um marido a quem possa respeitar, e a liderança desse esposo pode demonstrar de forma concreta seu amor e consideração por ela” (PELT, 1994, p. 125).

No que se refere à **infidelidade**, palavra evocada pelas mulheres soropositivas católicas negras e evangélicas negras com significância na AFC, mas referida também pelas brancas, obteve-se relatos no decorrer das entrevistas conforme os trechos que se seguem:

*Pode-se contrair aids pela relação sexual. Mas, a relação vai depender da pessoa, porque não é toda pessoa que tem o vírus. O meu marido pegou porque tinha mulher na rua (Tykhe, 22 anos, negra, católica).*

*[...] Acho que a mulher tem risco de ter aids porque os homens sempre acabam traindo a mulher (Perséfone, 26 anos, negra, católica).*

*[...] Acho que mulher que anda com mais de um parceiro tem maior risco, quando não usa camisinha ou se souber que o parceiro pula a cerca (Ceres, 26 anos, negra, evangélica).*

*[...] Para o homem o risco de pegar aids é maior porque ele tem mais instinto de traição do que as mulheres (Hera, 40 anos, branca, evangélica).*

*Eu era casada e fiquei viúva. Passei um tempo sozinha, até que conheci meu atual marido. Ele é mais moço do que eu e sempre viajava para outra cidade para vender na feira. Eu sabia que ele pegava mulher na rua, mas sei que isso é coisa de homem. Quando eu adoeci, o médico descobriu que eu tinha aids. Meu marido também tem. Eu fiquei com raiva e queria me separar, mas o médico disse que se eu o deixasse quem iria cuidar de mim quando eu adoecesse? Aí, eu pensei bastante e resolvi ficar com ele. Hoje ele é muito bom para mim, nós vivemos bem. Eu só tive duas pessoas na minha vida e estou com essa doença. Tenho uma cunhada que era “mulher da vida”, teve vários homens e não tem isso. Não sei como pode acontecer comigo, não é de admirar? (Hebe, 77 anos, branca, evangélica)*

Partindo do entendimento de que o exercício da sexualidade é uma construção social, pode-se concluir que as práticas sexuais e os desejos também são construídos de forma diferente a depender da cultura, costumes, diversidade dos povos e concepções de mundo que permeiam o cotidiano de cada sociedade (FIGUEREIDO, 1998).

Guimarães (1996) destaca a passividade e a tolerância do sexo feminino em relação à infidelidade masculina, pois esse comportamento masculino já é, de certa forma, esperado na maioria dos relacionamentos, ao passo que ser fiel é uma condição feminina.

Neste contexto, fica difícil para as mulheres discutir a infidelidade do parceiro, já que essa prática é legitimada pela sociedade e aceita com naturalidade pela maioria das mulheres e esteve presente nos discursos dos sujeitos da pesquisa. Por esta razão, é importante olhar a infidelidade masculina requer uma abordagem sobre as questões de gênero que estabelecem padrões diferenciados de comportamento para mulheres e homens.

Há de se considerar que a cultura machista reforça o caráter impulsivo e de necessidade de sexo para os homens no intuito de provar sua masculinidade e virilidade, fato que contribui para a vulnerabilidade masculina à infecção pelo HIV. Culturalmente espera-se que os homens satisfaçam sexualmente a mulher, que não recuse insinuações de uma parceira e que possa ter ereções imediatas e com bom desempenho (SILVA; PAIVA; CARNEIRO, 2006).

Estudo realizado por Nascimento, Barbosa e Medrado (2005) evidenciou que as mulheres percebem o casamento como barreira, mesmo que parcial, à aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis, ao tempo em que acreditam serem essas doenças próprias das “mulheres da vida”. Dessa forma, as autoras enfatizam que essas mulheres acreditam ser pouco provável sua contaminação, apesar de reconhecer que seus parceiros possam ter contato sexual com essas mulheres.

O aumento do número de casos da infecção HIV/aids entre as mulheres com parceria fixa desnuda a emergência de se discutir os padrões de comportamento que determinam as relações de infidelidade. Pesquisa realizada, no Rio de Janeiro, com mulheres de baixa renda, identificou que a principal estratégia utilizada para a prevenção da infecção pelo HIV e outras IST é a escolha de parceiro único. O uso do preservativo foi citado em segundo lugar (OLTRAMARI, CAMARGO, 2004).

No campo da religiosidade, as doutrinas cristãs recomendam às pessoas a optarem pela castidade ao tempo em que estimulam a fidelidade conjugal. Para a igreja, a família representa uma das maiores fontes de evangelização, sendo através dela possível divulgar a doutrina do casamento, do amor, da maternidade e da sexualidade (CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2006). Entretanto, é preciso considerar que o casamento pode se constituir em risco para as mulheres porque os pressupostos religiosos fragilizam-na no momento em que desenvolvem relações desiguais de poder.

As mulheres católicas negras representaram a vulnerabilidade feminina à infecção por HIV/aids através da evocação da palavra **promiscuidade**.

Inicialmente a promiscuidade era associada ao aumento de casos à infecção ao HIV/aids entre as mulheres, o que levou a compreensão de que somente as profissionais do sexo estariam expostas ao risco (GALVÃO, 1992).

Em entrevista as informantes também demonstraram esse entendimento:

*Acho que mulheres se contaminam mais facilmente do que os homens porque elas pegam qualquer um, sem saber se eles estão ou não contaminados e aí o risco da mulher se contaminar aumenta (Psique, 31 anos, católica, negra).*

*Para mim os homens e as mulheres têm o mesmo risco de ter aids porque tanto os homens quanto as mulheres são muito promíscuos... Até com as mulheres casadas é da mesma forma. Hoje ninguém fica com um só (Circe, 47 anos, evangélica, negra).*

*Meus familiares dizem que eu peguei aids porque não agüento ver um “pinto” que corro atrás. Então para as mulheres que tem vários parceiros, as “piriquetes”, o risco é maior (Perséfone, 26 anos, católica, negra).*

Sabe-se que a principal forma de transmissão do HIV é através da relação sexual penetrativa sem o uso dos preservativos. Assim, é fato que quanto maior o número de parceiros, maiores são as probabilidades de encontrar um portador do HIV e/ou outras IST, o que implica em maior risco de contaminação. Dessa forma, a promiscuidade aumenta a vulnerabilidade, tanto dos homens quanto das mulheres.

Atualmente, tem-se um novo olhar quanto a essa percepção a partir do entendimento de que a questão não é somente o número de parceiros, mas se a prevenção está ou não sendo praticada. Assim, uma mulher com muitos parceiros, que use preservativo em todas as relações, poderá estar menos vulnerável a contrair uma IST do que uma mulher com parceiro fixo que não use preservativo.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde e apresentado em um seminário sobre prostituição e aids (2003) demonstrou que as profissionais do sexo utilizavam preservativos ao manterem relação sexual com os clientes, mas dispensavam o uso do mesmo nas relações que mantinham com o namorado ou marido. O estudo evidenciou ainda que, apesar da maioria dessas mulheres possuírem orientação sobre as IST, não estão se protegendo corretamente, na medida em que não utilizam o condom com os parceiros fixos.

Considerando-se que a capacidade de conquista dos homens é medida a partir da quantidade de parceiras e que a sexualidade é construída pela ousadia erótica, a qual vincula o prazer ao corpo e a conquista da mulher, há necessidade de se repensar os aspectos que interferem na negociação de práticas sexuais que viabilizem a proteção feminina contra a infecção pelo HIV (VILLELA, 1996). Mas, falando-se em sexualidade, o que se pode considerar sexo promíscuo? A partir de quantos parceiros uma pessoa passa a ser considerada promíscua? No fundo, a maioria das pessoas provavelmente nunca se perceberá promíscua, sendo que, dessa forma, se sentirá a salvo da epidemia, negligenciando as medidas de proteção.

Para as mulheres católicas negras, a vulnerabilidade feminina ao HIV/aids foi representada pela evocação da palavra **desinformação**.

*Tem muita coisa que aumenta o risco da mulher pegar aids. As pessoas sabem muito pouco sobre essa doença... Eu, agora depois da contaminação é que estou sabendo de muita coisa que não sabia antes. Acho que se tivesse tido mais informações não estaria assim (Selene, 29 anos, católica, negra).  
O que leva a mulher a ter risco de se contaminar é a desinformação...  
Estando despreparada, é mais fácil de pegar aids. Meu estudo sobre isso foi muito pouco, hoje é diferente (Deméter, 34 anos, católica, negra).*

*[...] Eu estou com isso (aids) e não sei como peguei... Não sei, mas queria saber. A gente pensa que sabe alguma coisa, mas não sabe nada (Íris, 28 anos, evangélica, branca).*

Discutir as questões que aumentam a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, requer considerar a desinformação e a sua relação com a escolaridade das mulheres, pois para Paiva (2000) a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade feminina porque interfere na capacidade de apreensão das mensagens que são veiculadas, levando a não-compreensão sobre a dimensão da problemática.

No entanto, para Lisboa (2003), no que se refere à vulnerabilidade feminina ao agravamento, a desinformação é o aspecto menos difícil de ser contornado, porque se constitui unicamente numa aquisição teórica, por não se revestir de afeto e sim de dados que a mulher pode se apropriar. Isto porque a autora considera que um bom trabalho de prevenção esclarece dúvidas, desconstrói mitos, gera segurança e permite familiaridade com termos e conceitos.

Não há dúvida de que um bom trabalho educativo repercute na prevenção dos agravos em saúde, entretanto uma informação, para ser efetiva, depende de uma série de fatores a exemplo do grau de escolaridade, das questões culturais, dentre outras.

Saldanha (2003) enfatiza que a baixa escolaridade das mulheres representa um dos maiores obstáculos à prevenção e controle da infecção pelo HIV em muitos países, por dificultar a difusão das informações sobre aids. Deve-se considerar também que mulheres com baixa escolaridade não apresentam qualificação adequada necessária às funções produtivas que são disponibilizadas pelo mercado de trabalho, o que dificulta sua inserção, neste mercado, ou resulta em empregos com pouca remuneração, o que implica em dependência econômica do companheiro e contribui para enfraquecer o poder de negociação ao uso do preservativo.

No que se refere à desinformação, evidenciou-se também que ela se constitui num fator determinante para a existência de falsas crenças em relação às formas de transmissão do HIV, conforme demonstrado nos discursos abaixo:

*A mulher, ao descobrir a contaminação não deve ficar assustada porque aids não se transmite tão fácil ... A doença pode ser transmitida se a pessoa cortar o dedo e cair sangue na comida. Se isso acontecer a pessoa deve parar de fazer o almoço, até parar de sangrar ... Hoje eu sei de tudo isso, antes eu não sabia nada sobre a doença (Diana, 24 anos, católica, negra).*  
*[...] Já ouvi dizer que se tivermos um dente estragado e beijar alguém com aids teremos grande risco de contrair a doença (Ceres, 26 anos, evangélica, negra).*

*[...] A mulher pode contrair aids no salão de beleza, por causa do alicate de unha (Panacéia, 40 anos, evangélica, branca).*

*Acho que não fazer exame de rotina faz a mulher ter risco de contrair a aids... (Hecate, 56 anos, católica, negra)*

Constatam-se nestes discursos a presença de “falsas crenças”, principalmente, no que tange à transmissão sanguínea do HIV. Jodelet (1998) enfatiza que as “falsas crenças” têm caráter mutável, provêm de vários universos de referência e estão condicionadas a fatores imaginários ou pertinentes. Segue a autora, dizendo que as informações difundidas pelos canais oficiais podem atuar como um moderador das “falsas crenças” e explicar sua permanência “racional”, podendo ser parte inclusive dos discursos de indivíduos que possuem um bom nível de informação.

Embora se tenha conhecimento de que o HIV é transmitido por sangue, não há evidência científica de sua transmissão através de instrumentos utilizados em salões de beleza, pois o vírus é instável e morre rapidamente em temperatura ambiente de qualquer superfície cortante, a não ser que o sangue esteja muito fresco (GRUPO PELA VIDA). No entanto, vale salientar o risco de transmissão de outras doenças nos salões de beleza, a exemplo das hepatites B e C e infecções por fungos. Devido a essa possibilidade, há determinação da Vigilância Sanitária que o uso de qualquer objeto que possa penetrar na pele e/ou mucosa seja devidamente esterilizado ou descartável.

No que respeita às falsas crenças, já que não há evidências científicas de transmissão do HIV através das formas citadas, ressalta-se a necessidade do acesso às informações adequadas que possam contribuir para desmistificar os mitos existentes, ao passo em que a população exposta ao risco possa ancorar novas representações acerca das principais vias de transmissão do HIV, bem como das medidas preventivas eficazes.

A desinformação em relação à transmissão vertical do HIV fica evidenciada, pois, apesar da maioria das informantes se encontrar em idade reprodutiva, somente uma considerou essa possibilidade, no decorrer dos discursos. Há de se considerar que, além da possibilidade da transmissão vertical do HIV, a associação entre gravidez e imunodepressão causada pela ação do HIV, constitui maior risco para as mulheres por agravar o seu quadro clínico.

No Brasil, aproximadamente 84% dos casos de aids em menores de 13 anos foi em decorrência da transmissão vertical. No momento, o país apresenta taxa de transmissão vertical de 4,2% (BRASIL, 2006). Vários estudos têm demonstrado que o uso de anti-retrovirais durante a gestação e parto reduz o risco de transmissão vertical em 67,5%, mas

que, apesar de o Ministério da Saúde disponibilizar gratuitamente às gestantes exames diagnósticos e tratamento profilático, ainda enfrentamos sérias dificuldades em identificar as gestantes infectadas (DUARTE, 2001).

Neste estudo evidenciou-se que 32% das mulheres tiveram diagnóstico de soropositividade ao HIV durante o pré-natal. O fato é preocupante porque as mulheres, além de enfrentar o impacto do seu diagnóstico, também têm que lidar com a possibilidade de contaminação do seu filho.

No decorrer das entrevistas, todas as informantes que tiveram diagnóstico da soropositividade no decorrer do pré-natal disseram ter sido um “choque” o conhecimento de sua condição sorológica. Acredita-se que esse sentimento seja comum, já que as gestantes se submetem à realização da sorologia para detecção do HIV, com a percepção de que estão realizando mais um exame de rotina. Diferente das pessoas que procuram o serviço, visando à realização da sorologia porque se expuseram a situações de risco, se ocorre um resultado positivo, provavelmente, já era esperado. Há de se considerar ainda que muitas vezes a solicitação da sorologia, durante o pré-natal, não é precedida do devido aconselhamento.

Dentre as representações sobre vulnerabilidade, chama a atenção o fato de terem sido evocadas, de forma significativa, pelas mulheres evangélicas, a associação entre transfusão de sangue e infidelidade em relação à maior vulnerabilidade feminina ao agravo. Os trechos abaixo confirmam o fato:

*A mulher pode pegar essa doença na transfusão de sangue e também no salão de beleza por causa do alicate de unha (Panacéia, 40 anos, evangélica, branca).*

*Podemos pegar aids se não nos prevenirmos. O contato com seringas, por causa das drogas, e também quando tomamos sangue de emergência aumenta o risco (Têmis, 25 anos, negra, evangélica)*

*Na transfusão de sangue, a mulher tem risco de pegar aids, não é? Eu já ouvi falar sobre isso (Hator, 55 anos, evangélica, negra).*

Sabe-se que no início da epidemia existia um risco relativamente significativo das pessoas submetidas à transfusão de sangue se contaminar com o HIV. Desta forma, muitas pessoas portadoras de hemofilia, por necessitarem receber transfusão de sangue com frequência, estavam mais vulneráveis à infecção através dessa via de transmissão.

Com o advento da aids foi regulamentado no país que toda transfusão de sangue e/ou hemocomponentes seja precedida da realização de exames diversos, com a finalidade de se evitar a transmissão de infecções hemotransmissíveis, dentre elas o HIV. No entanto, apesar

da janela imunológica (tempo que leva o organismo para produzir anticorpos em quantidade suficiente para que a infecção seja diagnosticada), que pode indicar resultados falsos negativos, o risco de transmissão do HIV, por essa via, é extremamente pequeno. Dados do Ministério da Saúde apontam que, no período de 1980 a 2006, variou entre 0,5 a 1,0% os casos de transmissão de HIV no Brasil, (sexo masculino e feminino, respectivamente) devido à transfusão de sangue (BRASIL, 2006).

Entre os evangélicos, os pertencentes ao Salão do Reino das Testemunhas de Jeová são contra a transfusão de sangue. Para esses adeptos, “aqueles que respeitam a vida como dádiva do Criador não tentam sustentar a vida por tomarem sangue” (Atos 17:25 e 28).

Algumas igrejas protestantes, a exemplo da Adventista do Sétimo Dia e os do Salão do Reino das Testemunhas de Jeová, não admitem a ingestão de alimentos que contenham sangue animal. Para esse grupo, tal determinação se baseia nos escritos da sagrada escritura que diz: “qualquer homem que comer sangue voltarei meu rosto contra a sua alma e, exterminá-lo-ei do seu povo” (Levítico 17:10).

Neste contexto, levanta-se como hipótese que o processo de evangelização utilizado pelas igrejas priva seus adeptos de determinados valores culturais, o que, inevitavelmente interfere no modo das pessoas agirem, pensarem e sentirem.

Assim, as mulheres redirecionam a vulnerabilidade feminina ao HIV/aids, a qual se dá, principalmente, através das práticas sexuais desprotegidas, para a transfusão sanguínea, o que, por não oferecer risco significativo, evidencia uma possível forma de escamotear comportamentos não aceitos pelos princípios religiosos e pela sociedade.

As mulheres soropositivas católicas brancas representaram a vulnerabilidade a partir da evocação da expressão **sexo sem condom**, o que aponta para o conhecimento da importância do sexo protegido para prevenção da infecção pelo HIV/aids, assim como pode-se inferir que esta representação advém da avaliação feita de sua própria vulnerabilidade, já que as entrevistadas tiveram a transmissão sexual como fonte de contaminação pelo HIV.

#### **4.3.5 Raça/cor e vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids: Representações apreendidas nos discursos de mulheres soropositivas**

Nessa terceira década de convivência com a infecção pelo HIV/aids nota-se que uma das características marcantes da epidemia é a sua contínua transição epidemiológica. Neste sentido, nos últimos anos verifica-se uma tendência crescente do número de casos entre grupos populacionais que são culturalmente marginalizados e/ou socialmente excluídos. Um

exemplo disso é o enegrecimento da epidemia, fato evidenciado em diversos estudos, já que a aids é uma das doenças infecto-contagiosas cuja disseminação está diretamente relacionada à marginalização social (BRASIL, 2004a; LOPES, 2003).

No entanto, as representações da maioria dos sujeitos que participaram do estudo (64%) demonstraram que existe uma invisibilidade acerca da problemática, já que afirmaram que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids independe da raça/cor, conforme evidenciado nos discursos abaixo.

*As mulheres de cor negra têm a mesma possibilidade de contrair a aids do que as mulheres brancas. A gente vê tanto gente da cor preta, como da cor branca com o vírus. Então, o risco é igual (Afrodite, 32 anos, católica, negra).*

*Para mim a cor não interfere no risco de contrair a aids. Acho que negros e brancos são todos iguais, não é? Já ouvi dizer que os negros são mais resistentes do que os brancos, que agüentam mais o “tranco”, mas eu acho que todos são iguais (Hera, 40 anos, evangélica, branca).*

*[...] A doutora disse que está aumentando assustadoramente a quantidade de pessoas com aids, independente da cor. Eu também acho que tanto faz ser de uma cor, quanto de outra. O vírus não escolhe cor porque todo mundo é igual (Nikê, 45 anos, evangélica, negra).*

Nestes relatos, há clara evidência de que essas mulheres não se apercebem do fato de que os afros-descendentes são economicamente e politicamente privados de exercerem plenamente seus direitos civis e de que essa população continua a ser subestimada (DAVIS, 2000). Corroborando com essa realidade, Viana et al. (2001) evidencia que a qualidade de vida determina a forma de adoecer e morrer, já há estudos que evidenciam uma mortalidade maior por aids entre afros-descendentes (WERNECK, 2001; LOPES; BATISTA, 2003). Dessa forma, entende-se que o meio socioeconômico, além de excluir, nega o direito de pertencimento, ao tempo em que coloca essa população em condições de vulnerabilidade (GUIMARÃES, 2001).

Assim, esta adversidade em relação à condição de vida da população negra aumenta a sua vulnerabilidade ao adoecimento e morte frente à infecção pelo HIV/aids, já que inexistente qualquer evidência de predisposição biológica ao agravo. Neste sentido, compreende-se que a problemática entre as mulheres negras tende a se agravar, a partir do momento em que elas convivem com várias desigualdades que aumentam sua vulnerabilidade ao agravo, tais como o fato de ser mulher, negra e pobre.

Para Pinto et al. (2002), os negros estão incluídos entre os desiguais, pois possuem piores níveis de escolaridade, maiores dificuldades para ingressar no mercado de trabalho e, quando se inserem, ocupam cargos menos valorizados. Os autores enfatizam, ainda, que a forma de vestir e falar dessa população contribui para que ocorra discriminação por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Para muitas pessoas o racismo inexistia no Brasil. Mas, infelizmente, sabe-se que existe uma discriminação racial camuflada, disfarçada pela idéia de democracia racial. No entanto, questiona-se que, se a discriminação racial não existe, como explicar a situação desfavorável em que vive a maioria dos afro-descendentes?

Entretanto, obteve-se nos discursos dos sujeitos que participaram do estudo referência ao racismo e à vulnerabilidade social enfrentados pela população negra, conforme ficou evidenciado abaixo:

*As mulheres negras têm mais risco de pegar aids. Não é pelo racismo, porque eu não sou racista... Acho que os homens preferem pegar as negras porque fica mais fácil conseguir o que eles querem... As brancas são mais inteligentes do que as negras e, assim fica mais difícil o homem enganar. As negras, por serem negras, cedem a qualquer cantada, aceitam mais fácil (Vesta, 25 anos, católica, branca).*

*Para mim a mulher de cor negra possui mais risco de ter aids, porque a cor negra é cor de gente mais fraca. Muitas vezes as mulheres negras saem com homens porque precisam de dinheiro. As pessoas negras têm mais dificuldade de conseguirem empregos do que as pessoas da cor branca (Ártemis, 24 anos, católica, negra)*

*O risco ter aids é maior para as mulheres de cor, porque os negros são mais discriminados (Hebe, 77 anos, branca, evangélica)*

*A mulher de cor preta tem mais risco de pegar a aids por causa do racismo. O preconceito contra as pessoas de cor. Os negros têm mais dificuldade de arranjar emprego. Não sei explicar direito, mas acho que tudo isso aumenta o risco da pessoa se contaminar. Se a mulher não tem “grana” acaba saindo com homens para arranjar dinheiro, não é? Acho que é isso (Deméter, 34 anos, católica, negra)*

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, nos casos notificados de aids, segundo a variável raça/cor, houve diminuição na taxa de incidência da infecção entre pessoas da cor branca e aumento entre aqueles que se declararam pretos ou pardos (BRASIL, 2005).

Essa tendência deve-se ao fato de a epidemia estar se disseminando entre os grupos populacionais que apresentam maior vulnerabilidade, devido as condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis, bem como devido às situações de discriminação racial e/ou social.

A Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial, de 1996 (Parte 1, Art. 1º), traz que a discriminação envolve “distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objetivo anular ou restringir o reconhecimento, o gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos políticos, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública”.

Neste sentido, discutir a saúde da população negra, não somente em relação à infecção pelo HIV/aids, mas também em relação a outros agravos, requer implementação de políticas que possam combater a discriminação e a desigualdade social que permeiam o cotidiano dos afro-descendentes.

Assim, o objetivo principal dessa política é o de assegurar o empoderamento e a cidadania da população negra, já que a discriminação e a exclusão social produzem efeitos deletérios às diversas formas de relações sociais.

Há de se considerar que, apesar da Constituição Brasileira de 1988 classificar o racismo como crime inafiançável, sujeito à pena de reclusão, ele ainda se manifesta em diferentes graus e intensidade. O mito da democracia racial, apesar das visíveis desigualdades e limites de oportunidades com que os negros se defrontam, contribui para mascarar o racismo, que ainda hoje é realidade em nosso país.

De qualquer modo, sejam as mulheres brancas ou negras, do ponto de vista biológico elas apresentam maior probabilidade de contraírem a infecção pelo HIV em uma relação desprotegida do que os homens. Essa vulnerabilidade biológica se caracteriza pelo fato de a mulher possuir a mucosa vaginal maior e menos espessa, o que implica em maior exposição ao vírus e risco aumentado de lesões e, pelo fato de o sêmen possuir maior quantidade de vírus do que a secreção vaginal. Esta vulnerabilidade biológica foi referida pelas mulheres entrevistadas:

*A mulher tem mais risco de ter aids e outras doenças de transmissão sexual. A gente percebe isso, quando faz exame preventivo, porque sempre dá problema (Afrodite, 32 anos, católica, negra).*

*Acho que a mulher corre mais risco de pegar aids do que o homem. A doutora explicou que na hora da “transa”, o homem “solta” e a mulher “recebe”. Acho que o “canal” do homem, por ser mais apertado, tem menor risco (Perséfone, 26 anos, católica, negra).*

*O homem tem mais possibilidade de transmitir HIV do que a mulher, porque na ejaculação há maior quantidade de vírus (Nikê, 45 anos, evangélica, negra).*

Estudos demonstram que a vulnerabilidade biológica feminina, para aquisição da infecção pelo HIV durante a relação sexual é 2 a 4 vezes maior do que para os homens, sendo que o risco aumenta de acordo com a faixa etária (maior para mulheres jovens e para as que estão na menopausa), conseqüentemente, pela imaturidade fisiológica do aparelho reprodutivo e escassez de secreção vaginal. Os sangramentos em decorrência do ato sexual violento e da circuncisão feminina elevam o risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (PIOT, 1997).

Assim, é imprescindível que as mulheres estejam sensibilizadas quanto à importância do uso dos preservativos como uma forma de prevenção à infecção pelo HIV/aids e/ou outras IST. No entanto, sabe-se que a negociação para o uso do preservativo é difícil, seja ele feminino ou, principalmente, o masculino, pois, por ser um artifício masculino, a mulher poderá interferir no seu uso, mas caberá, provavelmente, ao parceiro a decisão quanto a sua utilização.

Munhoz e Santos (1996) salientam que, em nossa cultura machista, o homem se considera protegido contra a infecção pelo HIV, à medida que mantém relações sexuais somente com mulheres. Essa idéia dificulta a percepção quanto à necessidade de adesão ao uso do condom.

Estudo realizado por Lisboa (2003) demonstra que a questão das relações de poder também interferem no uso do condom. Para a autora, as mulheres que se encontram em relação monogâmica estáveis se questionam sobre: “o que meu parceiro iria pensar, caso solicitasse o uso do preservativo” ou “meu parceiro não aceitaria nem discutiria essa possibilidade”, ou ainda, “caso eu insista, corro o risco de ser abandonada e aí, o que farei?”. Essas questões indicam a dominação masculina, a partir do momento em que as respostas a essas e outras questões passam pela decisão dos parceiros.

Assim, nesta perspectiva, há de se considerar a necessidade da inclusão dos homens nos programas de saúde reprodutiva, no intuito que estes passem a exercer tanto a co-responsabilidade pela contracepção, quanto à prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, já que se entende que progresso na negociação do uso do condom resulte das relações de poder existentes entre o ser homem e o ser mulher.

Além disso, deve-se considerar que a adesão ao uso do preservativo aumenta com o grau de escolaridade, provavelmente devido ao acesso facilitado às informações e maior inserção feminina no mercado de trabalho (o que diminui a dependência econômica das mulheres). Essa variável que tem sido utilizada como indicador do extrato sócio-econômico nos casos da infecção pelo HIV/aids.

Considerando as medidas preventivas como a principal estratégia para a profilaxia e controle das IST/HIV/aids, ressaltam-se as contribuições do aconselhamento e do acesso às informações adequadas que possam promover mudanças na prática sexual, a exemplo do uso do preservativo em todas as relações sexuais com penetração.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

...Mulher, mulher  
 Do barro de que você foi gerada  
 Me veio inspiração  
 Pra decantar você nesta canção  
 Mulher, mulher  
 Na escola em que você foi ensinada  
 Jamais tirei um 10  
 Sou forte, mas não chego aos seus pés.  
 Erasmo Carlos

Os sujeitos que participaram do estudo são mulheres que se caracterizam por serem, em sua maioria, da cor negra, possuírem pouca escolaridade, baixo poder aquisitivo, e por trabalharem em seu próprios lares. Reconhecem estarem desinformadas acerca de diversos fatores que influenciam na vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/aids e são adeptas das religiões católica e evangélica.

Os resultados do estudo evidenciaram que embora tenham sido incorporados conteúdos representacionais na esfera da prevenção e do cuidado, permanecem as representações sociais que hegemonicamente permeiam o imaginário das pessoas, desde o início da epidemia, já que a aids trouxe consigo grande estigma por estar diretamente relacionada às práticas e aos comportamentos considerados “desviantes” ou “imorais”, tomados como base os padrões moralistas, ainda, vigentes na sociedade contemporânea.

Assim, essas representações polarizam imagens negativas da infecção/doença, que neste estudo foram representadas pela evocação das palavras doença, medo, morte e preconceito.

As concepções, fundamentadas no preconceito e na discriminação, associam-se aos aspectos biológicos de “doença incurável” e de morte, e ao aspecto social relacionado aos preconceitos sexual e social que se manifestaram através dos sentimentos de tristeza, melancolia e choro freqüente durante as entrevistas, apontando para a chamada “morte social” provocada pela doença.

Para as mulheres deste estudo, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids é um objeto já familiarizado, apreendida a partir de símbolos e significados que compõem suas relações sociais e, portanto, incorporada a seus universos cognitivos e afetivos expressos a partir das representações sociais que, em seu movimento dialético, apresentam conotações positivas (cuidado, prevenção, prazer, bom) e negativas (doença, medo, morte, preconceito).

Estas representações, olhadas sob uma perspectiva de gênero, permitiram a percepção de que a vulnerabilidade das mulheres, ao se articular com a necessidade de adoção de práticas de prevenção da infecção pelo HIV/aids, descortina um todo não homogêneo, onde estão expressas contradições, similaridades, cognição, afeição, emoções, racionalidade e muitas outras condições presentes no cotidiano das mulheres, que fazem com que conhecer a prevenção e ter medo de contrair a aids não sejam suficientes para sensibilizá-las a adotar medidas preventivas, o que as tornam mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

Sabe-se que a feminização da infecção pelo HIV/aids está associada a não utilização do preservativo. Entretanto, frases como “os homens não gostam de usar preservativo porque diminui o prazer” e “é difícil convencer os homens a usarem camisinha”, foram expressas pelas entrevistadas. Esses discursos caracterizam as relações de poder existentes nas relações entre homens e mulheres, que evidenciam a necessidade de maior empoderamento das mulheres quanto às questões de gênero. A inexistência dessa condição dificulta a construção de uma consciência crítica sobre a subordinação do sexo feminino, bem como o enfrentamento da feminização da aids.

A epidemia da infecção pelo HIV/aids alertou a humanidade quanto a várias questões, a exemplo do conhecimento de que a promoção da saúde das mulheres requer o seu fortalecimento para atuar como sujeito ativo no processo e, dessa forma, enfrentar as diversas situações de vulnerabilidade que permeiam sua vida cotidiana.

A formulação de estratégias para a prevenção e controle da epidemia no sexo feminino implica em grande desafio, já que ações efetivas requerem intervenções sobre os aspectos socioeconômicas, políticos e na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos.

O tamanho deste desafio está expresso, neste estudo, pelo ocultamento de representações sobre sexualidade (um dos estímulos indutores). A análise desse fato requer considerações sobre os prováveis fatores que implicaram nesses resultados: será que a ausência de evocações significativas sobre sexualidade na análise fatorial de correspondência, evidencia a pouca familiaridade das mulheres em falar do tema, ou será que estamos diante de uma situação que caracteriza a zona muda das representações sociais? Neste sentido, o conhecimento sobre a temática não pode ser entendido como ausente, e sim como elemento não expressado ou adormecido, conforme evidenciam estudiosos do assunto a exemplo de Abric (2005).

Desta forma, tendo em vista a importância de conhecer as representações sociais que não são manifestadas nos discursos, sugere-se que a temática seja aprofundada em outros estudos.

Considerando a significância da variável religião neste estudo, tudo faz crer que há uma forte influência das doutrinas religiosas sobre o comportamento das pessoas nas questões de ordem sexual e reprodutiva, traduzida pelos conceitos de culpa e pecado, dificultando o diálogo sobre sexualidade. Sugere-se maior aprofundamento sobre as questões relacionadas à sexualidade, no contexto religioso, para que seja mais bem compreendido o constrangimento das mulheres ao discorrerem sobre o assunto.

A vulnerabilidade biológica foi a mais citada pelas informantes. Assim, entende-se que o risco biológico faz parte do repertório destas mulheres, mas é importante destacar o fato de que as vulnerabilidades sociais e programáticas e as implicações das questões de gênero integrem mais timidamente estes repertórios, dado que elas oferecem contribuições relativas ao aconselhamento e permitem acesso às informações adequadas que possibilitarão a promoção de mudanças na prática sexual, a exemplo do uso do preservativo em todas as relações sexuais com penetração, e afastarão convicções de que a parceria fixa é uma medida eficaz de proteção das mulheres contra a infecção pelo HIV/aids, sem, contudo, levar em conta o comportamento e as práticas sexuais de seu companheiro.

Em relação a variável raça/cor, o estudo demonstrou a invisibilidade da condição de vulnerabilidade dos afros-descendentes, já que afirmaram que a questão da cor não influencia no risco das mulheres adquirirem a infecção pelo HIV/aids, considerando, mais uma vez, apenas a vulnerabilidade biológica e deixando de levar em conta que as pessoas da raça negra já possuem sua cidadania afetada por outros condicionantes sociais e já experimentam discriminação social e racial.

Neste sentido, salienta-se a relevância da realização de ações que possam contribuir para a visibilidade dessa problemática, pois existe um consenso de que a epidemia se dissemina para os locais onde as desigualdades raciais são naturalizadas, atingindo grupos que são sócio-economicamente desfavorecidos e culturalmente discriminados.

Os profissionais de saúde, em particular a equipe de enfermagem, têm papel importante na implementação de programas de educação continuada onde, através de disponibilização de informações claras e objetivas, possam direcionar as mulheres à compreensão dos múltiplos fatores que aumentam a vulnerabilidade feminina ao agravo, pois só dessa forma será possível promover atitudes que assegurem às mulheres o exercício pleno da sexualidade sem risco para a sua saúde.

## REFERÊNCIAS

A BÍBLIA SAGRADA (Edição revista e atualizada no Brasil). Traduzida por ALMEIDA, J.F. Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

ABRIC, J.C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D.C. de; CAMPOS, P.H.F. (orgs). **Representações sociais** - uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

AIRES, P. **História da morte no ocidente da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Editora 34, 1999, p. 49-72.

\_\_\_\_\_. Diversidade cultural e vulnerabilidades. In: **VI EDUCAIDS**. São Paulo: APTA/CN-DST/AIDS, Unaid, 2002. Disponível em: <<http://www.apta.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2006.

ANDRADE, C.D. de. **A rosa de povo**. Rio de Janeiro-São Paulo: Record, 2006.

ARRUDA, A. **Teoria das Representações Sociais e teorias de gênero**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002, p. 127-147.

\_\_\_\_\_. Despertando do pesadelo: A interpretação. In. MOREIRA, A.S.P. et al. (orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 603p.

ARRUDA, A.M.S. O estudo das Representações Sociais: uma contribuição à Psicologia Social no Nordeste apud MACHADO, M.I.; COSTA, E.A.P. Representação social dos profissionais relativamente a meninos e meninas em condição de rua na cidade de João Pessoa. In: **Olhares sobre o Contemporâneo: Representações sociais de exclusão, gênero e meio ambiente**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2004.

BARBOSA, R. M. Feminismo e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (orgs). **Quebrando o silêncio: mulheres e a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 221p.

BARROS, A.J.P; LEHFELD, N.A.S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BASTOS, F. I; SZWARWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2007.

BENTO, M.A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e clareamento no Brasil (org)**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 189p.

BORGES, L.S. **Feminização, juventude e AIDS**. Setembro, 2003. Disponível em: <<http://www.transasdocorpo.com.br/texto3.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2006.

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde - resolução 196/96. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm#cinf>>. Acesso em: 08 ago. 2005.

\_\_\_\_\_. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. In: Ministério da Saúde, Série Avaliação, Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Outubro – Março 2002.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro-Junho, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro-Junho 2005.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro-Julho 2006.

\_\_\_\_\_. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. In: **Súmula**. C. Secretaria Executiva de Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: 2003a.

\_\_\_\_\_. Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007. In: **Súmula**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2003b.

\_\_\_\_\_. Mulher: princípios e diretrizes. In: **Súmula**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Brasília: 2004b.

BRITO, I. Desafios da prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural. In: **Boletim Epidemiológico da AIDS**. Semana epidemiológica 9 – 12. Março a maio. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 9 a 13.

BRITO, N.; CRUZ, E.F. **Fios da Vida: Tecendo o Feminino em tempos de Aids**. 2003. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios\\_vid/creditos.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/creditos.htm)>. Acesso em: 15 out. 2006.

BRITO, A.M. **A evolução e distribuição social da doença no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=116>>. Acesso em: 29 jan. 2007

BUENO, S.M.V. **Marco conceitual e referencial teórico da educação para a saúde:** orientação prevenção de DST-AIDS e drogas no Brasil para crianças, adolescente e adulto jovem. Brasília: Ministério da Saúde/CNDST/AIDS, 1997.

CARIDADE, A. **O Adolescente e a Sexualidade**, 1999. Disponível em: <http://www3.bireme.br/bvs/adolesc/P/cadernos/capitulo/cap20/cap20.htm>. Acesso em: 18 jan. 2007.

CARONE, I.; BENTO, M.A.S. **Psicologia social do racismo:** estudos sobre branquitude e clareamento no Brasil (org). Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 189p.

CARVALHO, E. S. **Mídia e Aids:** análise da proposta das campanhas publicitárias feitas pelo Ministério da Saúde referente a Aids, diante da disseminação da mesma em mulheres monogâmicas a partir de 1990. 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~espcom/revista/edinalva.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2007.

CARVALHO, L.E. et al. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Rev. Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 52, sup.5, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000500013&lng=p&t&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500013&lng=p&t&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2006.

CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In: COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. (orgs). **Representação Social e Práticas de Pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 270p.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. **Mulheres, aids e religião**. Disponível em: <[http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev/2006/2/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=99&Itemid=69](http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev/2006/2/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=99&Itemid=69)>. Acesso em: 28 dez. 2006.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A.; Aspectos epidemiológico das desigualdades raciais em saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 5, set/out, 2005.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S.; GARCIA, T.R. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquistas e desafios. In: VANIN, I. M; GONÇALVES, T. (orgs). **Caderno de textos gênero e trabalho**. Salvador: REDOR, 2006, p. 101-116.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **História do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. Disponível em: <[www.mulheres.org.br/historia.html](http://www.mulheres.org.br/historia.html)>. Acesso em: 12 jan. 2007.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA LATIN AMERICAM STUDIES ASSOCIATION (LASA), Sessão “**Lo Afro em América Latina: debates sobre cultura, política y poder**”, Miami, mar. 2000.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.M.; ALVES, J.E.D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva:** marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. 2003. Disponível em: <[http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2007.

DAVIS, D. J. **Afro-brasileiros hoje**. São Paulo: Summus, 2000. 107p.

DIAS, V. **Mulheres negras são mais vulneráveis à re-infecção e ao adoecimento por HIV/Aids**. 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/bols/2003/rede1224.htm>>. Acesso em: 16 jan.2007.

DINIZ, S. G. Violência de gênero como questão de saúde. **Jornal da Rede de Saúde**, São Paulo, n. 14, 1997, p. 7.

\_\_\_\_\_. Gênero e prevenção das DST/AIDS. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, 2001. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/documentos/relacoes\\_de\\_genero.doc](http://www.mulheres.org.br/documentos/relacoes_de_genero.doc)>. Acesso em: 15 jan. 2007.

DOSSIÊ PANOS. **Tripla ameaça: aids em mulheres**. O'Leary, S; CHENEY, B (orgs). Trad. Ana Dourado. Rio de Janeiro: Abia; Recife: SOS Corpo, 1993.

DUARTE, G. et al. Teste rápido para detecção do HIV-1 em gestantes. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2. mar., 2001. Disponível em: <<http://www.icml9.grg/7/lang=pt>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

FEBRASGO. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. **JORNAL DA FEBRASGO**, São Paulo, a. 12, n. 2, 2005.

FERNANDES, V.R.; BARBOSA, M.I.S. Romper o silêncio é tarefa de todos. In: **RADIS- Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, supl. 20, 2004, p.12 (impresso).

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEREIDO, R.M<sup>a</sup>. **Prevenção às DSTs/aids em ações de saúde e educação**. São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.redece.org/prevaids.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

FONSECA, A.A.; COUTINHO, M.P.L. Depressão em adultos jovens: representações sociais dos estudantes de psicologia. In: COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. (orgs). **Representação Social e Práticas de Pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 270p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FRANCO, F.G.; FIGUEIREDO, M. **Aids, drogas e “ser mulher”**. Relatos de mulheres soropositivas para o HIV, 2004. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2004/vol37n1e2/aids\\_drogas\\_ser\\_mulher\\_relatos\\_mulheres\\_com\\_hiv\\_aids.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2004/vol37n1e2/aids_drogas_ser_mulher_relatos_mulheres_com_hiv_aids.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2007.

FRY, P. As aparências que enganam: reflexões sobre “raça” e “saúde” no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.). **Etnicidade na América Latina**: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, 344p.

GALVÃO, J. Mulher e aids: entre o encobrimento e a revelação. In: **SEMINÁRIO AIDS NO BRASIL - AVALIANDO O PASSADO E PLANEJANDO O FUTURO**, 1992, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GALVÃO, M.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2. mar., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19778.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2007.

GIACOMOZZI, A. **Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV**: Estudo de representações sociais da AIDS com mulheres. 1991 (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

GIACOMOZZI, A.I.; CAMARGO, B.V. **Eu confio no meu marido**: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. 2004. Disponível em: <[http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol6\\_n1/v6n1\\_art2.pdf](http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol6_n1/v6n1_art2.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, A.M. de A. As representações sociais do corpo e da sexualidade no protestantismo brasileiro, **Rev. de Estudos da Religião**, São Paulo, v. 1, a. 6, 2006, p. 01-38. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/rever/rv1\\_2006/p\\_gomes.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv1_2006/p_gomes.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2006.

GUIMARÃES, A.S.A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. **Classes, raças e democracia**. Fundação de apoio à Universidade de São Paulo, São Paulo: Editora 34, 2002, 232p.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio**: mulheres e a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /ABIA/IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

GUIMARÃES, M.A. A vulnerabilidade subjetiva. In: SEMINÁRIO A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO AFRO-BRASILEIRA A EPIDEMIA DO HIV/AIDS, 2001, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro.

GUIMARÃES, N.A.; CONSONI. **As desigualdades reestruturadas**: um olhar sobre os diferenciais de sexo e raça no acesso ao trabalho. 2000, 71p. Relatório de pesquisa. São Paulo: FINEP/CUT/Cebrap.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 3. ed., Rio de Janeiro: Paz e terra, 1989.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jan. 2006.

JODELET, D. (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (orgs). **Aids e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998, p.17-45.

JOFFE, H. “Eu não”, “O meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, P; IOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

JORNAL SAÚDE. **Mulheres casadas e que não usam camisinha estão na mira da Aids**. Disponível em: [http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia\\_exibe.asp?cod\\_noticia=2034](http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_exibe.asp?cod_noticia=2034). Acesso em: 17 jan. 2007.

KALICHMAN, A. Pauperização e Banalização de uma epidemia In: SEMINÁRIO A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DA AIDS, 1994, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA, 1994, p.20-26.

KISSLING, F. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1350.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2007.

LAGO, T.D.G. Opções Contraceptivas em Tempos de AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /ABIA/IMS/UERJ, 1996, p.191-203.

LIMA, E.M.B. **Mulheres, violência doméstica e AIDS: A dinâmica do viver**. 2003, 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, Escola de Enfermagem, Salvador.

LISBOA, M.E.S. Vulnerabilidade da mulher frente as DST/HIV/AIDS. 2003. In: **CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 4.** s/d. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net.comunicação.php>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. 2003, 203p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOPES, F.; BATISTA, L.E. A questão racial/étnica da vulnerabilidade ao HIV/aids. In: **Boletim epidemiológico do CRT-DST/AIDS**. São Paulo, 2003.

MACHADO, K.; CARVALHO, M. Saúde da população negra: Invisibilidade a maior de todas as causas. In: **RADIS-Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 20, abr. 2004.

MARTIN, D. **Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica**, 1995. (Dissertação de mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Informação e comportamento: o exemplo da Aids**. 2000. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu5\\_03.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu5_03.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2007.

MENIN, M.S.S. **Representação Social e Estereótipo: A zona muda das representações sociais**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29843.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2007.

MINAYO, M.C. de S. **O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua do Brasil**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M.C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 3, 1993

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.). **Etnicidade na América Latina:** Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, 344p.

MOREIRA, A. S. P.; MORIYA, T.M. Aspectos psicossociais da epilepsia: representações sociais intergrupos. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (orgs). **Estudos interdisciplinares da representação social** . Goiânia: AB, 1998, 328p.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.; ESTRELLA, R.C.N. Sistema Único de Saúde e Políticas Públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/06.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2007.

MOSCOVICI, S. **La psicanálise soim image et son public**. Paris: Press Universitaires de France, 1961

\_\_\_\_\_. O fenômeno das representações sociais. In: **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. cap.1, p. 29-109.

MUNHOZ, R.; SANTOS, N.J.S. A AIDS entre as mulheres: Reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Orgs). **Quebrando o silêncio:** mulheres e a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /ABIA/IMS/UERJ, 1996.

NASCIMENTO, A.M.G.; BARBOSA, C.S.; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempo de AIDS. **Rev. Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 5, n. 1, jan/mar, 2005.

NEVES, F.R.A.L. **O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes:** factibilidades e utopias. 2003, 149p. Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; JESUINO, J.C. (orgs.). **Representações Sociais:** teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003, 56p.

OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L.A.A análise factorial de correspondência no estudo das Representações Sociais do Suicídio na Adolescência. In: MOREIRA, A.S.P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 603p.

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina:** Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, 344p.

OLIVEIRA, L.S. **Tratado de metodologia científica**. Projetos de pesquisa. TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

ORTIGÃO, M.B. AIDS em Crianças: Considerações sobre a Transmissão Vertical. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000100021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2007.

OLTRAMARI, L.C.; CAMARGO, B.V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicoogial. teoria. Pratica**, São Paulo, v. 6, sup.2, 2004. Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872004000200007&lng=es&nrm=is](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000200007&lng=es&nrm=is)>. Acesso em: 19 jan. 2007.

PAIVA, M.S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000, 170p. Tese (Doutorado em Enfermagem).- Escola de Enfermagem/USP, São Paulo.

PAIVA, M.S.; AMÂNCIO, L. **Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitários**: estudo comparativo Brasil – Portugal. 2004. Trabalho de pós-doutorado – Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <[www.aidscongress.net/article.php](http://www.aidscongress.net/article.php)>. Acesso em: 09 jul. 2006.

PAIVA, M.S.; OLIVEIRA, J.F. As representações sociais e a saúde da mulher: balanço da produção do grupo de estudos sobre saúde da mulher e da EEUFBA-GEM. In: COUTINHO, M.P.L.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L. (orgs.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p.11-31.

PARKER, R.H. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre aids no Brasil. In: GIAMI, A. et al. **Aids e sexualidade**. O ponto de vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, 1994.

PARKER, R.; CAMARGO JR, K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2215.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

PELT, N.V. **Felizes no amor**: Os segredos da vida a dois. 6. ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1994.

PEREIRA, F.J.C. Análise de dados qualitativos aplicados às Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. (orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 603p.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

PEREIRA, M.L. **A (re)invenção da sexualidade feminina após infecção pelo HIV**. 2001. 129p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PERLONGER, N. **O que é Aids?** São Paulo: Brasiliense, 1987.

PINTO, M.D. et al. Juventude, raça e vulnerabilidades. **Rev. Brasileira de Estudos da População**. v. 19, n. 2, jul/dez, 2002. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol19\\_n2\\_2002/vol19\\_n2\\_2002\\_16artigo\\_p277a294.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol19_n2_2002/vol19_n2_2002_16artigo_p277a294.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2006.

PIOT, P. Mulheres e a SIDA. Ponto de vista da ONUSIDA. **Coleção Boas Práticas da ONUSIDA**. 1997. Disponível em: <[http://www.unaids.org/Publications/IRC-pub04/Women-PoV\\_pt.pdf](http://www.unaids.org/Publications/IRC-pub04/Women-PoV_pt.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2007.

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA-(PRONEGRO). **Centro de Estudos Afro-orientais**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufba.br/pronegro/pronegro.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê, assimetria raciais no Brasil**: alerta para elaboração de políticas. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

**REVISTA VEJA**. Edição 1692 de 21/03/2001.

RIBEIRO, C.G.; COUTINHO, M.P.; SALDANHA, A.A. W. Estudo das representações sociais sobre a aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** São Paulo, n. 16, 2004, p.14-18.

ROAZZI, A.; FEDERICCI, F.C.B.; CARVALHO, M.R. A questão do consenso nas representações sociais: um estudo de medo entre adultos. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 18, n. 2, maio/ago, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 24 dez. 2006.

ROCHA, M.F.G. **Política de Controle ao HIV/Aids no Brasil**: O lugar da prevenção nessa trajetória. 1999, 117p. (Dissertação de mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RODRIGUES, C. S. L. Católicas e feministas: identidade religiosa e sexualidade de mulheres católicas modernas. **Revista de estudos religiosos**, n.2, 2003, p.36-55. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/rever/rv2\\_2003/p\\_rodrig.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv2_2003/p_rodrig.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2003.

SACRAMENTO, N.A. **O quesito cor na assistência pré-natal**: representações de gestantes e de profissionais. 2005. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SALDANHA, A.A.E.; FIGUEIREDO, M.A.C.; COUTINHO, M.P.L. Aids: Trajetória e Tendências da Epidemia A Legitimação de um Universo Simbólico. In: COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 191-210.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003, 260p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANCHES, K.R.B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade.** 1999. 143p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SANTOS, D.S. **Entre o prazer e o sofrimento: uso de drogas por mulheres e vulnerabilidade às DST/AIDS.** 2003, 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SANTOS JÚNIOR, S.B. AIDS-medo e preconceito:Um caso concreto. **Rev. IMESC**, n. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/rev1c.htm>>. Acesso em: 22 dez.2006.

SANTOS, R.O.S. **O uso do preservativo nas relações sexuais e a prevenção do HIV/Aids: com a palavra as mulheres.** 2005, 84p. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Trad. Christiane Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. New York: Columbia University Press, 1989.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 5, 2004.

SILVA, L.F.M. **Estudo sociojuridico relativo à implementação de políticas de ação afirmativa e seus mecanismos para negros no Brasil: aspectos legislativo, doutrinário, jurisprudencial e comparado.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/estudosociojuridico.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2006.

SILVA, L.S. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens e mulheres de 50 a 59 anos.** 2006, 110p. Dissertação (Mestrado em de mestrado) - Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem, Salvador.

SILVA, L.S.; PAIVA, M.S.; SANTIAGO, U.C.F. Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da aids. In: **Aids congress.net: prevenção da sida um desafio que não pode ser perdido.** Santarém, Portugal: Normagrafe Ltda, 2006, p. 109-113.

SILVA, L.S.; PAIVA, M.S.; CARNEIRO, A.J.S. Articulando gênero e geração nos estudos de saúde e sexualidade. In: **SEMINÁRIO FAZENDO GÊNERO**, 2006. Disponível em: <[http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/P/Paiva-Carneiro-Silva\\_14.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/P/Paiva-Carneiro-Silva_14.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2006.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela-Brasil. 2002. **Rev. de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2004, p. 764-772.

SOUZA, S.D. Gênero e religião nos estudos feministas. **Rev. Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v. 12, Ano 12, set/dez. 2004, p. 122-130.

SZWARCWALTZ, C.L. et al. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2000.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000400027&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000400027&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 17 jan. 2007.

TUNALA, L.G. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 4, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2007.

VIANA, S.M.et al. **Mediando as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-americana de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2001.

VIEIRA, A.B.A. **Olhar sobre capacitação**: conhecimento elaborado socialmente pelas enfermeiras do programa de saúde da família. Fortaleza: 2003

VILLELA, W. As mulheres e a epidemia de HIV/AIDS. In: **SEMINÁRIO AIDS, SAÚDE REPRODUTIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS**. São Paulo, 1993.

VILLELA, W.V. Refletindo sobre negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (orgs). **Quebrando o silêncio**: mulheres e a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

WERNECK, J. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, 2001, p. 31-33.

WESTRUPP, M.H.B. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV**: contribuições à cerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/aids. 1997, 177p. (Tese de doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis

ZAMPIERI, A.M.F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade**: sexualidade conjugal e prevenção do HIV/AIDS. São Paulo: Agora, 2004.

ZINK, L. Sexualidade: de Reich ao Contemporâneo. In: **Convenção Brasil Latino América**. Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoerapias Corporais. Rio Grande do Sul, 2004.

**APÊNDICE A - Questionário do teste de associação livre de palavras**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**QUESTIONÁRIO DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

**Título do projeto:** Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/aids

**Mestranda:** Ninalva de Andrade Santos

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Santos Paiva

**Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2006

**I. IDENTIFICAÇÃO**

|                                                                            |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Idade: .....                                                               | Ocupação: .....                        |
| Religião: .....                                                            | Escolaridade: .....                    |
| Estado civil: .....                                                        | Renda familiar: .....                  |
| Naturalidade: .....                                                        | Tempo de residência no município:..... |
| Cor autodeclarada: ( ) branca ( ) pardo ( ) preto ( ) amarelo ( ) indígena |                                        |

**II. PERGUNTAS**

1. Cite 5 palavras que te levam a pensar na Aids

---

---

---

---

2. Cite 5 palavras que te levam a pensar no HIV

---

---

---

3. Cite 5 palavras que te levam a pensar em sexo

---

---

---

4. Cite 5 palavras que te levam a pensar em sexualidade

---

---

---

5. Cite 5 palavras que te levam a pensar em vulnerabilidade (risco) da mulher à infecção pelo HIV/Aids

---

---

---

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Título do projeto:** Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/aids

**Mestranda:** Ninalva de Andrade Santos

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Santos Paiva

**Roteiro de entrevista semi-estruturada**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO**

Idade: .....

Ocupação: .....

Religião: .....

Escolaridade: .....

Estado civil: .....

Renda familiar: .....

Naturalidade: .....

Tempo de residência no município:.....

Cor autodeclarada: ( ) branca ( ) pardo ( ) preto ( ) amarelo ( ) indígena

**II. CADEIA DE TRANSMISSIBILIDADE DO HIVAIDS**

- Na sua opinião, quais os fatores que aumentam o risco da mulher se contaminar pelo HIV?

---



---

- Você acha que o fato de residir no interior aumento a vulnerabilidade (risco) das mulheres contraírem a infecção pelo vírus HIV/Aids? Por quê?

---

---

---

- Você acha que as mulheres de raça/cor negra possuem maior vulnerabilidade (risco) de contraírem a infecção pelo vírus HIV/Aids? Por quê?

---

---

---

- Você acha que mulheres e homens têm o mesmo risco de contrair a infecção pelo HIV/aids? Por quê?

---

---

---

- Qual a vulnerabilidade (risco) que levou você a contrair a infecção pelo HIV/aids?

---

---

---

**APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO DO PROJETO: Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/aids**

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2005.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você esta sendo convidada a participar de uma pesquisa que esta sendo desenvolvida no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.

- **Propósito do estudo:** conhecer a vulnerabilidade (risco) das mulheres residentes no interior à infecção pelo HIV/Aids.
- **Participação:** ao aceitar participar do estudo estarei a disposição da pesquisadora para responder ao teste de associação livre de palavras, o qual traz questões referentes a Aids, sexo, sexualidade e vulnerabilidade (risco) a infecção pelo HIV/Aids, bem como participar de grupos focais, onde serão discutidas questões referentes à vulnerabilidade (risco) de mulheres à infecção pelo HIV/Aids. Os depoimentos serão gravados em fita de áudio, sendo permitida a participante solicitar a escuta da entrevista ao final, estando também permitida alterações das informações prestadas. O material de gravação será arquivado pela autora, por um período de cinco anos, sendo posteriormente incinerado.
- **Riscos:** este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral.
- **Confidencialidade do estudo:** no intuito de evitar constrangimentos as participantes do estudo, devido à condição de sua soropositividade ou exposição de assuntos relacionados à intimidade, será garantida a privacidade, o anonimato, bem como o direito de aceitar ou não participar da pesquisa, podendo ser essa autorização suspensa em qualquer fase do estudo. Assim, as determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre pesquisa envolvendo seres humanos, serão atendidas. Os resultados do estudo serão publicados no relatório final da dissertação e artigos científicos.
- **Benefícios:** este estudo promoverá reflexão acerca da vulnerabilidade (riscos) de mulheres interioranas à infecção pelo HIV/Aids, contribuindo para sensibilização das mulheres expostas ao risco quanto a importância da adoção de práticas sexuais protegidas.

- **Danos advindos da pesquisa:** caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos através dos responsáveis pelo estudo, ou seja, a mestranda Ninalva de Andrade Santos e sua orientadora senhora Mirian Santos Paiva. Os pesquisadores e os entrevistados não receberão benefícios financeiros para participação no estudo. Todas as despesas serão por conta da mestranda/pesquisadora.
- **Participação voluntária:** minha participação é voluntária, podendo a qualquer momento desistir do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidade para mim.
- **Consentimento para participação:** Após ser devidamente esclarecida quanto aos objetivos deste estudo, dos procedimentos aos quais serei submetida, bem como dos possíveis riscos decorrentes da minha participação estou de acordo em participar do mesmo. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo asseguram que será disponibilizado qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante a realização da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento.

Em caso de dúvidas e/ou problemas referentes ao estudo, você poderá entrar em contato com a autora através do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA pelos telefones (71) 3245-8224 e/ou 3245-8366.

Sendo assim, eu \_\_\_\_\_ aceito livremente participar do estudo Vulnerabilidade de mulheres interioranas, à infecção pelo HIV/Aids.

---

Assinatura da participante  
RG: \_\_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora  
RG: 2.041.087-56 (SSP-Ba)

## ANEXO A - IMP - dicionário Tri-deux-mots

IMP - dicionário Tri-deux-mots  
*IMPortation des MOTs* - obtido através do software Tri-Deux-Mots

TRI-DEUX Version 2.2

IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes  
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est nina.DAT  
 et servira d'entr,e pour TABMOT  
 Le fichier de position en sortie sera nina.POS  
 et servira d'entr,e pour TABMOT  
 Le fichier d'impression est nina.IMP  
 Position de fin des caract,ristiques 3  
 Nombre de lignes maximum par individu 3

Le stimulus est en fin de mot et sera report,  
 en fin de caract,ristiques ... la position 4  
 il sera laiss, en fin de mot  
 Nombre de lignes lues en entr,e 25  
 Nombre de mots ,crits en sortie 529  
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0  
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s  
 D,coupage en mots termin,  
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractšres

Impression de la liste des mots

|        |      |          |      |          |      |          |      |
|--------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| abraç3 | abra | 1 aceta1 | acet | 1 acont3 | acon | 1 agcon5 | agco |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| ahome4 | ahom | 1 aids2  | aids | 4 aids3  | aid1 | 2 ajout3 | ajou |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| alegr4 | aleg | 1 alert2 | ale1 | 1 aliun5 | aliu | 1 amais2 | amai |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| amapr3 | ama1 | 1 amar1  | ama2 | 1 amor2  | amor | 1 amor3  | amo1 |
| 8      |      |          |      |          |      |          |      |
| amor4  | amo2 | 1 amor5  | amo3 | 1 amovi2 | amo4 | 1 ampro1 | ampr |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| antip3 | anti | 1 apren2 | apre | 1 arrep1 | arre | 1 arrep4 | arr1 |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| atraç3 | atra | 3 atraç4 | atr1 | 1 autoe2 | auto | 1 avest4 | aves |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| bebid3 | bebi | 1 beijo3 | beij | 1 belez4 | bele | 1 bfboc2 | bfbo |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| bfboc5 | bfb1 | 3 bom3   | bom3 | 6 bonit4 | boni | 1 cabeç4 | cabe |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| cafur5 | cafu | 3 camis3 | cami | 2 camis5 | cam1 | 1 capac1 | capa |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| carin2 | cari | 1 carin3 | car1 | 5 carin4 | car2 | 1 cboni4 | cbon |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |
| cerra4 | cerr | 1 cfami1 | cfam | 1 charm4 | char | 1 cirur2 | ciru |
| 1      |      |          |      |          |      |          |      |

|             |      |          |      |              |      |          |      |
|-------------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| compa2<br>1 | comp | 1 compr3 | com1 | 1 confi5     | conf | 4 conhe3 | con1 |
| conhe4<br>1 | con2 | 3 consc2 | con3 | 1 conta2     | con4 | 2 corui4 | coru |
| cuida1<br>3 | cuid | 8 cuida2 | cui1 | 5 cuida3     | cui2 | 5 cuida4 | cui3 |
| cuida5<br>1 | cui4 | 1 cumpl4 | cump | 1 decep1     | dece | 1 decor5 | dec1 |
| depen2<br>1 | depe | 1 depre1 | dep1 | 1 desco4     | desc | 1 descu3 | des1 |
| desej3<br>1 | des2 | 4 desen4 | des3 | 1 desin5     | des4 | 5 despr1 | des5 |
| desre1<br>1 | des6 | 1 destr5 | des7 | 3 deus1cura1 | deus | 1 deusc1 | deu1 |
| dfilh1<br>1 | dfil | 1 dfilh2 | dfi1 | 1 dialo3     | dial | 1 dialo4 | dia1 |
| direi1<br>6 | dire | 1 discr1 | disc | 3 discr2     | dis1 | 2 doenç1 | doen |
| doenç2<br>2 | doe1 | 5 doenç3 | doe2 | 1 doinc1     | doin | 1 doper1 | dope |
| dorpr1<br>9 | dorp | 1 droga1 | drog | 1 droga2     | dro1 | 1 droga5 | dro2 |
| droin2<br>1 | dro3 | 1 droin5 | dro4 | 1 dsang5     | dsan | 2 dst3   | dst3 |
| duvid1<br>1 | duvi | 1 educa4 | educ | 2 efilh4     | efil | 2 elega4 | eleg |
| emagr1<br>1 | emag | 2 emoça5 | emoç | 1 esbem4     | esbe | 2 escop2 | esco |
| escop3<br>1 | esc1 | 1 escur2 | esc2 | 1 estil4     | esti | 1 estup2 | est1 |
| estup5<br>2 | est2 | 1 evdst3 | evds | 5 evdst4     | evd1 | 1 evita3 | evit |
| evita4<br>1 | evi1 | 1 exclu1 | excl | 1 exclu2     | exc1 | 1 exrot5 | exro |
| extro4<br>1 | extr | 1 falei2 | fale | 1 famil2     | fami | 1 famor1 | fam1 |
| fcamo3<br>2 | fcam | 1 fcomp1 | fcom | 1 fconh2     | fco1 | 2 fcuid5 | fcui |
| feexp5<br>1 | feex | 2 felic2 | feli | 1 felic3     | fel1 | 1 festa3 | fest |
| fexam2<br>1 | fexa | 2 filho4 | filh | 1 fprev2     | fpre | 1 gosta3 | gost |
| gosto3<br>1 | gos1 | 1 gravi3 | grav | 3 higie3     | higi | 1 hoinc5 | hoin |
| homem3<br>1 | home | 1 homem4 | hom1 | 2 homos5     | hom2 | 1 igual1 | igua |
| imatu5<br>1 | imat | 2 imora4 | imor | 1 incap2     | inca | 1 inexp5 | inex |
| inffa4<br>2 | inff | 1 infid1 | inf1 | 1 infid5     | inf2 | 7 infor1 | inf3 |
| infor2<br>2 | inf4 | 1 infor4 | inf5 | 2 intel4     | inte | 1 inval1 | inva |
| inval2<br>1 | inv1 | 1 irres2 | irre | 2 irres5     | irr1 | 2 jovem4 | jove |
| libse4<br>1 | libs | 1 luta2  | luta | 1 macac2     | maca | 1 macor1 | mac1 |
| medco1<br>6 | medc | 1 medic1 | med1 | 1 medo1      | med2 | 3 medo2  | med3 |
| medoc1<br>1 | med4 | 1 medoc3 | med5 | 2 medom1     | med6 | 1 mnfaz3 | mnfa |

|             |      |   |        |      |    |        |      |   |        |      |
|-------------|------|---|--------|------|----|--------|------|---|--------|------|
| molec4<br>1 | mole | 1 | morte1 | mort | 16 | morte2 | mor1 | 5 | motel3 | mote |
| mparc2<br>1 | mpar | 2 | mperd4 | mper | 1  | mroma3 | mrom | 1 | mulhe4 | mulh |
| nafim2<br>2 | nafi | 1 | namor3 | namo | 1  | naodi1 | naod | 1 | natur3 | natu |
| neces3<br>1 | nece | 2 | neces4 | nec1 | 1  | nervo1 | nerv | 1 | novid2 | novi |
| npeng2<br>1 | npen | 2 | nprev5 | npre | 1  | nquer3 | nque | 1 | ntran2 | ntra |
| obser1<br>1 | obse | 1 | odoen2 | odoe | 1  | oqfiz2 | oqfi | 1 | oraça1 | oraç |
| oraça2<br>1 | ora1 | 1 | orien3 | orie | 1  | orien4 | ori1 | 1 | pafix1 | pafi |
| pafix4<br>2 | paf1 | 1 | paixa3 | paix | 3  | papan3 | papa | 1 | parce5 | parc |
| parde5<br>1 | par1 | 2 | pavor1 | pavo | 1  | pavor4 | pav1 | 1 | perig1 | peri |
| perig2<br>9 | per1 | 1 | perig4 | per2 | 1  | perpe2 | per3 | 1 | praze3 | praz |
| praze4<br>1 | pra1 | 3 | preco1 | prec | 7  | preco2 | pre1 | 2 | preoc1 | pre2 |
| preoc3<br>6 | pre3 | 1 | preoc4 | pre4 | 1  | prese4 | pre5 | 1 | preve1 | pre6 |
| preve2<br>1 | pre7 | 7 | preve3 | pre8 | 4  | preve5 | pre9 | 2 | probe1 | prob |
| promi1<br>2 | pro1 | 1 | promi2 | pro2 | 2  | promi5 | pro3 | 4 | propa2 | pro4 |
| prost3<br>1 | pro5 | 1 | prost4 | pro6 | 2  | prost5 | pro7 | 2 | prote1 | pro8 |
| prote2<br>1 | pro9 | 3 | prote4 | ro10 | 1  | pslim5 | psli | 1 | qcabe1 | qcab |
| rejei1<br>2 | reje | 2 | relac4 | rela | 1  | relse3 | rel1 | 1 | relse5 | rel2 |
| remed1<br>1 | reme | 1 | remed2 | rem1 | 1  | respe1 | resp | 1 | respe2 | res1 |
| respe3<br>1 | res2 | 1 | respo3 | res3 | 1  | revol1 | revo | 1 | riado2 | riad |
| rihiv3<br>1 | rihi | 1 | ritra1 | ritr | 1  | rvive3 | rviv | 1 | sabed1 | sabe |
| safaz3<br>1 | safa | 1 | sanfe5 | sanf | 1  | sangu5 | san1 | 1 | sanit5 | san2 |
| satis3<br>1 | sati | 1 | sauda3 | saud | 1  | saude3 | sau1 | 1 | seaf14 | seaf |
| sensu4<br>1 | sens | 1 | seora5 | seor | 3  | sepen2 | sepe | 1 | serin5 | seri |
| sexan5<br>3 | sexa | 1 | sexca1 | sex1 | 2  | sexca2 | sex2 | 4 | sexca3 | sex3 |
| sexca4<br>2 | sex4 | 2 | sexca5 | sex5 | 1  | sexo2  | sex6 | 1 | sexo4  | sex7 |
| sexo5<br>1  | sex8 | 4 | sexsc5 | sex9 | 13 | sofri1 | sofr | 2 | soldd2 | sold |
| solid1<br>1 | sol1 | 1 | solid3 | sol2 | 1  | suici1 | suic | 1 | tesao3 | tesa |
| tparc5<br>1 | tpar | 1 | tpsex4 | tpse | 1  | traco1 | trac | 3 | trans1 | tra1 |
| trans2<br>1 | tra2 | 1 | trans4 | tra3 | 1  | trata2 | tra4 | 3 | traum3 | tra5 |
| trave2<br>1 | tra6 | 1 | trist1 | tris | 6  | trist2 | tri1 | 2 | trist3 | tri2 |

|                           |      |   |        |            |   |        |      |   |        |      |
|---------------------------|------|---|--------|------------|---|--------|------|---|--------|------|
| tsang2                    | tsan | 1 | tsang5 | tsa1       | 8 | uccam5 | ucca | 1 | unia03 | unia |
| 1                         |      |   |        |            |   |        |      |   |        |      |
| vacin2                    | vaci | 1 | vaida4 | vaid       | 1 | valor2 | valo | 1 | virus2 | viru |
| 1                         |      |   |        |            |   |        |      |   |        |      |
| vtcom3                    | vtco | 1 | vvive1 | vviv       | 1 | vvive2 | vvil | 1 |        |      |
| Nombre de mots entr,s     |      |   |        | <b>529</b> |   |        |      |   |        |      |
| Nombre de mots diff,rents |      |   |        | <b>299</b> |   |        |      |   |        |      |

Impression des tris ... plat

|              |          |      |           |      |
|--------------|----------|------|-----------|------|
| Question 015 | Position | 15   | Code-max. | 4    |
| Tot.         | 1        | 2    | 3         | 4    |
|              | 529      | 270  | 113       | 81   |
|              | 100      | 51.0 | 21.4      | 15.3 |
|              |          |      | 12.3      |      |

|              |          |      |           |      |
|--------------|----------|------|-----------|------|
| Question 016 | Position | 16   | Code-max. | 3    |
| Tot.         | 1        | 2    | 3         |      |
|              | 529      | 117  | 90        | 322  |
|              | 100      | 22.1 | 17.0      | 60.9 |

|              |          |      |           |      |
|--------------|----------|------|-----------|------|
| Question 017 | Position | 17   | Code-max. | 4    |
| Tot.         | 1        | 2    | 3         | 4    |
|              | 529      | 261  | 184       | 25   |
|              | 100      | 49.3 | 34.8      | 4.7  |
|              |          |      |           | 11.2 |

## ANEXO B - AFC: Analyse factorielle des correspondances

### AFC: Analyse factorielle des correspondances

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,carts ... l'ind,pendance - mars 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 29  
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 6  
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de lignes actives est de 29  
 Le nombre de colonnes actives est de 6

M,moire disponible avant dimensionnement 505940  
 M,moire restante aprs dim. fichiers secondaires 504480  
 M,moire restante aprs dim. fichier principal 503776

AFC : Analyse des correspondances  
 \*\*\*\*\*

Le phi-deux est de : 0.149829

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.098108  
 Pourcentage du total = 65.5

Facteur 2

Valeur propre = 0.039394  
 Pourcentage du total = 26.3

Facteur 3

Valeur propre = 0.012328  
 Pourcentage du total = 8.2

Facteur 4

Valeur propre = 0.000000  
 Pourcentage du total = 0.0

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur (CPF)  
 Lignes du tableau

\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*  
 ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF F=4 CPF  
 \*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*

|      |      |     |      |     |      |     |    |     |        |
|------|------|-----|------|-----|------|-----|----|-----|--------|
| aids | 399  | 35  | -93  | 5   | -267 | 125 | -0 | 1   | aids2  |
| amo1 | -236 | 24  | 130  | 19  | 44   | 7   | 0  | 29  | amor3  |
| bom3 | 437  | 63  | -231 | 44  | -117 | 36  | -0 | 40  | bom3   |
| car1 | -258 | 18  | 101  | 7   | -320 | 224 | 0  | 36  | carin3 |
| conf | -621 | 85  | -46  | 1   | -54  | 5   | 0  | 145 | confi5 |
| cuid | 161  | 11  | 61   | 4   | 20   | 1   | -0 | 5   | cuida1 |
| cui1 | -494 | 67  | 21   | 0   | 157  | 54  | 0  | 6   | cuida2 |
| cui2 | 631  | 110 | 125  | 11  | 65   | 9   | -0 | 82  | cuida3 |
| des2 | -621 | 85  | -46  | 1   | -54  | 5   | 0  | 145 | desej3 |
| des4 | -295 | 24  | -298 | 61  | -170 | 63  | 0  | 23  | desin5 |
| doen | 45   | 1   | 250  | 52  | -34  | 3   | 0  | 0   | doenç1 |
| doe1 | -131 | 5   | 169  | 19  | -109 | 26  | 0  | 2   | doenç2 |
| dro2 | 74   | 3   | 49   | 3   | 12   | 1   | -0 | 4   | droga5 |
| evds | -186 | 10  | 162  | 18  | 235  | 121 | -0 | 3   | evdst3 |
| inf2 | -531 | 109 | 2    | 0   | 97   | 29  | 0  | 152 | infid5 |
| med3 | -364 | 44  | 71   | 4   | 11   | 0   | 0  | 15  | medo2  |
| mort | 76   | 5   | 141  | 44  | -51  | 18  | -0 | 0   | morte1 |
| mor1 | 178  | 9   | 310  | 66  | -30  | 2   | -0 | 10  | morte2 |
| praz | 347  | 60  | 168  | 35  | -18  | 1   | -0 | 70  | praze3 |
| prec | 26   | 0   | -310 | 92  | 82   | 21  | 0  | 1   | preco1 |
| pre6 | 391  | 51  | -237 | 46  | 170  | 76  | -0 | 15  | preve1 |
| pre7 | 53   | 1   | -25  | 1   | -25  | 2   | 0  | 0   | preve2 |
| pre8 | 512  | 58  | -508 | 142 | 184  | 59  | -0 | 13  | preve3 |
| pro3 | -441 | 43  | -453 | 113 | -33  | 2   | 0  | 65  | promi5 |
| sex2 | -55  | 1   | -277 | 42  | 65   | 7   | 0  | 4   | sexca2 |
| sex8 | -236 | 12  | 130  | 9   | 44   | 3   | 0  | 14  | sexo5  |
| sex9 | 230  | 38  | -120 | 26  | -67  | 26  | -0 | 34  | sexsc5 |
| tris | -244 | 20  | -200 | 33  | 25   | 2   | 0  | 28  | trist1 |
| tsa1 | 150  | 10  | 306  | 103 | 142  | 71  | -0 | 58  | tsang5 |

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

| ACT. | F=1  | CPF | F=2  | CPF | F=3  | CPF | F=4 | CPF |
|------|------|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|
| 0151 | 426  | 176 | 143  | 49  | 251  | 488 | 0   | 214 |
| 0152 | -171 | 71  | -57  | 20  | -101 | 196 | -0  | 31  |
| 0161 | -81  | 20  | 115  | 99  | -3   | 0   | -0  | 41  |
| 0162 | 598  | 145 | -854 | 735 | 25   | 2   | 0   | 102 |
| 0171 | -332 | 229 | -85  | 38  | 86   | 122 | -0  | 550 |
| 0172 | 522  | 360 | 134  | 59  | -135 | 192 | 0   | 62  |

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

**ANEXO C – O medo****O MEDO***Carlos Drumond de Andrade*

Em verdade temos medo.  
Nascemos escuro.  
As exigências são poucas:  
Carteiro, ditador, soldado.  
Nosso destino incompleto.

E fomos educados para o medo.  
Cheiramos flores de medo.  
Vestimos panos de medo.  
De medo, vermelhos rios, vadeamos.

Somos apenas uns homens  
E a natureza traiu-nos.  
Há as árvores, as fábricas,  
Doenças galopantes, fomes.

Refugiamo-nos no amor,  
Este célebre sentimento,  
e amor faltou : chovia,  
ventava, fazia frio em São Paulo.

Fazia frio em São Paulo...  
Nevava.  
O medo, com sua capa,  
Nos dissimula e nos berça.

Fiquei com medo de ti,  
Meu companheiro moreno.  
De nós, de vós; e de tudo.  
Estou com medo da honra.

Assim nos criam burgueses.  
Nosso caminho: traçado.  
Por que morrer em conjunto ?  
E se todos nós vivêssemos ?

Vem harmonia do medo,  
Vem, ó terror das estradas,  
Susto na noite, receio  
De águas poluídas. Muletas

do homem só. Ajudai-nos,  
lentos poderes do láudano.  
Até a canção medrosa  
se parte, se transe e cale-se.

Faremos casas de medo,  
muros tijolos de medo,  
Medrosos caules, repuxos,  
Rãs só de medo e calma.

E com asas de prudência  
com resplendores covardes,  
atingiremos o cimo  
de nossa cauta subida.

O medo, com sua física,  
Tanto produz: carcereiros;  
edifícios, escritores,  
este poema; outras vidas.

Tenhamos o maior pavor.  
Os mais velhos compreendem.  
O medo cristalizou-os.  
Estátuas sábias, adeus.

Adeus: vamos para a frente,  
recuando de olhos acesos.  
Nossos filhos tão felizes...  
Fiéis herdeiros do medo,

eles povoam a cidade.  
Depois da cidade, o mundo.  
Depois do mundo, as estrelas,  
dançando o baile do medo.

**Anexo D - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UESB****Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB****PARECER CONSUBSTANCIADO****Protocolo Nº 074/2006****I – Identificação:****Projeto de Pesquisa:** “Vivenciando a sexualidade após a infecção por HIV/AIDS.”**Pesquisador Responsável:** Prof<sup>ra</sup>. Ninalva de Andrade Santos**Instituição onde se realizará:** UESB.**Área de Conhecimento:** 4.04 - Ciências da saúde (Enfermagem)

**II - Objetivos:** Identificar, como os portadores da infecção pelo HIV/AIDS exercem sua sexualidade após receberem o resultado da soropositividade, verificando se houve mudanças no comportamento sexual após este diagnóstico e conhecer a realidade afetiva destes portadores.

**III – Sumário do projeto:** A presente proposta tem como finalidade identificar como os portadores da infecção pelo Hiv/Aids exercem sua sexualidade após receberem o resultado da soropositividade. O campo de pesquisa escolhido para a realização deste trabalho foi o Centro de Referência em DST/Aids, localizado no bairro Mandacaru em Jequié e os sujeitos desta investigação são portadores de HIV/Aids que são acompanhados no Centro de Referência em DSTs/Aids, com idade entre 15 e 40 anos. O estudo será abordado sob a ótica qualitativa, levando-se em consideração a temática a ser investigada. Para a coleta de dados será utilizado um questionário semi-estruturado com questões envolvendo um problema central e posteriormente será feita a análise dos dados coletados.

**IV – Comentários do relator:** O projeto de pesquisa está bem estruturado, a fundamentação teórica e a metodologia estão de acordo com os objetivos propostos. De acordo com os pesquisadores, trabalhar a sexualidade dos portadores de HIV/Aids é complexo e delicado, pois implica em sensibilização na tentativa de modificar comportamentos ancorados na afetividade, construídos nas particularidades da vida cotidiana e modelados por marcas sócio-culturais. Contudo, pesquisas neste campo são importantes, pois vão direcionar ações do governo e dos profissionais de saúde, de modo que se possa intervir na realidade destes pacientes fazendo valer seus direitos enquanto cidadãos, elevando desta forma sua qualidade de vida, além de promover proteção aos não portadores e controle da infecção. Todos os procedimentos metodológicos estão bem delineados, assim como a conscientização sobre as questões éticas.

**V – Parecer do relator:** Mediante a importância social que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos de acordo com a resolução 196/96, somos de parecer favorável à realização do projeto.

**Situação do projeto:** Aprovado e encaminhado***Jequié, 08 de junho de 2006***

  
**PROF. MARCOS HENRIQUE FERNANDES**  
Vice-Presidente do CEP/UESB

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.