

## **Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais com mulheres\***

*Andréia Isabel Giacomozzi<sup>1</sup>*

Universidade Federal de Santa Catarina

### **Resumo**

Este estudo refere-se às representações sociais de mulheres com e sem parceiro fixo sobre sexualidade e prevenção da aids. A incidência de aids tem aumentado entre indivíduos com relações heterossexuais estáveis em regime de conjugalidade e, em se tratando de mulheres, a maioria tem se contaminado por intermédio do parceiro. O objetivo da pesquisa foi verificar como as mulheres com e sem relacionamento fixo elaboram suas

### **Abstract**

This paper deals with social representations of women—regardless of their having a stable partner—about sexuality and prevention of Aids. Aids's frequency increases among heterosexuals within stable relationships, especially women, who are infected most commonly by their sexual partners. The aim of the related research has been to know how women—within or without stable relationships—ela-

---

\* Trust in partners and protection against HIV: a research on social representations with women

<sup>1</sup> Endereço para correspondências: Rua Theófilo de Almeida, 171, ap. 104, Bom Abrigo, Florianópolis, SC, CEP 88085-310 (agiacomozzi@hotmail.com).

representações sociais sobre aids e se isso tem repercussão nas suas práticas de prevenção frente a essa doença. Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, no qual foi empregada a técnica de observação indireta via entrevistas “semi-diretivas”. Foram entrevistadas 20 mulheres que mantinham relações fixas em regime de conjugalidade no momento da entrevista e 20 mulheres que estavam sem parceiro fixo, totalizando 40 mulheres entrevistadas entre 30 e 40 anos. Para a análise do material coletado, utilizou-se *software* de análise quantitativa de dados textuais ALCESTE. Os resultados demonstram que as mulheres com parceiro fixo consideram a prevenção da aids algo necessário para todas as pessoas, exceto para elas mesmas, que se consideram seguras em suas relações conjugais, em virtude de um sentimento de confiança no parceiro. Verificou-se também que as entrevistadas sem parceiro fixo sentem-se mais vulneráveis frente à aids e, portanto, utilizam preservativo em todos os seus envolvimento sexuais eventuais.

**Palavras-chave:** Representações sociais; sexualidade; mulheres; aids; conjugalidade.

borate on social representations about Aids, and whether this has an impact on their adhering to prevention practices concerning Aids. That research has been accomplished in both descriptive and comparative terms, by means of indirect observations and non-directive interviews. 20 women from 30 to 40 years old have been interviewed, who at the time had stable relationships; 20 other ones, with no stable relationships, had also been interviewed. Analysis of data so obtained has been made by means of a computer program for quantitative analysis of textual data (ALCESTE). It has been found out that women with stable relationships consider that prevention of Aids is important for everybody but themselves, who consider themselves protected by stable relationships; they feel safe and trust their sexual partners. It has still been found out that women without stable relationships feel more vulnerable to Aids and use condoms in all their sexual relations.

**Keywords:** Social representations; sexuality; women; Aids; stable relationships.

**E**ste artigo constitui um resumo de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como foco as representações sociais de mulheres com e sem relacionamento fixo sobre sexualidade e prevenção à Aids<sup>2</sup>. O trabalho fundamentou-se em conhecimentos da psicologia social, mais especificamente na teoria das representações sociais de Serge Moscovici e do gênero como categoria de análise.

A contaminação das mulheres pelo vírus HIV configura-se em um importante questionamento na área da saúde nos últimos anos e tem sido problematizada também como uma questão social. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2002, publicado pelo Ministério da Saúde, o número de mulheres contaminadas com o vírus da aids cresce a cada ano e, na maioria dos casos, a contaminação nas relações heterossexuais. Entre as décadas de 1980 e 90, as mulheres maiores de 13 anos, contaminadas pela relação heterossexual, perfaziam 61,1%. No ano de 2002, essa porcentagem elevou-se a 93,5%.

No Brasil, o número de casos de aids é de 257.780 pessoas (notificados desde 1980), sendo que, deles, 66,61% (185.061) são homens e 26,17% (72.719) são mulheres. Entretanto, nota-se que, a cada boletim epidemiológico o número de mulheres infectadas aumenta gradualmente. Observou-se, também, redução da participação das categorias “homo e bissexual”, de 44,5%, nas décadas 1980 a 90, para 16,3%, no ano de 2002, ao mesmo tempo, houve incremento da categoria “heterossexual”, de 16,4%, nas décadas de 1980 a 90, para 58,0%, em casos de aids, sendo que 1.981 (65%) eram homens e 1.043 (34%), mulheres.

Os dados revelam aumento dessa epidemia, principalmente, entre indivíduos heterossexuais com parceiro fixo, em regime de conjugalidade. Considerou-se, portanto, necessário investigar os fatores determinantes na propagação dessa doença entre esse grupo de pessoas. Assim, esta pesquisa estuda os aspectos interacionais da epidemia da aids, no âmbito da intimidade e da conseqüência da confiança existente no ambiente privado dos lares, sob o ponto de vista das mulheres. É importante entender que, para as mulheres, as representações sociais da aids configuram-se de forma diferente de como são para os homens.

<sup>2</sup> Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, decorrente da infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Como exemplo disso, há o estudo de Camargo (2000), que pesquisou a representação da aids entre estudantes universitários. Mesmo com a prevenção à aids estando relacionada com a prevenção sexual, homens e mulheres relatam, segundo essa pesquisa, associar aids à promiscuidade. Porém, as mulheres atribuíram à desinformação o fato de as pessoas contraírem o vírus, enquanto, para os homens, a infecção pelo vírus HIV dava-se por um descuido do indivíduo contaminado.

Algumas pesquisas (CARVALHO, 1998; TURA, 1998; MADEIRA, 1998) demonstram que o cuidado com a aids pauta-se em relações em que predomina um sentimento de desconfiança, enquanto, nas relações conjugais, essa desconfiança inexistente ou é diminuída, pois o perigo da aids está relacionado ao “outro” de quem se desconfia.

### **A teoria das representações sociais**

A teoria das representações sociais originou-se na Europa, a partir da publicação por Serge Moscovici (1961) da obra *La Psychanalyse: Son image et son public*. Nela, o autor estuda a representação social da psicanálise, com o objetivo de compreender como a teoria psicanalítica disseminava-se de formas diferentes em diversos grupos.

Segundo Moscovici (1981, p.181),

*[...] uma representação social é um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de ‘teoria do senso comum’”.*

As representações desempenham papel fundamental nas práticas e na dinâmica das relações sociais. Dentre suas funções, Abric (1994) define quatro: saber, orientação de comportamentos e de práticas, justificativa de posicionamentos e comportamentos. Quando ocorrem contradições entre as representações sociais e suas práticas respectivas, surgem as relações de conflitos, que podem gerar a transformação de uma ou outra.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende verificar se as representações das mulheres com e sem parceiro fixo estão em acordo com suas práticas sociais com relação à prevenção a essa epidemia.

Levanta-se a hipótese de que o risco com relação à aids pode iniciar-se quando a relação de intimidade e confiança se estabelece. A partir de então, as pessoas tornam-se mais vulneráveis e as dimensões das práticas sociais podem dar indícios de que essa maneira de pensar afetará as estratégias de prevenção desse grupo.

A confiança influencia os relacionamentos, pois, de acordo com Misovich, Fisher e Fisher (1997), evidências indicam que indivíduos em relacionamentos estáveis tendem a não tomar nenhuma medida efetiva de prevenção à aids, geralmente, não usam preservativos e não conhecem a sua condição sorológica nem a do parceiro. Essas medidas preventivas não entram em pauta na relação. Já entre os indivíduos que utilizam o preservativo, esses pesquisadores encontraram os que, em geral, têm relacionamentos sexuais casuais: jovens, homossexuais, profissionais do sexo (porém, quando estes têm relacionamentos estáveis, não usam preservativo com seus parceiros fixos). Isso também foi encontrado na pesquisa de Ultramari (2001), que constatou que as profissionais do sexo utilizam preservativo em seus relacionamentos comerciais, mas não o utilizam com um parceiro fixo. A intimidade e a confiança seriam, portanto, causas de uma maior exposição ao vírus da aids. Estudos de Pinkerton e Abramson (1993) indicam que ter relacionamento sexual sem proteção com parceiro fixo e eliminar relações casuais (manter monogamia) pode expor o indivíduo a maior risco e vulnerabilidade do que ter sexo seguro com parceiro fixo e parceiros eventuais.

A relação de confiança, portanto, leva os indivíduos ao risco de contágio, pois se estabelece certa vulnerabilidade, e isso afetará as estratégias de prevenção à doença.

Utiliza-se a seguinte noção de “vulnerabilidade”:

*[...] avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (AYRES e cols., 1999, p.65).*

Esse termo surgiu como uma tentativa de compreender as possibilidades que uma pessoa ou grupo tem de se infectar com o vírus da aids. A vulnerabilidade divide-se em dois aspectos: individual e coletiva.

Segundo Ayres e cols. (1999) a vulnerabilidade individual consiste em três pressupostos:

- a) Qualquer indivíduo é passível de contaminação, de acordo com seus valores pessoais e recursos preventivos, em determinada época de sua vida;
- b) Quanto maior o amparo social e a assistência à saúde de que os indivíduos dispuserem, menor a morbidade, invalidez e morte; e
- c) Questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual.

A vulnerabilidade coletiva divide-se em programática e social. A primeira consiste nas ações do Estado, pelos seus programas de prevenção à aids, que fazem uma ligação entre os planos individual e social. São muitos os critérios para a avaliação dessas ações. Segundo Ayres e cols. (1999), a vulnerabilidade social é avaliada por muitos indicadores sociais elaborados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). A partir de oito índices, definem-se critérios para a classificação da vulnerabilidade entre alta, média e baixa. São eles: acesso à informação; gastos com serviços sociais e da saúde; mortalidade antes dos cinco anos; situação da mulher; índice de liberdade humana; relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde; índice de desenvolvimento humano.

Como dito, trabalha-se aqui com o gênero como categoria de análise. A noção de gênero, segundo Grossi e Miguel (1995), preocupa-se em desvincular os papéis sexuais de seu determinismo biológico, desnaturalizando a visão de mulher ainda existente e questionando a idéia de que haveria apenas um feminino e um masculino. Mais, as noções ligadas ao gênero são vistas como produtos de processos sociais e culturais, à medida que identidades de gênero (masculinidades e feminilidades múltiplas) diferenciam-se e constroem-se relacional e dinamicamente. É importante, portanto, conceber o masculino e o feminino como formas mutáveis e flexíveis e em interação uns com os outros. Mesmo em uma pesquisa em que o foco seja somente a mulher, é necessário considerá-la relacionalmente ao homem, para evitar contribuir com uma idéia sexista da moralidade, pois, de acordo com Scott (1990), mulheres e homens são definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de um deles pode ser alcançada por um estudo separado:

*[...] Este estudo rejeita a validade interpretativa da idéia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco, ou nada, a ver com o outro sexo" (SCOTT, 1990, p.7).*

Todavia, não se pode negar que existam muitas diferenças entre homens e mulheres, mesmo que sejam socialmente construídas e, no caso da sexualidade, as mulheres tenham estado em enorme desvantagem, pois, na sociedade, o poder é eminentemente masculino e pretende controlar os corpos e desejos femininos a toda prova. Citando Faria:

*Mesmo considerando todas as diferenças de uma mulher para outra, podemos dizer que as mulheres têm em comum a vivência do sexo em uma sociedade machista e patriarcal. Também devemos ter em conta que não são elas as únicas a serem castigadas e estigmatizadas por sua conduta sexual, mas que, em geral, isso acontece com todas as pessoas que não se situam dentro do que o modelo dominante define como práticas sexuais adequadas (1998, p.10).*

A noção de gênero pressupõe, portanto, uma integração entre masculino e feminino e entre indivíduo e sociedade (NOGUEIRA, 2001).

Observa-se, ainda, a grande influência das questões de gênero nos comportamentos de risco frente ao HIV. Essas questões, somadas às culturais e econômicas (dependência econômica da mulher em relação ao homem, por exemplo), têm grande peso no comportamento sexual da mulher e evidentemente influem nas questões de poder e de tomada de decisões:

*[...] especialistas em gênero e comportamento sexual notam que gênero é obviamente importante para definir como serão as negociações nos encontros sexuais e quem determinará quais práticas irão prevalecer<sup>3</sup> (EHRHARDT e WASSERHEIT, 1991, p.99).*

<sup>3</sup> Tradução da autora.

## **Método**

### *Caracterização da pesquisa*

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, no qual se emprega a técnica de observação indireta, mediante entrevistas semidiretivas, no intuito de coletar dados textuais como indicadores de RS e de práticas sociais de mulheres com e sem parceiros fixos, diante da prevenção à aids.

### *Participantes*

As participantes da pesquisa foram 40 mulheres que freqüentaram o Serviço de Atendimento Ginecológico do Ambulatório C do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2003. Das 40 entrevistadas, 20 mulheres tinham parceiro fixo há mais de três meses, no momento da pesquisa, estando em regime de conjugalidade; e as outras 20 não tinham parceiro ou estavam separadas há mais de três meses. Todas as mulheres tinham idade entre 30 e 40 anos e nenhuma delas era portadora do vírus HIV.

Os critérios utilizados para a seleção das participantes foram dois: freqüentar o serviço de atendimento ginecológico do HU e estar na faixa etária definida.

### *Instrumentos de coleta de dados*

Foi escolhida para a coleta dos dados a entrevista semidiretiva, pois é um dos recursos mais apropriados para a obtenção do material textual. Esse procedimento permite certa objetividade na obtenção dos dados e também possibilita respostas explicativas das participantes, facilitando ao pesquisador identificar as possíveis representações acerca do fenômeno estudado.

### *Procedimento*

A coleta de dados deu-se em duas etapas. Na primeira, fez-se um estudo piloto para o levantamento de temas recorrentes para a formulação de um roteiro de entrevistas. Essas entrevistas foram feitas com seis mulheres (três com relacionamento fixo há mais de

três meses e três com mulheres sem parceiro fixo ou separadas há mais de três meses). As entrevistas foram realizadas individualmente. As entrevistas dessa primeira etapa foram não-diretivas e não tinham um roteiro definido. A pesquisadora pedia para que a entrevistada falasse o máximo possível sobre o tema da prevenção à aids.

A segunda etapa considerou a análise do material obtido nas entrevistas piloto. Com os tópicos recorrentes naquelas entrevistas, montou-se um roteiro. As entrevistas da segunda etapa foram, portanto, mais estruturadas. Outros dados a respeito das entrevistadas também foram coletados, tais como: idade, nível de escolaridade, existência ou não de filhos e número de casamentos. A partir daí, passou-se a realizar as entrevistas com o roteiro preestabelecido.

Adotaram-se procedimentos comuns que padronizassem a pesquisa. Os procedimentos para a realização das entrevistas seguiam os mesmos passos: 1) Contato telefônico da paciente com a secretária do ambulatório e agendamento da consulta; 2) Atendimento com a enfermeira; 3) Ao final do atendimento, a enfermeira falava à paciente sobre a pesquisa e a convidava a participar; 4) Contato com a pesquisadora; 5) Apresentação dos objetivos do trabalho; 6) Permissão da entrevistada; 7) Aplicação do roteiro de entrevistas.

#### *Procedimentos para a análise dos dados*

Os procedimentos que se seguiram às transcrições das entrevistas foram: 1) na primeira linha da transcrição, constavam as variáveis descritivas de cada entrevistada (idade, nível de escolaridade, com ou sem parceiro fixo, com ou sem filhos); 2) todas as falas da entrevistadora (perguntas) foram escritas em letras maiúsculas; 3) correção de erros de pontuação e de português e transcrição de termos coloquiais de acordo com a escrita correta, correção da concordância verbal e de gênero.

Na seqüência, fez-se o processamento das produções discursivas para o *software* ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto<sup>4</sup>), com os seguintes passos: 1) adaptação das produções discursivas às normas do *software*; 2) exclusão das falas (questões) da entrevistadora; 3) lançamento da análise do material.

<sup>4</sup> "Analyse Lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte", ou seja, Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto.

O *software* é utilizado para relacionar os dados quantitativos textuais de uma quantidade de entrevistas com o seu contexto de localização no texto. Segundo Camargo<sup>5</sup>, o programa toma como base um único arquivo, mas é necessário indicar unidades de contexto iniciais (UCIs) e preparar esse arquivo sob regras específicas. No caso desta pesquisa, cada entrevista será uma UCI.

Um conjunto de unidades de contexto iniciais (UCI) forma um *corpus* de análise. Para ser analisado pelo ALCESTE, o *corpus* deve constituir um conjunto textual centrado em um tema. Portanto, o material textual deve ser monotemático, pois a análise dos textos sobre mais de um item pré-estruturado resulta na reprodução da estrutura prévia. Assim, foi necessária a divisão do *corpus* inicial em dois *corpora* para garantir essa característica.

Para analisar os textos, o programa ALCESTE executa quatro etapas: A, B, C e D, sendo que cada uma das três primeiras contém três operações e a última, cinco. São elas:

Etapa A: Leitura do texto e cálculo dos dicionários. Aqui, o programa prepara o *corpus*, reconhece as UCIs, segmenta o texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e calcula a frequência dessas formas reduzidas.

Etapa B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs (seguimentos de tamanhos similares). Nessa etapa, as UCEs são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários e são repartidas em função da frequência das formas reduzidas. Depois, aplica-se o método de classificação hierárquica descendente, para se obter uma classificação definitiva. Utiliza-se, ainda, o teste do qui-quadrado, para obter classes de UCEs que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente das UCEs das outras classes.

Etapa C: Descrição das classes de UCEs. O programa apresenta o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que mostra as relações entre as classes. Segundo Reinert (1990), essas classes podem ser interpretadas como noções de mundo ou quadros perceptivo-cognitivos com certa estabilidade temporal e, para Camargo (2003), quando se aplica o ALCESTE no estudo da representação social, essas classes, formadas por vários segmentos de textos com vocabulários semelhantes, podem ser consideradas indicadores de diferentes noções de representação social ou campos de imagens sobre um determinado objeto.

<sup>5</sup> Capítulo de livro no prelo, cópia para uso interno do LACCOS.

Etapa D: Cálculos complementares – com base nas classes de UCEs escolhidas, o programa calcula as UCEs mais características de cada classe para melhor contextualização do vocabulário típico de cada classe. Outro recurso dessa etapa é permitir exportar as UCEs obtidas para outros programas informáticos.

## Resultados

### *Análise do corpus 1 sobre relação conjugal formado pelos discursos das mulheres co:n e sem relacionamento fixo*

Relatam-se, a seguir, os resultados obtidos via análise textual das respostas das entrevistadas. Esse *corpus* refere-se às respostas das seguintes questões: 1) O que você pensa da relação entre homens e mulheres de hoje em dia? e 2) Como têm sido as suas relações com os homens?

O *corpus* foi dividido em 629 UCEs (segmentos de tamanho similar) e a análise hierárquica descendente considerou para a análise todas as 629 UCEs, ou seja, 100% do total das UCEs que esse *corpus* tinha.

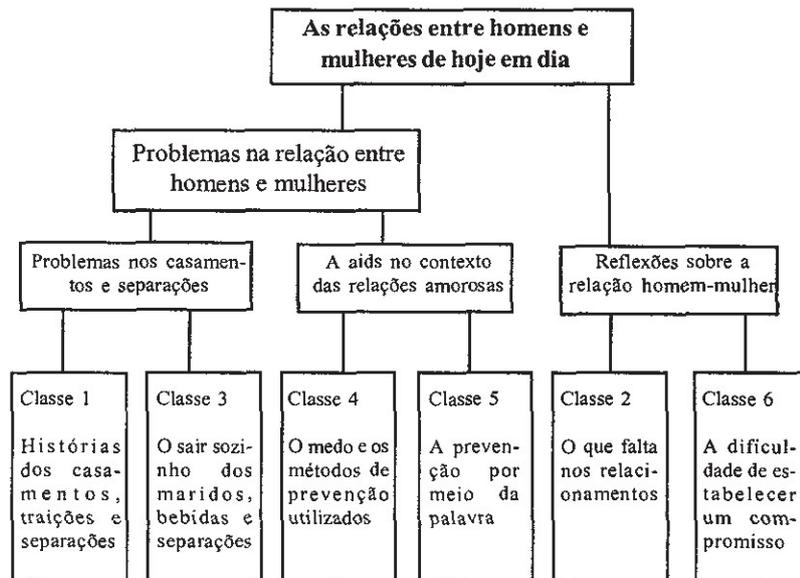
Houve, nesse *corpus*, 28.697 ocorrências de palavras e 5.066 formas distintas, indicando uma média de 6 ocorrências por palavra. Foram consideradas para a análise palavras com  $\chi^2 > 3,84$  e com frequência maior do que 6.

Os resultados da análise com o ALCESTE são apresentados na Figura 1, sob a forma de dendograma resultante da análise hierárquica descendente. Observa-se, no dendograma, que as respostas, denominadas **as relações entre homens e mulheres**, foram inicialmente repartidas em dois *subcorpora* denominados respectivamente: **problemas nas relações entre homens e mulheres** (primeira ramificação) e **reflexões sobre a relação homem-mulher** (segunda ramificação).

A primeira ramificação, **problemas na relação entre homens e mulheres**, desdobrou-se em outros dois *subcorpora*, denominados **problemas no casamento e separações** e **a aids no contexto das relações amorosas**, ambos formados pelas respostas a respeito das diversas problemáticas que envolvem as relações entre homens e mulheres, nos dias de hoje, embora o primeiro volte-se mais aos problemas gerais que envolvem os relacionamentos, enquanto o segundo aborda a questão da aids.

Cada um desses dois *subcorpora* (**problemas no casamento e separações e a aids no contexto das relações amorosas**) ainda se subdividiu em duas classes estáveis. O primeiro, na classe 1 (**história dos casamentos, traições e separações**) e classe 3 (**o sair sozinho dos maridos, bebidas e separações**). Ambas guardam proximidades temáticas, pois falam sobre os problemas que levaram as entrevistadas às suas separações conjugais, porém, a classe 1 é formada pelas respostas em que as mulheres responsabilizam suas separações pelas traições dos maridos, enquanto, na classe 3, os responsáveis pelas separações são os hábitos dos maridos de sair sozinho e de beber. É importante também observar que as mulheres que relataram terem se separado em função do hábito de sair sozinho dos maridos e de beber voltaram a se casar, enquanto as que se separaram em função de traições masculinas não se casaram novamente. Não foram encontrados dados a esse respeito na literatura, mas se poderia pensar que o segundo fator (traições) tenderia a magoar mais as mulheres do que o primeiro (bebidas e sair sozinho), implicando diferentes práticas sociais a respeito de um novo casamento.

O segundo *subcorpus* dessa primeira ramificação (**a aids no contexto das relações amorosas**) também se subdividiu em duas classes. A classe 4 (**o medo e os métodos de prevenção utilizados**) e a classe 5 (**a prevenção por meio da palavra**). Essas duas classes também guardam semelhanças temáticas, embora, na classe 4, as mulheres que estão com parceiro fixo relatam ter medo de contrair aids, mas não pela via sexual, pois se sentem seguras com seus maridos, e sim por outros meios, tais como transfusão de sangue, no consultório odontológico, em clínicas, hospitais etc. Enquanto, na classe 5, as entrevistadas relacionam uma forma de prevenção à aids centrada na palavra, isto é, a certeza de que o outro está dizendo a verdade para ela seria a garantia de prevenção. Contudo, essa prevenção via palavra dá-se de diferentes maneiras para os dois grupos de mulheres. As mulheres com parceiro fixo têm certeza de que seus maridos dizem a verdade para elas e de que eles não têm relacionamentos extraconjugais, sendo, portanto, desnecessária a prevenção no casamento, enquanto as mulheres sem parceiro fixo consideram difícil encontrar alguém e ter certeza de que essa pessoa está dizendo a verdade com relação a seus hábitos sexuais para que elas sintam-se seguras.



**Figura 1**  
**Dendograma da classificação hierárquica descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas referentes à relação homem mulher: grupo de mulheres com e sem parceiro fixo (n = 40)**

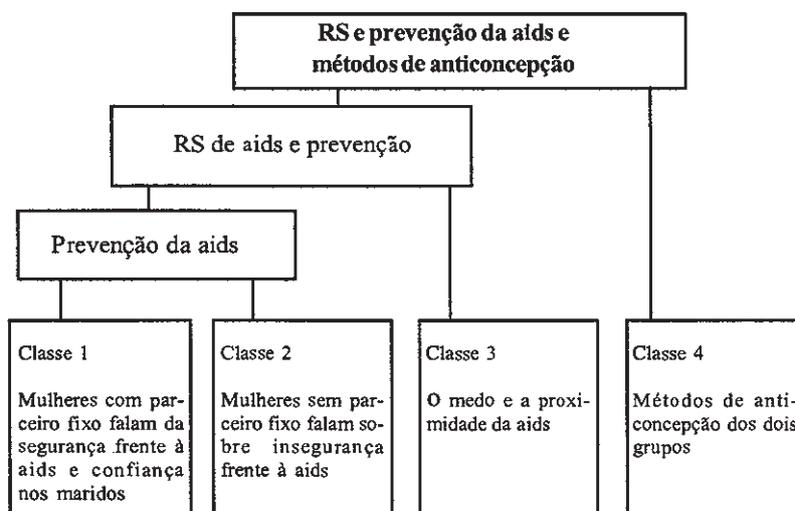
A segunda ramificação, **reflexões sobre a relação homem-mulher** desdobrou-se em duas classes, ambas referentes a respostas sobre a relação entre homens e mulheres, guardando, portanto, uma relação de proximidade temática entre si. Porém, na classe 2, as mulheres falam sobre o que está faltando nos relacionamentos (diálogo, respeito, carinho e igualdade), enquanto na classe 6, as entrevistadas comentam a dificuldade de estabelecer relações de compromisso com os homens, pois, segundo elas, os homens tendem a ter maior facilidade em ter relacionamentos eventuais, sem aprofundar um vínculo afetivo.

*Análise dos resultados do corpus 2 sobre prevenção à aids e métodos anticoncepcionais das entrevistadas com e sem parceiros fixos*

Esse *corpus* refere-se às respostas das seguintes questões: 3) Qual o método anticoncepcional que você utiliza? 4) O que você pensa a respeito da prevenção à aids? 5) Você se sente prevenida em relação a aids? 6) Você poderia me contar alguma coisa que a tenha impressionado sobre aids? 7) Gostaria de falar mais alguma coisa a esse respeito?

Para a análise do material, foi utilizado o mesmo procedimento do *corpus* 1, pelo programa ALCESTE.

O *corpus* 2 foi dividido em 1.113 UCEs e a análise hierárquica descendente considerou todas as 1.113 UCEs, isto é, 100% das UCEs foram selecionadas. Houve, nesse *corpus*, 51.578 ocorrências de palavras e 5.066 formas distintas, o que indica uma média de 10 ocorrências por palavra. Foram consideradas para a análise, portanto, palavras com frequência maior do que 10 e com  $c2 > 3,84$ .



**Figura 2**

**Dendrograma da classificação hierárquica descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas das entrevistadas sobre RS e prevenção à aids e métodos de anticoncepção – grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.**

Observa-se, nesse segundo dendograma, que as respostas distribuem-se inicialmente em duas ramificações, sendo que a primeira ramificação constitui um *subcorpus* denominado **Representação social de aids e métodos de prevenção** e a outra é formada por uma classe que se contrapõe a todas as outras, que se denomina **Métodos de anticoncepção dos dois grupos**.

O *subcorpus* **Representação social de aids e métodos de prevenção** desdobrou-se em uma terceira ramificação, em outros dois *subcorpus*: o primeiro denominou-se **O medo e a proximidade da aids** e desdobrou-se em duas classes, ambas referentes aos sentimentos de prevenção à aids dos dois grupos de entrevistadas, guardando, portanto, uma relação de proximidade temática entre si, apesar de focalizarem diferentes práticas de prevenção. Na classe 1, **mulheres com parceiro fixo falam sobre segurança frente à aids e confiança nos maridos**, as entrevistadas falam sobre a não-necessidade de prevenção dentro das suas relações conjugais. Uma vez que confiam em seus maridos, a confiança, para elas, é ter certeza de que seus maridos não mantêm relações extraconjugais. Já na classe 2, **mulheres sem parceiro fixo falam sobre insegurança frente à aids**, as entrevistadas falam sobre a insegurança que sentem a respeito da aids e suas práticas de prevenção a essa doença. Elas relatam utilizar preservativo em todas as suas relações sexuais, embora a maioria delas admita já ter falhado em pelo menos uma vez ao longo das suas vidas sexuais em manter esse comportamento.

## Discussão

Os resultados desta pesquisa mostram que as representações sociais da prevenção à aids dos dois grupos de mulheres estão de acordo com suas práticas sociais de prevenção a essa doença.

Com relação ao grupo de mulheres com relacionamento fixo, a hipótese lançada no início deste trabalho confirma-se, pois o risco com relação à aids inicia-se quando a relação de intimidade e confiança se estabelece. A partir de então, as entrevistadas mostraram que se tornam mais vulneráveis, não tomando medidas preventivas com relação à aids, e as dimensões dessas práticas sociais de não-prevenção ou da prevenção por meio da palavra são indícios de que essa maneira de pensar afeta as estratégias de prevenção desse grupo.

Para as mulheres sem relacionamento fixo, as representações sociais da prevenção à aids também estão de acordo com suas práticas de prevenção frente a essa doença, uma vez que elas não se sentem totalmente prevenidas e têm medo de contrair a doença, portanto, procuram ter práticas efetivas de proteção, utilizando sempre o preservativo em seus encontros sexuais, embora já tenham falhado nisso, ao menos uma vez ao longo de sua vida sexual.

### **Considerações finais**

Esta pesquisa procurou levantar aspectos com relação às representações sociais da sexualidade e prevenção à aids que influenciam os comportamentos preventivos de mulheres com e sem relacionamento fixo, para contribuir com estratégias preventivas para essa população.

Os dados encontrados revelam que os dois grupos de mulheres (com e sem parceiro fixo) tendem a construir diferentes formas de pensar a sexualidade, bem como a prevenção à aids. Com relação à prevenção da aids, para as mulheres sem relacionamento, os riscos devem ser evitados usando camisinha, embora elas sintam dificuldades de negociar o uso da camisinha com seus parceiros eventuais e admitam que já fracassaram pelo menos uma vez nesta negociação. Para as mulheres com parceiro fixo, a lógica da prevenção dá-se com a manutenção da fidelidade no casamento, tanto da mulher quanto do homem, e com cuidados de higiene e com a saúde de maneira geral. A confiança em seus parceiros é aspecto fundamental no relacionamento e justifica o não-uso de métodos de barreira nas relações sexuais.

Nas falas das entrevistadas com relacionamento fixo, percebe-se que aids não combina com amor, pois a doença está relacionada com dor, sofrimento e morte (aspectos desvalorizados socialmente), enquanto o relacionamento amoroso que elas procuram construir passa pela entrega, pela confiança e pelo companheirismo. Entre essas duas instâncias, existe um grande abismo, que elas preferem não atravessar, não questionar, para não desmoronar seus sonhos de um casamento feliz.

Além desses, são vários os obstáculos encontrados para se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis em uma relação conjugal.

O fato de a maioria das entrevistadas usar a pílula como método anticoncepcional ou serem laqueadas, por exemplo, criaria a sensação de que o uso do preservativo seria desnecessário. Além disso, há a dependência financeira do parceiro; a crença de que a camisinha é incômoda ou reduz o prazer sexual; o medo de questionar ou de ser questionada a respeito de fidelidade, dentre outros.

Segundo Martin (1997), esses argumentos mostram que o sexo inseguro está longe de ser uma atitude irresponsável e limitada ao fato de não entrar em contato com o HIV, mas está, na verdade, fortemente ancorado na forma como as relações de gênero se estabelecem socialmente.

Para as entrevistadas que não mantêm uma relação conjugal, seria, portanto, mais fácil estabelecer limites frente ao outro e negociar o sexo seguro, pois não existe nesses relacionamentos eventuais nenhum envolvimento afetivo com o parceiro, somente a noção de indivíduo, além de estarem livres de todos esses aspectos que envolvem as relações de conjugalidade.

Assim sendo, os programas que visam à prevenção e à intervenção junto a tal população poderiam privilegiar o trabalho com casais, já que essas questões envolvem ambos os parceiros, com suas significações, crenças, tabus e preconceitos difíceis de ser modificados. Dessa forma, trabalhar exclusivamente com um dos sexos é desconsiderar o caráter relacional constituinte dos gêneros e depositar apenas sobre as mulheres, nesse caso, a responsabilidade de negociar com seus parceiros as práticas de sexo seguro, especialmente levando-se em conta que, como demonstram as pesquisas (DUARTE, 1996; SILVA, 1999), elas mesmas ainda têm dificuldade de se visualizar em uma posição de risco.

Faz-se necessário também considerar não somente a responsabilidade individual pela contaminação ou exposição ao vírus HIV, mas os aspectos socioculturais e políticos que envolvem os sujeitos nos contextos de suas comunidades, bem como conceber a aids como tendo forte conotação de construção cultural em que as normas de gênero, os aspectos afetivos, dentre outros, estão intimamente imbricados.

É preciso que, em nível individual, mais e mais pessoas alcancem essa autonomia, para poder ficar em pé de igualdade com os parceiros na hora de tomar decisões sobre sua própria sexualidade. Talvez, para isso, seja necessário reconstruir profundamente as identidades feminina e masculina,

individual e coletiva, reconhecendo os mecanismos utilizados para a desvalorização feminina e reconstruindo a visão de o que é ser mulher e ser homem, bem como refazendo uma visão das relações e práticas sociais (FARIA, 1998).

Desse modo, é necessário que primeiro se rediscutam as normas de gênero que regem a pessoa, para garantir a prevenção à aids entre a população. As desigualdades sociais entre homens e mulheres estão profundamente enraizadas na sociedade. A contaminação em massa pelo HIV é apenas mais um dos reflexos dessas desigualdades. É necessário que haja uma profunda mudança nos valores sociais e de gênero, para que as futuras gerações estejam longe dessa ameaça à saúde pública. A vacina contra a aids realmente seria muito bem-vinda diante do quadro geral em que se encontra a contaminação entre a população mundial, mas que ela não seja um “tapa-olhos” para a sociedade e que as discussões e a luta pela igualdade entre os sexos não pare em função de sua chegada.

#### **Referências bibliográficas**

ABRIC, J. *Pratiques sociales et representations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

AYRES, J. R. de C. M. e cols. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, M. R. e PARKER, R. (Orgs.). *Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.

BRASIL. Ministério da saúde. *Boletim epidemiológico-AIDS - 2002: sistema nacional de notificação*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv>>. Acesso em: mar. 2002.

CAMARGO, B. Sexualidade e representações sociais de estudantes universitários da UFSC sobre AIDS. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, p.97-110, 2000.

CARVALHO, M. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? In: MADEIRA, M. e JO-DELET, D. (Orgs.). *AIDS e representações sociais: a busca de sentidos*: EDUFRN, 1998.

DUARTE, M. *Aids e gênero na união conjugal: a história das mulheres*. 1996. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

EHRHARDT, A. e WASSERHEIT, J. N. Age, gender, and sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases in the United States. In: WASSERHEIT, J. N.; ARAL, S. O; HOLMES, K. K. e HITCHCOCK, P. J. (Eds.). *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, 97-121, 1991.

FARIA, N. *Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista*. São Paulo: Cadernos Sempre Viva, 1998.

GROSSI, M. P. e MIGUEL, S. M. A trajetória do conceito de gênero sobre mulher no Brasil. *Calhamaço*, n. 2, 1995.

MADEIRA, M. C. A confiança afrontada: representação social da Aids para jovens. In: MADEIRA, M. e JODELET, D. (Orgs.). *AIDS e representações sociais: a busca de sentidos*: EDUFERN, 1998.

MARTIN, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. *Revista USP*, São Paulo, v. 33, n. 2 p.10-20, março/maio 1997.

MISOVICH, J.; FISHER, J. e FISHER, W. Close relationships and elevated HIV risk behavior evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*, v.1, n.1 p.72-107, March 1997.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. Trad. A. Cabral.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Ed.). *Social Cognition: Perspectives on everyday understanding*. Academic Press, 1981, p.181-209.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, v.1, ABRAPSO, janeiro/junho 2001.

O. LEAVY, e B. CHENEY (Orgs.). *Tripla ameaça: AIDS e mulheres*. 1983. Rio de Janeiro: ABIA, 1985. Trad. A. Dourado.

OLTRAMARI, L. *Representações sociais de profissionais do sexo da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da Aids e DSTs*. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

PINKERTON, S. D. e ABRAMSON, P. R. Evaluating the risks: a Bernoulli process model of HIV infection and risk reduction. *Evaluation Review*, p.504-528, 1993.

TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais In: MADEIRA, M. e JODELET, D. (Orgs.). *AIDS e representações sociais: a busca de sentidos*: EDUFRN, 1998.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Rev. Educação e Sociedade*. Porto Alegre, 16 (2): 5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, C. *Mulheres: casamento aids e doenças sexualmente transmissíveis*. 1999. 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, USP, São Paulo.

*(Recebido em janeiro de 2004 e aceito para  
publicação em novembro de 2004)*