

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**CONFIANÇA NO PARCEIRO E PROTEÇÃO FRENTE AO HIV:
ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

FLORIANÓPOLIS

2004

ANDRÉIA ISABEL GIACOMOZZI

**CONFIANÇA NO PARCEIRO E PROTEÇÃO FRENTE AO HIV:
ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Brígido Vizeu Camargo

FLORIANÓPOLIS

2004

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉIA ISABEL GIACOMOZZI

CONFIANÇA NO PARCEIRO E PROTEÇÃO FRENTE AO HIV: ESTUDO DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: _____
Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof.^a Dr.^a Antonia Paredes Moreira
Departamento de Psicologia, UFPB

Prof.^a Dr.^a Prof.^a Dr.^a Clélia Nascimento Shulse
Departamento de Psicologia, UFSC

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido trilhar este caminho com saúde e inteligência.

Aos meus pais, que sempre me valorizaram, incentivaram e apoiaram dentro da minha vida escolar, desde os meus primeiros passos no jardim de infância até a conclusão deste Mestrado.

Ao meu marido e meu filho, pelos dias em que saíram, brincaram e assistiram filmes sem mim para que eu pudesse escrever este trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo pela orientação paciente e responsável que me permitiu concluir este trabalho em Psicologia Social.

Às professoras Clélia Nascimento Schulze e Antonia Paredes Moreira por terem aceitado participar da avaliação desse trabalho.

À equipe do ambulatório C do Hospital Universitário, nas pessoas da chefe do ambulatório, enfermeira Silvana, pela simpatia e pelas importantes contribuições; à enfermeira Elizabeth Flor, que muito auxiliou todo o processo de coleta de dados e se tornou uma amiga e confidente; à secretária Sandrinha que foi um verdadeiro anjo de força e proteção que apareceu em meu caminho e contribuiu imensamente para agilizar a pesquisa; à auxiliar de enfermagem Nil pela simpatia e amizade;

Dedico este trabalho ao meu filho Arthur, que através do seu encantamento com as estrelas e com o sistema solar, ensinou-me que podia esquecer as preocupações apenas olhando para o céu.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	4
SUMÁRIO.....	6
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
1 - MARCO TEORICO.....	14
1.1 - A Teoria das representações sociais.....	14
1.2 - A Aids no universo feminino.....	20
1.3 - Da sexualidade, conjugalidade e Intimidade.....	22
1.4 - O uso de preservativo, as questões de gênero e teorias psicossociais.....	28
2 –METODO.....	38
2.1- Caracterização da Pesquisa.....	38
2.2-Participantes.....	38
2.3- Instrumentos de Coleta de dados.....	38
2.4- Procedimentos da Pesquisa.....	39
2.5 - Procedimentos para a Análise dos dados.....	40
3 – ANÁLISE DE DADOS.....	43
3.1- Caracterização dos grupos de mulheres entrevistadas.....	43
3.2 - Análise do corpus 1 sobre relação conjugal formado pelos discursos das mulheres com e sem relacionamento fixo.....	44
3.2.1 - Problemas nos casamentos e separações.....	46
3.2.2 - A Aids no contexto das relações amorosas.....	52
3.2.3 - Reflexões sobre a relação homem – mulher.....	57
3.3 - Análise dos resultados do corpus 2 sobre prevenção à Aids e métodos anticoncepcionais das entrevistadas com e sem parceiros fixos.....	63
3.3.1 – Prevenção da Aids.....	65

3.3.2 – O medo e a proximidade da Aids.....	72
3.3.3 - O método anticoncepcional mais usado entre as mulheres com relacionamento fixo é o anticoncepcional oral, e entre as mulheres sem relacionamento fixo o uso da camisinha é uma constante.....	76
4. DISCUSSAO DOS RESULTADOS.....	80
4.1- Discussão do corpus 1 - Representações sociais sobre relação homem – mulher.....	80
4.1.1 -Problemas nos casamentos e separações.....	80
4.1.2 - A Aids no contexto das relações amorosas.....	85
4.1.3 - Reflexões sobre a relação homem – mulher.....	87
4.2 – Discussão do corpus 2 sobre prevenção à Aids e métodos anticoncepcionais das entrevistadas com e sem parceiros fixos.....	89
4.2.1 – A representação social da prevenção da Aids.....	90
4.2.2 - O medo e a proximidade da Aids.....	96
4.2.3 - Métodos de anticoncepção dos dois grupos de mulheres.....	99
5 - CONSIDERACOES FINAIS.....	101
6 – REFERÊNCIAS.....	107
7 – ANEXOS.....	112

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA I -Classificação dos tipos de amor/atração segundo a presença (+) ou ausência(-) dos componentes intimidade, paixão e decisão/ compromisso.....	27
TABELA II – Nível de escolaridade das entrevistadas.....	44
Figura 1 - Dendograma 1: Classificação Hierárquica Descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo (n= 40). Florianópolis, 2003).....	46
Figura 2: Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem relacionamento fixo. Florianópolis, 2003.....	48
Figura 3: Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.....	54
Figura 4: Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.....	58
Figura 5 – Dendograma 2 – 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.....	64
Figura 6 – Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.....	66
Figura 7 – Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.....	73
Figura 8 - Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.....	76

RESUMO

O presente 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 através do parceiro. O objetivo da pesquisa foi verificar como as mulheres com e sem relacionamento fixo elaboram suas representações sociais sobre Aids e se isso tem repercussão nas suas práticas de prevenção frente a esta doença. Tratou-se de um estudo descritivo, comparativo, no qual foi empregada a técnica de observação indireta através de entrevistas “semidiretivas”. 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 ao todo 40 mulheres entrevistadas entre 30 e 40 anos. Para a análise do material coletado, foi utilizado um *software* de análise quantitativa de dados textuais (ALCESTE). Os resultados demonstraram 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 a Aids e portanto utilizam preservativo em todos os seus envolvimento sexuais eventuais.

Palavras-chave: representações sociais, sexualidade, mulheres, Aids, conjugalidade.

ABSTRACT

The present study is concerned with the social representations of women in / without stable relationships about sexuality and prevention of Aids. Aids's incidence has been increasing among heterosexuals in stable relationships, especially women, who have been infected mostly by their sexual partners. The research's purpose was to identify how women in and without stable relationships elaborate social representations about Aids and if it has an impact over their prevention practices concerning this disease. It was carried as a descriptive and comparative study in which were used indirect observations and non-directive interviews. 20 women between 30 and 40 years were interviewed who were in close relationships at the time and 20 women who weren't in close relationships. In the data analysis, a software for quantitative analysis of textual data (ALCESTE) was used. The findings showed that this group of women in stable relationships considering that prevention of Aids is important for all the people, with the exception of themselves who are in securities relationships because they feel safe and trustworthy towards their sexual partners. more vulnerable to HIV. The findings showed yet that the women without stable relationships feel herself more vulnerable towards Aids and use condoms in all their sexual encounters.

Keywords: social representations, sexuality, women, Aids, stable relationships.

INTRODUÇÃO

O presente estudo constituiu-se em uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação, da Universidade Federal de Santa Catarina. Está ligado ao Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social (LACCOS) da UFSC e seu foco são as representações sociais de mulheres com e sem relacionamento fixo sobre sexualidade e prevenção da AIDS¹. O trabalho se fundamentará em conhecimentos da psicologia social, mais especificamente na teoria das representações sociais de Serge Moscovici e do gênero como categoria de análise.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2002, publicado pelo Ministério da Saúde, o número de mulheres contaminadas com o vírus da Aids tem crescido a cada ano e, na maioria dos casos, através de relações heterossexuais. Entre as décadas de 80 e 90 as mulheres maiores de 13 anos, contaminadas pela relação heterossexual, perfaziam um total de 61,1%. No ano de 2002 esta porcentagem elevou-se a 93,5%.²

Amaro, (1995) constatou que, nos EUA, a transmissão do HIV de homens para mulheres é 12 vezes maior que o inverso, e entre os adolescentes, em 91,5% dos casos de contaminação, as meninas contraíram o vírus de seus parceiros.

No Brasil, o número de casos de Aids é de 257.780 pessoas (notificados desde 1980), sendo que destes, 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, a redução da participação das categorias "homo/bissexual", de 44,5% nas décadas 80 a 90 para 16,3% no ano de 2002, ao mesmo tempo houve incremento da categoria "heterossexual" de 16,4%, nas décadas de 80 a 90, para 58,0 % em casos de Aids, sendo que 1981 (65%) eram homens e 1043 (34%) mulheres.³

Os dados revelam um aumento desta epidemia, principalmente entre indivíduos heterossexuais com parceiro fixo, em regime de conjugalidade. Faz-se, portanto necessário investigar os fatores determinantes na propagação desta doença entre este grupo de pessoas.

¹ AIDS : Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, decorrente da infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

² <http://www.Aids.gov.br>.

³ <http://www.Aids.gov.br>.

Assim, esta pesquisa pretende estudar os aspectos interacionais da epidemia da Aids, no âmbito da intimidade e da consequência da confiança existente no ambiente privado dos lares, sob o ponto de vista das mulheres. É importante entendermos que para as mulheres, as representações sociais da Aids configuram-se de forma diferente do que para os homens. Como exemplo temos o estudo de Camargo (2000) que verificou a representação da Aids entre estudantes universitários. Mesmo com a prevenção da Aids estando relacionada com a prevenção sexual, homens e mulheres relatam, segundo esta pesquisa, associar Aids com promiscuidade. Porém, as mulheres atribuíram à desinformação o fato das pessoas contraírem o vírus, enquanto que para os homens, a infecção pelo vírus HIV se dava por um descuido do indivíduo contaminado. Faz-se necessário então estudar as representações sociais das mulheres sobre Aids de maneira mais sistemática, para acrescentar dados à literatura a respeito da sexualidade feminina e da transmissão heterossexual do vírus, possibilitando um melhor direcionamento das campanhas de prevenção a esta epidemia.

Algumas pesquisas (Carvalho, 1998; Tura, 1998; Madeira, 1998) demonstram que o cuidado com a Aids está pautado em relações onde predomina um sentimento de desconfiança, enquanto nas relações conjugais esta desconfiança inexistente ou é diminuída, pois o perigo da Aids está relacionado ao “outro” em quem se desconfia.

Este estudo pretende servir como uma importante fonte de informações sobre como trabalhar aspectos preventivos da epidemia da Aids com o grupo social que mais cresce em número de infectados, que é atualmente, o de mulheres com parceiro fixo.

O problema de pesquisa deste estudo refere-se a observar se: “O fato de estar em conjugalidade faz com que as mulheres avaliem a Aids como uma doença distante, uma “doença do outro” não pertencente ao seu universo”.

Objetivo Geral: Verificar se mulheres com e sem relacionamento fixo elaboram diferentes representações sociais sobre Aids e se isso tem repercussão nas suas práticas de prevenção a esta doença.

Objetivo Específico 1: Caracterizar as concepções de relação homem-mulher das participantes e suas experiências nestes relacionamentos.

Objetivo Específico 2: Descrever as representações sociais de mulheres com e sem parceiro fixo sobre prevenção à Aids.

Objetivo Específico 3: Comparar as teorias do senso comum (representações sociais) sobre a prevenção à Aids , de mulheres com e sem parceiro fixo.

Objetivo Específico 4: Detalhar as práticas de proteção das entrevistadas frente a Aids.

Objetivo Específico 5: Relacionar as práticas de prevenção com as representações sociais dos dois grupos de mulheres (com e sem relacionamento fixo).

A apresentação deste trabalho terá a seguinte ordem: após essa introdução seguirá o capítulo I que se referirá ao marco teórico utilizado para a fundamentação dessa pesquisa. Esse capítulo divide-se em 5 partes. A primeira definirá o conceito de representações sociais; na segunda parte far-se-á um levantamento bibliográfico sobre a questão da Aids no universo feminino; na terceira serão trabalhadas as questões da sexualidade, conjugalidade e intimidade; Na quarta abordar-se-á a questão do uso de preservativo em relacionamentos estáveis; E na ultima parte será feita uma revisão bibliográfica sobre as questões de gênero e as teorias psicossociais;

No capítulo II, referente ao método utilizado, serão expostos os critérios para a seleção da amostra, as técnicas usadas para a coleta de dados e para a análise do material coletado. Além disso far-se-á uma descrição do local utilizado para a realização das entrevistas bem como a técnica utilizada nas mesmas.

O capítulo III trata da análise dos resultados dos dois “corpus”. O primeiro “corpus” refere-se às representações sociais sobre a relação entre homens e mulheres de hoje em dia. E o segundo corpus é sobre a representação social da prevenção a Aids dos dois grupos de mulheres, bem como os métodos de anticoncepção utilizados por elas.

O capítulo IV apresenta a discussão dos resultados e sua articulação com outros estudos sobre prevenção, além da relação com a teoria das representações sociais.

As considerações finais são a exposição de uma síntese da pesquisa e algumas questões que remetem a outros estudos.

As referências bibliográficas contêm todas as obras utilizadas no trabalho e o anexo apresenta o roteiro de entrevista utilizado para a pesquisa, os dois relatórios ALCESTE e o termo de aprovação do comitê de ética desta universidade para esta pesquisa.

1-MARCO TEÓRICO

1.1- A Teoria das representações sociais

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

O pensamento de Moscovici parece estar associado a várias teorias, tais como a teoria da linguagem de Saussure, os trabalhos de Mead sobre “self” humano e a teoria das representações cognitivas de Piaget, mas segundo Farr (1995), existe uma clara continuidade entre o estudo das representações coletivas de Durkheim e o das representações sociais de Moscovici. Este autor retorna aos estudos de Durkheim, rompendo assim com as premissas da ciência positivista de Comte que pensava o passado como sendo metafísica e o presente e futuro como ciência.

Antes da Segunda Guerra, havia uma distinção entre dois níveis de fenômenos: o individual e o coletivo, pois os teóricos acreditavam que as leis que explicavam o fenômeno coletivo eram diferentes das que explicavam os fenômenos individuais. Para Wundt os fenômenos coletivos não podiam ser explicados ao nível do indivíduo. Durkheim se opunha à psicologia do indivíduo, para ele a vida social é a condição de todo pensamento organizado, ele propunha portanto, estudar a sociedade. Dessa maneira, quando Moscovici se propõe a estudar as representações sociais, esse campo foi categorizado como uma forma sociológica e não psicológica de psicologia social.

Há, como pode ser visto, pontos equivalentes entre Moscovici e Durkheim: ambos dão importância às representações individuais e às representações sociais e coletivas. Para Durkheim as representações individuais possuem um registro psicológico e as coletivas, um registro sociológico, e para Moscovici, o registro das representações sociais é psicossociológico, centrado nas especificidades dos mecanismos psicológicos e sociais da produção de uma representação social (RS) - aí estão as diferenças entre esses dois autores.

O próprio Moscovici faz referência a esta relação:

“É inquestionável que devemos o conceito de RS a Durkheim. Entretanto, nós abordamos de um ângulo diferente, ou pelo menos a psicologia social deveria abordá-lo de um ângulo diferente da sociologia. A última considera representações, ou menos as considerava no passado como “dados”, como entidades explanatórias irreduzíveis pela análise. Representações eram vistas como intervenientes na sociedade, porém nenhuma atenção era dada seja a sua estrutura seja a sua dinâmica interna. A psicologia social, ao contrário, está voltada exatamente a estes fatos.” (Moscovici, 1985 p.5).

Como já dito anteriormente, os trabalhos de Mead (1904) sobre “self” humano também influenciaram a teoria das representações sociais, pois ele fazia uma crítica à natureza mais voltada ao estudo dos indivíduos em Wundt, além de ressaltar a importância da linguagem para se compreender a natureza humana. Portanto, segundo Farr (1995) onde Durkheim e Wundt colocam uma antítese entre o individual e o coletivo, Moscovici e Mead solucionam esta antítese e formulam uma síntese. Nas palavras de Moscovici: “Nas Representações Sociais não se considera que exista um corte entre o universo exterior e o do indivíduo ou grupo(...)O objeto está inscrito num contexto ativo, dinâmico, e parcialmente pelo indivíduo ou grupo como prolongamento de seu comportamento”. (Moscovici, 1978 p.48).

Dessa maneira, segundo Abric (1998), a teoria das representações sociais abandona a distinção clássica das abordagens behavioristas, entre sujeito e objeto, e o que se convencionou chamar de “realidade objetiva”:

“...Nós propomos que não existe uma realidade objetiva a priori, mas sim que toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca.” (Abric, 1998 p.27).

A representação é mais que um reflexo da realidade, ela é uma entidade organizadora desta realidade, que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando suas práticas. Além disso, ela orienta as ações e as interações sociais, pois determina um conjunto de antecipações e expectativas.

Moscovici, (1985) propõe três hipóteses pelas quais poderíamos formar Representações Sociais: 1- A hipótese do interesse: Criamos imagens para expressar ou esconder objetivos individuais ou coletivos. Essas afirmações seriam uma distorção

subjetiva da realidade objetiva; 2- A hipótese do desequilíbrio: São compensações imaginárias para restaurar um certo equilíbrio interno causado por tensões afetivas e psíquicas do fracasso de se tornar integrado à sociedade; 3- A hipótese do Controle: Grupos produziriam representações para filtrar a informação, com propósito de amoldar o comportamento individual.

Para Moscovici, estas hipóteses contêm elementos de verdade, porém são ainda muito gerais. A explicação que para ele é mais cabível é a de que as representações que fazemos a respeito do cotidiano têm por intuito tornar uma coisa desconhecida, ou não familiar, em algo familiar:

“...cada um de nós busca se sentir em casa, protegido das áreas de discordância e de incompatibilidade(...) O ato da representação transfere o que é perturbador e ameaçador em nosso universo de fora para dentro, de um lugar remoto para o próximo. Essa transferência opera de forma a separar conceitos e percepções que estão usualmente associados, e a integrá-los em contextos onde o incomum se torna familiar, onde o irreconhecível é amoldado a uma categoria reconhecida.” (Moscovici 1985 p.13)

Segundo Jodelet, (1985) uma representação social sempre está simbolizando algo, uma pessoa, um objeto ou mesmo um acontecimento. Ela não é uma simples tradução da realidade e sim uma nova leitura, uma construção simbólica que faz com que os indivíduos e grupos dêem novos sentidos aos fatos que circundam sua existência: “(...) designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos gerais e funcionais, socialmente categorizados. Em um sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social” (Jodelet 1985, p.474).

Para Jodelet (2001) as representações sociais possuem um espaço de estudo multidimensional, porém de uma maneira geral todos os territórios se reúnem neste esquema: 1- A representação social é sempre a representação de um objeto. Manifestam-se nela as características do sujeito e do objeto; 2- A RS tem uma relação de simbolização e de interpretação com seu objeto, substituindo-o e conferindo – lhe significações. Tem um caráter de imagem e a possibilidade de poder-se trocar a idéia pelo sensível, ou a percepção pelo conceito; 3- Ela é uma forma de conhecimento: e será apresentada como uma modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes lingüísticos, comportamentais ou materiais; 4- Tem um caráter construtivo, ela “serve para agir sobre o

mundo e ou outro”, o que desemboca em suas funções e eficácias sociais; 5- È prática, no sentido de que serve para agir sobre o mundo e o outro, desembocando em suas funções e eficácia social. .” (Jodelet, 2001 p 28)

Moscovici diferencia dois universos: o *consensual*, formado pelo senso comum e as características da realidade coletiva, e o *reificado*, formado pelos especialistas, técnicos e cientistas. Segundo Bangerter (1995) o primeiro se caracteriza por ter baixa estabilidade, depender do conhecimento externo, ter definições polissêmicas ser “profano” e exotérico (conhecimento aberto), enquanto o segundo corresponderia ao “sagrado”, ao científico, ser formal com definições estritas, possuir alta estabilidade, ser “esotérico” (conhecimento fechado) e não depender do conhecimento vindo de fora. As representações sociais correspondem ao universo consensual. Essa é outra grande diferença entre a teoria de Moscovici e o que se vinha fazendo até então, pois a maior parte das pesquisas em cognição social estava mais interessada em entender como lidamos com o conhecimento social reificado, e Moscovici se propõe a resgatar o conhecimento da cognição social, investigando o saber do senso comum. As representações sociais centram-se portanto no estudo do senso comum, que ele define como : “ ...aquela soma de conhecimentos que constituem o substratum de imagens e significados sem os quais, nenhuma coletividade pode operar.” (Moscovici, 1985 p. 8).

Para se entender como funcionam estes universos (consensual e reificado), faz-se necessário identificar quais são os processos que estruturam ou geram uma representação social como um objeto compartilhado por um determinado grupo. Os dois processos que constituem estes universos são: a *ancoragem* e a *objetivação*. Estes processos são importantes para tornar um fenômeno, de maneira geral, uma representação social, ou um conhecimento que é transformado e partilhado pelo senso comum. (Moscovici, 1985).

A *ancoragem* é um processo que possibilita que algo desconhecido seja incorporado ao sistema cognitivo dos indivíduos e associado a algo que eles já conhecem: “Ela permite que algo desconhecido e inquietante, que incita nossa curiosidade, seja incorporado a nossa própria rede de categorias e nos permite compará-la com o que nós consideremos um membro típico desta categoria.” (Moscovici, 1985 p.18). Este processo permite portanto a identificação de algum objeto externo como sendo algo familiar. Esta identificação é quase sempre um juízo de valor, pois que uma nova informação será relacionada com um objeto

já conhecido, sob pena de não haver a possibilidade de ancorá-lo, pois este novo conhecimento deve ter decodificação. (Oliveira & Werba , 2000).

Segundo Moscovici (1985) ancorar significa classificar. Isto é, quando encontramos um objeto desconhecido, o primeiro passo é classificá-lo com uma palavra que pertença à nossa linguagem. “... a representação é basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos.” (Moscovici, 1985 p.19)

A *ancoragem* permite ainda, envolver algo abstrato, desconhecido, em algo concreto, conhecido, seguro. Este fato, segundo Moscovici (1985) nos apropria a atingir o objetivo da sociedade, que seria o de forjar uma categoria tomando um indivíduo como ponto inicial, ou seja, corremos o risco de apressar nossas decisões, avaliando as evidências de forma muito rápida. À estas decisões Moscovici (1985) chama de *classificação*, ou *decisões prematuras*. A classificação é uma das principais características da *ancoragem*, pois precisamos atribuir uma característica, ou rótulo a algo que não nos é completamente conhecido. Ela é uma maneira de “dar lugar” a um objeto específico, em um conjunto de conhecimentos já representados por determinado grupo.

As classificações geralmente tomam duas direções: a da *generalização* e a da *individualização*. A generalização ocorre quando o indivíduo que está ancorando aproxima a imagem de um objeto não-familiar com outro que seja familiar. O processo de individualização acontece quando o objeto novo, que está sendo ancorado é visto com grande distância dos objetos já reconhecidos pelo indivíduo, criando assim, uma imagem de objeto desviante de um modelo pré-estabelecido.

Por último, a *objetivação* acontece em decorrência da passagem do tempo. Idéias que antes eram estranhas ou inconcebíveis à comunidade tornam-se aceitáveis, costumeiras em um estágio posterior:

“Objetivação satura o conceito desconhecido de realidade, transformando-o em um bloco de construção da própria realidade. Tendo primeiramente percebido em um universo puramente intelectual e remoto, ele emerge frente a nossos olhos, em carne e osso e de forma tangível” (Moscovici, 1985 p.26)

O processo de Objetivação acontece por três etapas: *redução*, *esquematização estruturante* e *naturalização*. A redução é uma diminuição mais precisa da comunicação.

Faz-se a redução de um fenômeno em partes para poder explicá-lo melhor, acentuando outros pontos, mais centrais para o grupo, para dar maior sentido e entendimento. A *esquematização estruturante* consiste em noções que constituem relações padronizadas e estruturadas de conhecimento que irão formar a representação social. A explicação sobre um determinado fenômeno vai se estruturando e tornando-se socializada para determinado grupo. Na *naturalização*, a percepção do grupo é vista como realidade e materialidade. Os grupos vão então explicar os fenômenos que acontecem no mundo, a partir das imagens e metáforas que este mesmo grupo têm sobre a realidade (Vala, 1993).

Segundo Abric (1998), o conjunto de elementos que constituem uma representação social se organiza e estrutura, constituindo-se num sistema sociocognitivo de tipo específico. E esta organização apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um *núcleo central* e em um ou mais *elementos periféricos* que dão significado à representação.

O núcleo central ou estruturante de uma representação é determinado pela natureza do objeto e pelo tipo de relações (sistema de valores e normas sociais) que o grupo mantém com este objeto. Ele possui duas funções: Uma função geradora: o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os outros elementos ganham sentido e outra função organizadora: Ele determina a natureza dos elos ou vínculos que unem entre si os elementos da representação. É, portanto, o elemento unificador e estabilizador da representação.

Para Abric (2001), o núcleo central é um subconjunto da representação. É o elemento mais estável da representação, sua ausência desestruturaria ou daria outro sentido à representação em seu conjunto.

Os elementos periféricos se organizam em torno do núcleo central. Eles são os componentes mais vivos e concretos da representação e possuem três funções: 1- Função de concretização: Eles resultam da ancoragem da representação na realidade. São a interface entre a situação concreta e o núcleo central; 2- Função de regulação: Auxiliam na adaptação da representação às evoluções do contexto. Frente à estabilidade do núcleo central, os elementos periféricos constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação; 3- Função de defesa: a transformação de uma representação sempre inicia pelos elementos periféricos

(mudanças de opinião, contradições, etc). Aqui, poderão aparecer e ser toleradas algumas contradições;

De acordo com Flament (2001), pesquisas apontam o papel preponderante das práticas sociais no desencadeamento de transformações profundas das representações (no núcleo central).

Muitas circunstâncias podem levar um grupo a ter práticas discordantes da representação. Como dito anteriormente, estas discordâncias primeiramente se inscrevem nos elementos periféricos, que se modificam e protegem durante algum tempo o núcleo central. Porém, se o fenômeno aumenta, o núcleo central pode ser atingido e modificar sua estrutura – acontece então uma transformação real da representação.

Existem dois casos extremos de desacordo entre práticas e representação: Quando as práticas estão em desacordo explícito com a representação. Surgem então os chamados esquemas estranhos. A mudança da representação é violenta, rompendo com o passado; E quando as práticas são admitidas pela representação, mas antes, eram raras, e agora passam a ser muito frequentes. Modifica-se então o nível de ativação dos esquemas periféricos e a modificação eventual da representação é progressiva, sem ruptura com o passado;

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 desta epidemia . A *hipótese* seria a de que o risco com relação a 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 esta maneira de pensar afetará as estratégias de prevenção deste grupo.

1.2 - A Aids no universo feminino

A Aids é o primeiro caso de doença, cujas histórias social e médica se desenvolveram conjuntamente, pois a ausência de referenciais médicos ocasionou uma

primeira qualificação social da doença, gerando uma série de especulações sobre a mesma. (Jodelet, 1998).

Os primeiros casos de Aids, notificados na década de 80, foram identificados em homossexuais masculinos, fato que acabou por contribuir com a visão de que esta síndrome seja vista como um problema relacionado ao sexo masculino. A Aids, então, foi definida como uma doença “gay”, levando a sociedade como um todo se ver longe da doença deixando inclusive de lado a possibilidade de ocorrer a transmissão do vírus às mulheres.

Os fatores de contaminação pelo vírus HIV estiveram durante muito tempo, diretamente ligados ao modo de vida das pessoas “censuráveis” pela sociedade, como, homossexualismo, bissexualismo, o uso da droga injetável, por isso as autoridades de saúde e os setores conservacionistas da sociedade não investiram nesta área.

Segundo Amaro (1995) até uma década atrás nos EUA, as mulheres ainda não tinham tomado conhecimento da Aids como uma real ameaça: “Em 19 de junho de 1991 o New York Times publicou uma página inteira com o anúncio:” Mulheres não pegam Aids, elas somente morrem disso “, para enunciar que as mulheres tinham ignorado até então a epidemia da Aids. ⁴ (Amaro, 1995 p.2). Hoje em dia, entretanto, passadas duas décadas do surgimento da doença, temos a contaminação de pessoas de todas as idades, de vários níveis socio-econômico, cultural, racial, e os números mostram que a Aids não é só uma doença masculina.

O aumento do número de mulheres infectadas é bastante preocupante, visto que nem sempre os números oficiais revelam a realidade (há um problema histórico de subnotificação de doenças infecto-contagiosas no Brasil), e, sobretudo, à medida que cresce o número de casos de Aids em mulheres, aumenta também o risco de nascerem bebês contaminados, colocando em risco o futuro da população.

Segundo Leary & Cheney (1993) para as mulheres, a Aids representa uma tripla ameaça: 1- Assim como o homem, a mulher pode se contaminar com o HIV e pode posteriormente, ficar doente de Aids; 2- Quando contaminada, a mulher pode transmitir a infecção para o seu bebê durante a gravidez, e ele poderá desenvolver a doença; 3- A responsabilidade de cuidar das pessoas doentes recai tradicionalmente sobre a mulher. É ela quem carrega este fardo quando alguém do seu círculo familiar fica com Aids.

⁴ Tradução da autora.

Quando a mulher adoece, portanto, geralmente não tem quem cuide dela. Além disso, muitas delas são abandonadas pelo parceiro ao manifestarem os sintomas da doença.

A mulher, além de cuidadora de todos, pode ser uma disseminadora da infecção. E a cima de tudo ela é o elemento polarizador da família, que diante do seu contágio fica desestruturada e fragilizada, podendo ainda haver uma desagregação da mesma. (Westrupp, 1997).

A situação se agrava com a história da nossa sociedade que tradicionalmente reconhecia implicitamente o direito ao homem de fazer sexo com mais de uma parceira, e negava explicitamente a existência em número significativo de homens que fossem ao mesmo tempo homossexuais e tivessem uma esposa ou parceira. A este respeito, Foucault comenta que:

“O adultério era juridicamente condenado e moralmente reprovado a título da injustiça que era feita por um homem àquele cuja mulher ele desencaminhava. O que constituía uma relação fora do casamento, era o fato de a mulher ser casada, e apenas este fato; por parte do homem, o eventual estado de casado não deveria intervir...” (Foucault, 1985 p.171).

A infecção do HIV pelas mulheres foi durante muito tempo negligenciada pela sociedade, segundo Guimarães (1996), isto se deve a quatro fatores: o bissexualismo masculino com maior aceitabilidade do que o homossexualismo; o pouco reconhecimento da sexualidade da mulher, a não ser para a reprodução; o atraso dos profissionais da área médica no reconhecimento da fisiologia das mulheres diante das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral e HIV/Aids em particular, possibilitando assim, o estabelecimento de diagnósticos errôneos ou tardios; e por último, a possibilidade da própria mulher ser um risco diante da epidemia da Aids, principalmente as pertencentes à classe social menos favorecida, tendo em vista sua posição inferior em relação aos homens e sua baixa auto-estima.

1.3 - Da Sexualidade, Conjugalidade e Intimidade.

Conforme Nunes e Silva (1997), a sexualidade é uma manifestação ontológica da condição humana, ou seja, faz parte da própria constituição inerente ao ser humano. Não é

uma “parte” ou “complemento” da condição humana, nem é uma dimensão secundária, vinculada às demais habilidades e potencialidades. É uma marca única do ser humano, uma característica somente desenvolvida e presente na condição cultural e histórica do homem e, portanto, uma das mais privilegiadas dimensões de sua manifestação subjetiva, histórica e social.

Desta forma, pensar a sexualidade significa transitar multidisciplinarmente pela história, pela filosofia, sociologia, antropologia e psicologia entre outras áreas.

Segundo Dall’Alba (2001), na Antiguidade o casamento ocorria sem nenhuma restrição sociocultural e as relações sexuais ocorriam livremente entre os membros de uma tribo. A família passará desta liberdade sexual para o matrimônio monogâmico. De acordo com Engels (1997), o matrimônio monogâmico surgiu da necessidade de se ter certeza sobre a paternidade, assegurando assim, a transmissão dos bens ao herdeiro direto. A fidelidade da mulher passa a ser exigida e se isola o núcleo familiar. Desta forma, a sociedade organiza meios de controle e repressão da sexualidade, como por exemplo, a associação do sexo ao pecado e à procriação.

De acordo com Foucault (2001), no século XVII as práticas sexuais não eram secretas, as palavras eram ditas sem muitas reticências e as regras quanto à obscenidade e decência eram frouxas se comparadas com as do século XIX. Segundo este autor, a partir de então a sexualidade é cuidadosamente encerrada, restringindo-se ao espaço doméstico, passa a ser interdita pela família e a ter como única função à reprodução.

Foucault (2001) aponta que em nossa cultura Ocidental se desenvolveu uma “Scientia Sexualis”, onde foram acentuados os discursos sobre a sexualidade, principalmente aquele ligado ao poder, que para este é expresso na vontade de saber sempre mais sobre o sexo, isto presente nas confissões compulsivas, característica maior desta ciência sexual. Tal ciência convida as pessoas a falarem mais da sexualidade do que vivê-la, ela é “dita”, e através do dizer é também controlada, onde a partir dos discursos sobre as vivências, as regras e normas deliberativas ou proibitivas, na expressão da sexualidade como um todo, são estabelecidas.

As colocações de Foucault nos auxiliam a compreender que muitas foram às formas criadas para o controle da sexualidade: os discursos religiosos, políticos, educacionais,

científicos e jurídicos, produziram ao longo da história, “verdades” sobre os sujeitos e decidiram o que era certo, errado, normal, patológico, decente, indecente.

Laqueur (1994), faz uma retomada histórica da construção do corpo e da sexualidade humana. Em suas revisões de “manuais para mulheres” do século XVII, notou que parteiras e médicos pareciam crer que a mulher era um “homem invertido”, existia a concepção de que os órgãos genitais femininos correspondiam aos masculinos, só que estavam internalizados, e dentre as condições para uma concepção feliz estava o orgasmo feminino, sugerindo várias formas para alcançá-lo. Porém em manuais posteriores desaparece esta concepção do prazer feminino, mais ou menos ao mesmo tempo em que se deixa de considerar um único sexo, os orgasmos que haviam sido propriedade comum, agora estavam separados. O útero e a vagina não mais eram vistos como o pênis e o escroto internalizados, eram agora coisas completamente diferentes, e deixa de existir a crença antiga de que nada mortal, sem o prazer, pode existir:

“Até 1759 só existia uma estrutura conhecida para o corpo humano (esqueleto) e era masculino; Depois, quando se descobriram estas diferenças, na mesma forma de sua representação estavam já profundamente marcadas pelo poder político do gênero.” (Laqueur, 1994 p.31)

Segundo Laqueur, (1994) durante muito tempo, e ainda hoje as diferenças biológicas entre homens e mulheres foram utilizadas para a dominação social masculina. Os homens falavam das “inadequações física e mental” das mulheres como justificativa para a diminuição do seu poder civil e privado. Citando Franchetto, Cavalcanti & Heiborn:

“O organismo feminino, subjugando a mulher à função reprodutora, seria uma das bases sobre a qual se teria construído a subordinação da mulher. Esse dado aparentemente irrecusável da biologia aparece na maior parte das vezes complexificado, reinterpretado a partir de outros quadros teóricos.” (Franchetto e cols. 2000).

Para Beauvoir, (1970) os dados biológicos são essenciais para a compreensão da opressão da mulher, na medida em que considera o corpo como um instrumento de *prise sur le monde*. Porém, estes dados só podem existir revestidos de significação, que depende de um contexto eminentemente social.

É necessário, portanto, levar em conta muitos aspectos, desde a história de determinada sociedade, seu momento histórico, as especificidades da mulher (idade, classe social, raça):

“É necessário considerar que a experiência sexual tem um significado diferente e único para cada mulher. Isso tem que ver com a forma como cada uma sente a relação com o corpo, com o desejo, com as fantasias, com os medos. A sexualidade nos coloca diante da dialética entre generalização e especificidade. Na experiência de cada pessoa existem elementos de homogeneização e de especificidade. A sexualidade é uma experiência histórica e pessoal ao mesmo tempo” (Faria, 1998 p. 10).

Portanto, as vivências de amor e sexualidade estão também relacionadas com o momento histórico em que vive o indivíduo. Durante a história da nossa sociedade, estes sentimentos se modificaram diversas vezes, até chegarmos ao que temos hoje. A união que associa amor, sexualidade e casamento surgiu na era burguesa. Enquanto que o amor-sexual, amor-paixão, como fundamento do casamento, aparece na modernidade e enuncia uma nova ordem das coisas. Assim, o amor vai se transformando historicamente através do imaginário das pessoas, que viveram a revolução burguesa, as idéias de liberdade individual, assistiram os dramas de Shakespeare, até se instaurar um novo ideal de conjugalidade. (Giddens, 1993)

Em torno deste novo ideal criaram-se muitas expectativas e idealizações, dentre elas o casamento associado à felicidade, onde o amor e a sexualidade são fundamentais. Na sociedade capitalista, o contrato conjugal está associado ao ideário de amor, que segundo Costa (1998) pode ser sintetizado em três afirmações que sustentam as crenças neste amor “(...) 1) o amor é um sentimento universal e natural, presente em todas as épocas e culturas. 2) o amor é um sentimento surdo à *voz da razão* e incontrolável pela força da vontade e 3) o amor é a condição **sine qua non** da máxima felicidade a que podemos aspirar. Esses tópicos formam uma espécie de catálogo de competência mínima exigido dos candidatos ao vestibular do amor”. (Costa, 1998)

O amor deixa então de ser visto como mais uma das experiências humanas ensinada e aprendida para se tornar característica intrínseca do ser humano, em qualquer reflexão sobre este sentimento não podemos deixar de considerá-lo como construído de forma histórica e cultural, e, portanto dependente da vontade e escolhas racionais.

A instituição casamento, influenciada pelas determinações econômicas, sociais, culturais, de classe e gênero tem assumido inúmeras formas. (Giddens, 1993). Segundo este autor, a ascensão do amor romântico criou a possibilidade de estabelecer um vínculo emocional durável entre as pessoas. Porém, embora o amor romântico suponha uma igualdade de envolvimento emocional entre o casal, as mulheres acabaram por serem prejudicadas pelos seus ideais, muitas vezes se sujeitando ao marido, e com isso, foi se fortalecendo o “machismo” da sociedade moderna.

Contudo, estes ideais começaram a ruir com a emancipação sexual feminina, e a diminuição do controle sexual dos homens sobre as mulheres trouxe possibilidades reais de transformação da intimidade. A intimidade implica uma total democratização do domínio interpessoal, de maneira compatível com a democracia da esfera pública.

A sexualidade constitui um componente central em diversos tipos de atração e atua como um dos principais recursos no interior de um grande número de relações íntimas:

“...Do ponto de vista da psicologia social, os comportamentos sexuais podem ser perspectivados como situações de interação estruturadas por *scripts* culturais, interpessoais e intrapsíquicos. Os processos cognitivos, emocionais e fisiológicos envolvidos numa seqüência de comportamentos sexuais têm como matriz os *scripts* a cima referidos. A *sexualidade humana* - para além, ou apesar, da realidade biológica - é socialmente construída.” (Alferes, 1996 p. 139).

A Aids é uma doença estreitamente relacionada à sexualidade e ao comportamento sexual, e estes são parte integrante e fundamental dos relacionamentos amorosos. O projeto da Organização Mundial de Saúde chamado *Relação entre parceiros e o risco de contágio pelo HIV* adota a seguinte definição para comportamento sexual :

“ O comportamento sexual, em sentido amplo, abrange uma ampla gama de atividades sexualmente orientadas que vai da amizade às relações homo ou heterossexuais, englobando os métodos de contracepção, notadamente o uso de preservativos. É influenciado pela ideologia sexual, pela atitude em relação ao risco e pela oportunidade, e exerce também em retorno, influência sobre estes três fatores”. (OMS, 1989: 4)

Falando de sexualidade, faz-se necessário falar nos sentimentos que estão em jogo nestas relações. Segundo Sterneberg (1986), os fenômenos que englobam o amor possuem três componentes: 1-Intimidade: sentimentos de vinculação e proximidade ao outro (componente emocional); 2- Paixão: refere-se a impulsos relacionados com “romance”,

atração física e sexualidade (componente motivacional); 3- Decisão/ compromisso: decisão a curto prazo de que se ama alguém, e a longo prazo, acontece a aceitação do compromisso de continuar a relação (componente cognitivo);

Estes três fatores podem combinar-se de várias formas a fim de se obter um sistema de categorias dos diferentes modelos de amor e/ou atração interpessoal:

TABELA I- Classificação dos tipos de amor/atração segundo a presença (+) ou ausência(-) dos componentes intimidade, paixão e decisão/ compromisso.⁵

Tipo de Amor	Intimidad e	Paix ão	Decisão / Compromisso
Sem amor	-	-	-
Gostar	+	-	-
Amor à primeira vista	-	+	-
Amor vazio	-	-	+
Amor romântico	+	+	-
Amor conjugal	+	-	+
Amor ilusório	-	+	+
Amor consumado	+	+	+

Observamos que, de acordo com a tabela I, o amor à primeira vista e o amor romântico são caracterizados por alta paixão e baixo compromisso, porém o primeiro é baixo em intimidade, enquanto que esta é alta no amor romântico. O amor conjugal é caracterizado por alta intimidade e compromisso, mas baixa paixão.

⁵ Tabela de Sterneberg , adaptada pela autora.

Em pesquisa de Siqueira (2001) com jovens de ensino médio, observa-se que estes adolescentes associam intimidade com aspectos de comunicação na interação social (conversar abertamente), e com sexualidade no casamento. Com relação ao sexo dos estudantes, a pesquisadora encontrou diferenças entre adolescentes homens e mulheres no que tange aos sentimentos que envolvem as relações íntimas. Para as mulheres, as relações íntimas estão mais relacionadas aos sentimentos de amor e paixão, enquanto para os homens há uma maior objetividade no desenlace para a relação sexual.

1.4 - O uso do preservativo, as questões de gênero e as teorias psicossociais

O uso do preservativo como forma de prevenção ao vírus da Aids (prática do sexo seguro⁶) tem sido destacado pelas campanhas do Ministério da Saúde. Apesar de ser o método mais eficaz na prevenção da doença, na prática, se encontram muitas barreiras na sua utilização. Uma delas é que, para seu uso, é necessária a colaboração dos dois parceiros, o que muitas vezes não ocorre.

Atualmente, existem pesquisas sobre outros métodos efetivos na prevenção da Aids, que não necessitarão sequer do conhecimento do parceiro, porém, enquanto isso não ocorre, se faz necessário desenvolver programas de prevenção ao HIV especificamente para mulheres. (Amaro 1995).

Antes da Aids, o uso do preservativo tinha como finalidade a prevenção de uma gravidez não desejada e a proteção contra DSTs, atualmente, a necessidade de proteção contra o HIV tem modificado a noção de segurança e eficácia na contracepção. Apesar do risco de infecção pelo HIV ser grande, o preservativo não é genericamente utilizado,

⁶ Sexo seguro – “Atividade sexual onde não há intercâmbio de sêmen, fluídos vaginais ou sangue entre os parceiros. Pode envolver práticas como beijo (se não houver quaisquer lesões orais), carícias, abraços e manipulação genital (se não houver quaisquer lesões cutâneas). Também pode envolver coito vaginal ou anal, sempre que a camisinha for utilizada durante todo o ato. Poderá ocorrer falhas se a camisinha não for utilizada sempre com todos os parceiros sexuais” (Ministério da Saúde).

principalmente na medida em que os relacionamentos tornam-se “estáveis” ou “confiáveis”. (Westrupp 1997). De acordo com Fazekas, Senn & Ledgerwood (2001), o fato do preservativo também ter sido usado inicialmente como forma anticoncepcional, fez com que as pessoas diminuíssem seu uso após o surgimento dos anticoncepcionais orais. Além disso, para este autor, o uso do preservativo pode ser classificado como um comportamento para o homem (e comportamentos estão sob controle do indivíduo), enquanto pode ser considerado uma meta para a mulher (e metas dependem de outras pessoas e eventos).

Existe ainda uma certa restrição moral para o uso da camisinha entre os casais em conjugalidade, visto que ao longo da história da nossa sociedade, ela foi associada com o uso em relações extraconjugais e com prostitutas. E segundo Carvalho (1998) constata-se que o uso do preservativo é recusado implicitamente, apesar das afirmações, em estilo direto, sobre o consentimento ou a exigência de seu uso. O uso do preservativo torna-se então, uma exigência em contradição com o modelo de fidelidade imposto pela confiança recíproca, que é um valor em nossa sociedade. O preservativo é considerado, ainda como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade. (Carvalho, 1998). Além disso, segundo Fazekas e cols. (2001) o fato de não usar preservativo é algumas vezes considerado uma maneira efetiva de demonstrar ou criar confiança entre os casais.

Rempel, Ross & Holmes (2001) definem *confiança* dentro de um relacionamento conjugal como sendo a confiança individual e boa vontade dos parceiros para serem responsivos às necessidades do outro até mesmo quando as preferências individuais entram em conflito dentro da relação. A confiança pode atuar como um filtro através do qual as pessoas interpretam os motivos dos seus parceiros sobre seus atos. Ela se estabelece em três níveis: a) alta confiança: Indivíduos que confiam que seus parceiros podem cuidar e responder às suas necessidades possuem alta confiança. Eles estão preparados para interpretar os eventos do relacionamento sempre de maneira positiva; b) baixa confiança: Indivíduos que não sentem segurança em acreditar que suas necessidades ou desejos irão modificar significativamente as decisões ou comportamentos dos parceiros; c) média confiança: São os indivíduos que ainda não estão seriamente insatisfeitos, mas que estão experienciando um certo grau de ambivalência sobre seu relacionamento.

A confiança influencia relacionamentos, pois de acordo com Misovich, Fisher & 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 nem a condição sorológica do parceiro), estas medidas preventivas não entram em pauta na relação. Já entre os indivíduos que utilizam o preservativo, estes pesquisadores encontraram os que em geral têm relacionamentos sexuais casuais: jovens, homossexuais, profissionais do sexo (porém quando estes estão em relacionamentos estáveis não usam preservativo com seus parceiros fixos). Isto também foi encontrado na pesquisa de Oltramari (2001), que constatou que as profissionais do sexo utilizam preservativo em seus relacionamentos comerciais, mas as que possuem parceiro fixo, não o utilizam com o mesmo. A intimidade e a confiança seriam, portanto causas de uma maior exposição ao vírus da Aids. Estudos de Pinkerton & 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.

O uso de preservativos com um parceiro “secundário” além de ser mais comum do que com parceiro fixo (que praticamente inexistente), tem aumentado muito desde 1988 (Catania e cols. 1994). Isto se deve ao fato de que os indivíduos solteiros se sentem mais vulneráveis ao vírus HIV do que os que mantêm relacionamento conjugal. Em conjugalidade se espera segurança e confiança, além do que, segundo Misovich e cols. (1997) assumir a possibilidade do parceiro estar infectado é uma ameaça à relação e ao mesmo tempo a si mesmo.

A idéia da Aids como sendo uma doença do “outro” foi pesquisada em vários estudos, como os de Loyola (1994) e de Joffe (1998). O “outro” seria uma forma de garantia para um determinado grupo, de que se encontra protegido da doença. Segundo Joffe (1998) o “outro” irá representar uma espécie de “bode expiatório”, podendo assim, se controlar o medo da ameaça do contágio, pois este “não existe” entre os iguais, restringe-se ao contato com os que lhe são diferentes – os outros. Entre os iguais, a confiança é condição para a relação; para os diferentes, ou desconhecidos, a desconfiança é a regra. A Aids é uma ameaça que reforça os estereótipos que estigmatizam e ratificam distinções sociais.

A relação de confiança, portanto, leva os indivíduos ao risco de contágio, pois se estabelece uma vulnerabilidade, e isto afetará as estratégias de prevenção da doença. A vulnerabilidade pode ser avaliada por :

“(…) 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).

Este termo surgiu como uma tentativa de compreender as possibilidades que uma pessoa ou grupo tem de se infectarem pelo vírus da AIDS. Ela se divide 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 assistência à saúde que os indivíduos dispuserem, menor a morbidade, invalidez e morte; c) Questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual;

A vulnerabilidade coletiva se divide 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 destas 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, se definem 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.

Muito próximo do conceito de vulnerabilidade, temos o de risco, que se refere mais diretamente à possibilidade de contaminação, segundo Cochran & Mays:

“O risco da infecção pelo HIV para qualquer indivíduo depende não somente da ocorrência de comportamento de alto risco, mas a performance para este comportamento no meio onde o HIV está presente (...) a possibilidade da infecção é influenciada por muitos fatores, incluindo a região geográfica onde o

indivíduo reside, o uso ou não de drogas injetáveis, o número de parceiros sexuais, e os tipos e práticas sexuais, entre outros”.⁷(Cochran & Mays, 1989 p. 8)

As teorias psicossociais que têm guiado os programas de prevenção da Aids, sobretudo nos EUA, são limitadas porque geralmente não levam em conta as diferenças de gênero que influenciam os comportamentos sexuais. As teorias são ainda muito individualistas, dificultando o entendimento da relação entre fatores externos (econômicos, culturais, políticos) e os comportamentos individuais. Isso faz com que seja necessário, por exemplo, modificar e adequar as campanhas preventivas de acordo com a região e a cultura das várias localidades, e com a população que se deseja atingir (Amaro, 1995). Segundo Amâncio, (2001) o predomínio de explicações intrapsíquicas, como o modelo de atitudes e os modelos da androginia e cognitivistas (esquemas e scripts) dos anos 80, se voltava para o indivíduo ou para o interior dos grupos de sexo, acentuando a polarização das diferenças entre homens e mulheres, a confusão entre sexo e gênero e a bipolaridade das categorias de sexo.

Faz-se necessário, portanto deslocar o alvo de interesse do âmbito individual para os processos nos quais acontece a construção das masculinidades e feminilidades. Segundo Amâncio (2001), isto é possível no âmbito da teoria das representações sociais de Moscovici. Neste quadro pode-se situar a totalidade do conceito de gênero, na medida em que ele se refere a processos psicossociológicos onde se cruza uma dimensão mais psicológica e uma dimensão cultural. Com esta teoria pode-se ainda, operar uma verdadeira deslocação de paradigma e compreender a lógica simbólica do gênero e de que modo as pessoas lhe dão sentido na vida quotidiana, pode-se ainda estudar os processos de construção social da masculinidade e da feminilidade.

A noção de gênero, segundo Grossi & Miguel, (1995) se preocupa 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 ainda, as noções ligadas ao gênero são vistas como produtos de processos sociais e culturais, na medida em que identidades de gênero (masculinidades e feminilidades múltiplas) diferenciam-se e constroem-se relacional e dinamicamente. È importante,

⁷ Tradução feita pela autora.

portanto conceber o masculino e o feminino como formas mutáveis e flexíveis, e em interação uns com os outros. Mesmo em uma pesquisa onde 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)

Porém, não podemos negar que existam muitas diferenças entre homens e mulheres, mesmo que sejam socialmente construídas e no caso da sexualidade, as mulheres têm estado em enorme desvantagem, pois vivemos em uma sociedade onde 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” (Faria, 1998 p.10).

A noção de gênero pressupõe portanto uma integração entre masculino e feminino e entre indivíduo e sociedade, citando Nogueira, (2001):

“A partir do momento em que o gênero é encarado não como um atributo dos indivíduos, mas como um sistema de significados, o processo que cria as diferenças sexuais e a forma como se equaciona o poder pode ser compreendido em termos de um sistema de gênero que funciona a três níveis: societal, interpessoal e individual.” (Nogueira, 2001 p124)

Observa-se a grande influência das questões de gênero nos comportamentos de risco frente ao HIV. E estas 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.”⁸ (Ehrhardt & Wasserheit 1991 p. 99).

Pesquisas e práticas clínicas têm mostrado que o comportamento humano especialmente o sexual, é mais complexo do que as teorias dão conta. Sabe-se que o conhecimento sobre o HIV ou sobre como se utiliza o preservativo não são suficientes para se tomar atitudes efetivas de prevenção. Um estudo recente do Medicine Report observou que nos EUA, a população como um todo tem dificuldades em incorporar mensagens de prevenção em relação ao comportamento sexual, portanto o esclarecimento isolado não é suficiente para mudar os comportamentos de risco. (Institute of Medicine, 1994).

Até mesmo pessoas com claro risco de contaminação, como é o caso de mulheres com um grande número de parceiros sexuais por exemplo, relatam não utilizar o preservativo. Deve-se considerar que a cultura, as expectativas, as normas sociais, da família e o parceiro influenciam na rede de fatores afetivos da sexualidade e no comportamento sexual do indivíduo, portanto, os indivíduos não controlam totalmente seu comportamento sexual. Além disso, em certas circunstâncias, os encontros sexuais são impostos, e não voluntários. (Stark e cols., 1998)

Alguns estudos mostram várias razões dadas pelas mulheres para não usarem o preservativo, são elas : desgosto pessoal (Corby, Wolitski, Thornton-Johnson & Tanner, (1991), desconforto associado com a negociação do uso do preservativo e redução do prazer sexual (Helweg-Larsen & Collins, 1994), desgosto ou resistência do parceiro, falta de melhor avaliação do tema (Corby e cols. 1991), e embaraço na compra do preservativo (Helweg-Larsen & Collins, 1994). Para as mulheres com relacionamento fixo, existem outros fatores associados: a confiança em seus parceiros, o desejo pela monogamia (ou pelo menos o desejo de manter a percepção de monogamia no relacionamento), e a negação do risco pode contribuir para a não utilização do preservativo.

Um estudo de Fazekas e cols. (2001) demonstra a importância das influências sociais sobre a decisão de mulheres jovens sobre usar ou não o preservativo com seus parceiros. Segundo estes pesquisadores, a mulher não deve ser o único alvo das campanhas preventivas: “Pais, educadores e médicos precisam estar conscientes de que a mulher com

⁸ Tradução da autora.

quem eles estão em contato próximo será mais favorável ao uso do preservativo se eles demonstrarem suporte e aceitação do mesmo”⁹. (Fazekas e cols. 2001¹⁰)

Além disso, existem as normas de se comportar de acordo com o gênero que são afirmadas desde a infância, pois nossa sociedade costuma tratar desigualmente homens e mulheres separando as crianças depois dos 3 ou 4 anos em função de seu sexo, a partir daí regras vão se estabelecendo, definindo e influenciando as personalidades individuais desde cedo. Na infância, por exemplo, meninos tendem a usar mais a dominação física e as meninas a persuasão verbal, isso pode trazer desvantagens em seus encontros com os meninos. (Amaro, 1995). Nossa cultura, segundo Barbosa & Villela (1996) transformou as diferenças entre homens e mulheres em desigualdades, onde se espera da mulher a compreensão, a paciência a conciliação e sensibilidade enquanto que ao homem são atribuídos o prazer, a objetividade, o gosto pela aventura e a impetuosidade, como se estas características fizessem parte das naturezas femininas e masculina.

Faz-se necessário neste ponto pensarmos também sobre a questão da masculinidade, visto que uma relação conjugal heterossexual (que é a que está sendo discutida neste caso) é construída pelos dois pólos: masculino e feminino. Homens e mulheres se constroem juntos na relação que os diferencia. Mas nem sempre estes dois pólos têm as mesmas concepções a respeito de confiança, fidelidade, amor e outros aspectos que constituem uma relação, daí as inúmeras confusões e dificuldades surgidas nas relações entre homens e mulheres.

Para Giddens (1993) para a maior parte dos homens o amor romântico entra em conflito com as regras da sedução, já que eles teriam que abdicar da sua condição de “macho” e “conquistador” para viver um único e duradouro relacionamento, perdendo status perante os outros homens e conseqüentemente favores e concessões masculinas.

Em pesquisa realizada com um grupo de homens casados na cidade de São Paulo, Silva (2002) observou que o grupo tinha um entendimento de que a fidelidade tornava natural para o gênero masculino não ter a esposa como única parceira sexual. Eles

⁹ Tradução da autora.

¹⁰ O artigo não possuía paginação visível.

entendiam fidelidade como o respeito à parceira e o conseqüente uso da camisinha nas relações extraconjugais, que eles associam ao risco de infecção, bem como pretendiam preservar o laço matrimonial na medida em que evitavam se envolver emocionalmente com as outras mulheres. Concebiam ainda que as relações sexuais com a esposa não eram perigosas porque estavam baseadas no amor e no companheirismo. Nelas, o uso do preservativo era bem-vindo apenas quando o objetivo era a contracepção, especialmente quando outro método não podia ser utilizado.

Para estes homens a fidelidade depende do comportamento da esposa, ou da forma como o casal "se completa" sexualmente. Para os interlocutores, a fidelidade é garantida quando a esposa é "criativa" ou "sedutora", levando-os à satisfação plena. Assim, não há necessidade de procurar tal satisfação fora da relação conjugal. Complementaridade também está vinculada à satisfação sexual dentro do casamento. Vê-se que, nos dois casos, é o julgamento e o desejo masculino que estão contando, representação reforçada quando se observa no discurso desses interlocutores a idéia de que, quando a esposa "evita o marido", está levando-o a "procurar fora".

Silva conclui que os homens estudados tiveram uma percepção bastante limitada da sua vulnerabilidade para Aids.

“Incentivar que aconteçam as relações sexuais extraconjugais com o uso do preservativo permite levar em conta as definições culturais para masculinidade. Propõe-se uma estratégia mais aceitável de redução do risco para esse grupo (e suas esposas) em curto prazo, sem deixar de pensar numa mudança mais estrutural nas relações de gênero. A camisinha deve ser estimulada também entre homens casados como forma de contracepção, associada à fidelidade e proteção da família”. (Silva, 2002).

Para Gogna (1997) a escassa disponibilidade e capacidade para o sexo seguro remetem a uma complexa trama composta de normas e valores, estereótipos, relações de poder, sentimentos (afeto, amor e vingança) e significados (i.e. que o preservativo não é para o matrimônio). Assim, parece óbvio que os aspectos culturais que definem a sexualidade masculina como indomável (o homem não deve desprezar oportunidades de contato sexual) e/ou postulam que correr riscos é um elemento essencial da masculinidade conspiram seriamente contra a capacidade dos homens de se proteger e proteger seus parceiros sexuais.

Sabe-se que há duas questões que devem ser exploradas a fim de tornar os trabalhos de prevenção mais eficientes. A primeira, discutida por diversos autores, é que preservativo não combina com casamento. (Guimarães, 1994; Gogna, 1997). A segunda é que as relações extraconjugais fazem parte da realidade de vida de homens casados.

Refletindo sobre os resultados destas pesquisas com homens e mulheres sobre sexualidade, percebe-se a necessidade de trabalhar as noções de negociação sexual e de sexualidade de uma forma ampla, refletindo sobre essas desigualdades de maneira a proporcionar um melhor entendimento de forma consciente para todos os sujeitos.

2. MÉTODO

2.1- Caracterização da Pesquisa

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

2.2- 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, durante o ano de 2003. Do total das 40 entrevistadas, 20 mulheres possuíam um parceiro fixo há mais de três meses (no momento da pesquisa), estando em regime de conjugalidade; e as outras 20, no momento da pesquisa não possuíam parceiro ou estavam separadas há mais de três meses. Estas mulheres tinham idade entre 30 e 40 anos.

Os critérios utilizados para a seleção das participantes foram os seguintes: freqüentar o serviço de atendimento ginecológico do HU, e estar dentro da faixa etária definida (entre 30 e 40 anos aproximadamente).

2.3- Instrumentos de Coleta de dados

Foi escolhida para a coleta dos dados a entrevista semidiretiva, pois este é um dos recursos mais apropriados para a obtenção do material textual. Este 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.

O emprego desta técnica permite a obtenção do material simbólico constituído pelas impressões compartilhadas por estes dois grupos de mulheres (com e sem parceiros fixos) o que possibilitou o estudo sobre as representações sociais da sexualidade e prevenção da Aids entre estas mulheres.

2.4- Procedimentos da Pesquisa.

A coleta de dados se deu em duas etapas. Na primeira, fez-se um estudo piloto para o levantamento de temas recorrentes para a formulação de um roteiro de entrevistas. Estas 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. Primeiramente pedia-se autorização das entrevistadas para a sua gravação. As entrevistas desta 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 pré-estabelecido. A secretária do ambulatório fazia o agendamento para a enfermeira E. de pacientes dentro da faixa etária de 30 a 40 anos. A pesquisadora ia ao ambulatório nos dias em que estas consultas estavam agendadas e permanecia em uma sala do ambulatório ao lado da sala da enfermeira E. . A enfermeira atendia à paciente como de praxe e ao findar a consulta falava a ela sobre a pesquisa e seus objetivos, convidando-a a participar espontaneamente.

Caso a mulher aceitasse participar, era conduzida até a sala da pesquisadora que lhe explicava novamente o propósito da pesquisa, o tempo de duração da entrevista, bem como

lhe fornecia as devidas informações sobre o sigilo do material coletado e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa por parte das interessadas.

Foram adotados procedimentos comuns que dessem padronização à 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 Elizabeth; 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;

As primeiras 20 entrevistas com as mulheres com parceiro fixo ocorreram dentro deste esquema e sem maiores problemas, visto que estas mulheres, por estarem casadas, têm a tendência de realizar seus exames ginecológicos regularmente. Porém enfrentamos dificuldades em encontrar as mulheres sem parceiro fixo porque ao que tudo indica, quando uma mulher não está em um relacionamento fixo ou em conjugalidade, ela tende a não realizar os exames ginecológicos necessários.

Foi necessário, portanto ampliarmos a área de coleta de dados para as pacientes das outras enfermeiras do ambulatório, para as pacientes da área de mastologia¹¹ do próprio ambulatório, bem como funcionárias do hospital que se encaixassem no perfil procurado para que pudéssemos completar o número de entrevistas necessário.

2.5 - Procedimentos para a Análise dos dados

Os procedimentos que se seguiram às transcrições das entrevistas foram os seguintes: 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.

¹¹ Existem dias específicos da semana em que os doutorandos de medicina atendem um grande número de mulheres no ambulatório C, somente realizando exames de mamas.

Na seqüência foi feito o processamento das produções discursivas para o software ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto)¹² 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.

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 ¹³ o programa toma como base um único arquivo, mas é necessário indicar unidades de contexto iniciais (UCIs) e preparar este 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-se num conjunto textual centrado em um tema. Portanto, o material textual deve ser monotemático, pois a análise dos textos sobre mais de um item pré-estruturados resulta na reprodução da estrutura prévia. Portanto foi necessária a divisão do corpus inicial em dois corpus (relconjugal e prevenção) para garantir esta característica.

Para analisar os textos, o programa ALCESTE executa 4 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 freqüência destas formas reduzidas.

Etapa B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs (seguintes de tamanhos similar). Nesta etapa, as UCEs são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e são repartidas em função da freqüência 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 diferentes das UCEs das outras classes.

¹² “Analyse Lexicale par contexte d’un ensemble de segments de texte” - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto

¹³ Capítulo de livro no prelo-cópia para uso interno do LACCOS.

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 estas 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.

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

3 – ANÁLISE DE DADOS

3.1- Caracterização dos grupos de mulheres entrevistadas:

Iniciaremos esta análise com a caracterização das participantes da pesquisa. Todas as entrevistadas estavam na faixa etária dos trinta aos quarenta anos de idade. Das vinte mulheres com relacionamento fixo, todas viviam em regime de conjugalidade (casamento ou união consensual) com seus parceiros há mais de três meses. E dentre as outras vinte mulheres entrevistadas, todas estavam no momento da entrevista sem um relacionamento fixo há mais de três meses. Neste último grupo, 9 já haviam tido uma relação de conjugalidade e estavam separadas no momento da entrevista.

TABELA II – Nível de escolaridade das entrevistadas.

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>com parceiro fixo</i>	<i>sem parceiro fixo</i>
<i>Primeiro grau (incomp.)</i>	3	2
<i>Primeiro grau</i>	5	0
<i>Segundo grau</i>	9	9
<i>Nível superior</i>	3	9

Conforme tabela II, percebe-se que há um grande número de mulheres (9 entrevistadas) do grupo de entrevistadas com parceiro fixo com nível de escolaridade de segundo grau completo. Há também um pequeno número de mulheres com primeiro grau incompleto (3 entrevistadas) e outras 5 mulheres que possuem o primeiro grau completo. Além disso, 3 entrevistadas deste grupo possuem nível superior.

Dentre as entrevistadas sem parceiro fixo, um pequeno número (2 entrevistadas) possuem o primeiro grau incompleto, enquanto que 9 mulheres possuem o segundo grau completo e a mesma quantidade (9 mulheres) tem nível superior de escolaridade.

Os dois grupos de entrevistadas se caracterizaram por diferenças em seu nível de escolaridade, o que demonstra que o ambulatório C do hospital universitário atende a um

público diversificado neste aspecto. Isto também pode estar relacionado ao fato de termos ampliado a coleta de dados do grupo de mulheres sem parceiro fixo às pacientes da mastologia e funcionárias do hospital. O ambulatório também é freqüentado por estudantes de graduação e de programas de mestrado da Universidade, que foram também entrevistadas nos dois grupos (com e sem parceiro fixo).

Além destes aspectos, a diversificação do público atendido pelo ambulatório pode ser reflexo da atual crise econômica do país, fato que faz com que muitas pessoas de camadas médias da população passem a utilizar serviços de atendimentos públicos de saúde.

Dentre as 20 entrevistadas sem parceiro fixo, 9 já haviam tido uma relação de conjugalidade e estavam separadas no momento da entrevista.

3.2 - Análise do corpus 1 sobre relação conjugal formado pelos discursos das mulheres com e sem relacionamento fixo.

Passaremos a relatar os resultados obtidos através da análise textual das respostas das entrevistadas. Este corpus refere-se às respostas das seguintes questões: 1) O que você pensa da relação entre homens e mulheres de hoje em dia?; 2) Como tem sido as suas relações com os homens?;

O corpus foi dividido em 629 UCE e a análise hierárquica descendente considerou para a análise todas as 629 UCE, ou seja, 100% do total das UCE que este corpus possuía.

Houve neste corpus um total de 28697 de ocorrências de palavras e 5066 formas distintas, indicando uma média de 6 ocorrências por palavra. Foram consideradas para a análise, palavras com $\chi^2 > 3,84$ e com freqüência maior que 6.

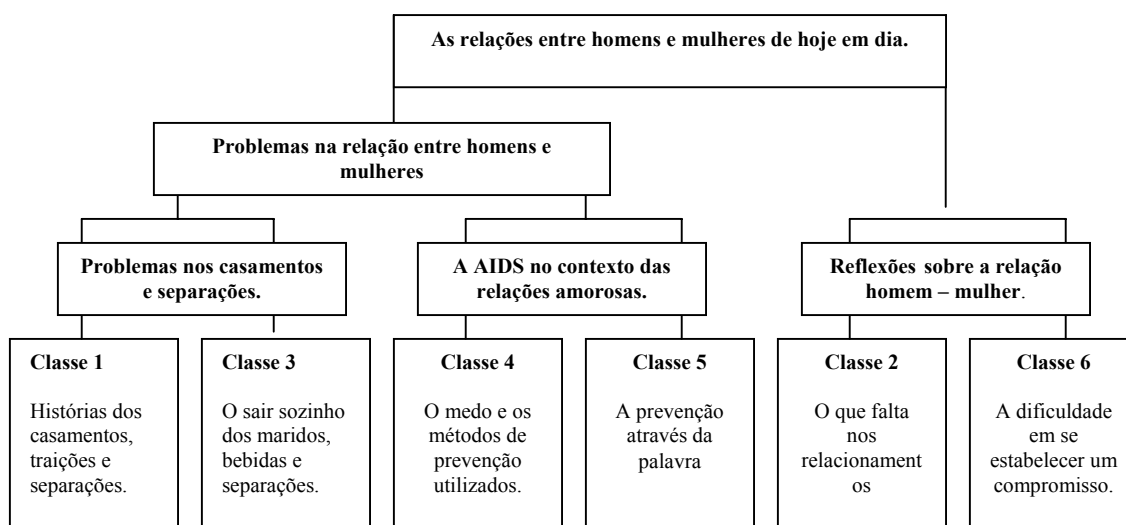
Os resultados da análise com o ALCESTE são apresentados na figura 1, sob a forma de dendograma resultante da análise hierárquica descendente. Observa-se neste dendograma que as respostas, denominadas **as relações entre homens e mulheres** foram inicialmente repartidas em dois sub-corpus denominados 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 sub-corpus 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 se volte mais aos problemas gerais que envolvem os relacionamentos, enquanto o segundo aborda a questão da Aids.

Cada um desses dois sub-corpus (**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 (**historia 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 as suas separações conjugais, porém, a classe 1 é formada pelas respostas onde as mulheres responsabilizam suas separações pelas traições dos maridos, enquanto que na classe 3, os responsáveis pelas separações são os hábitos dos maridos de saírem sozinhos e de beber.

O segundo sub-corpus desta 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 através da palavra**). Essas duas classes também guardam semelhanças temáticas, embora na classe 4 as mulheres estão falando sobre seu sentimento de medo frente a Aids e as formas efetivas como procuram se prevenir da doença (usando camisinha, fazendo teste e tendo outros cuidados gerais), enquanto que na classe 5, as entrevistadas relacionam uma forma de prevenção `a Aids centrada palavra, isto é, a certeza de que o outro está dizendo a verdade para ela seria a garantia de prevenção.

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). Florianópolis, 2003).



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 enquanto que na classe 6 as entrevistadas comentam a dificuldade em se estabelecer relações de compromisso com os homens.

3.2.1 - Problemas nos casamentos e separações.

O primeiro conteúdo de conjuntos de respostas separado pelo software ALCESTE foi denominado de **decepções e separações** e refere-se à classe 1. A classe 1 foi composta por 68 UCE representando 17,39 %do total. Contribuíram para esta classe as UCE produzidas pelas mulheres com segundo grau de escolaridade, sem parceiro fixo e com filhos.

Além disso, essa classe, juntamente com os conteúdos da classe 3, pertence à ramificação **problemas com os homens**. As palavras mais importantes da classe 1, conforme a figura 2, expressam conteúdos relacionados ao início das relações amorosas das entrevistadas, ao casamento que em geral aconteceu quando ainda eram muito jovens e inexperientes, suas gravidezes, problemas nos casamentos e separações. São elas: casa, fiquei, mãe, pai, começar, passar, tempo, fosse, terminar, engravidar, irmãos. Tais palavras são identificadas nas UCE que representam esta classe.

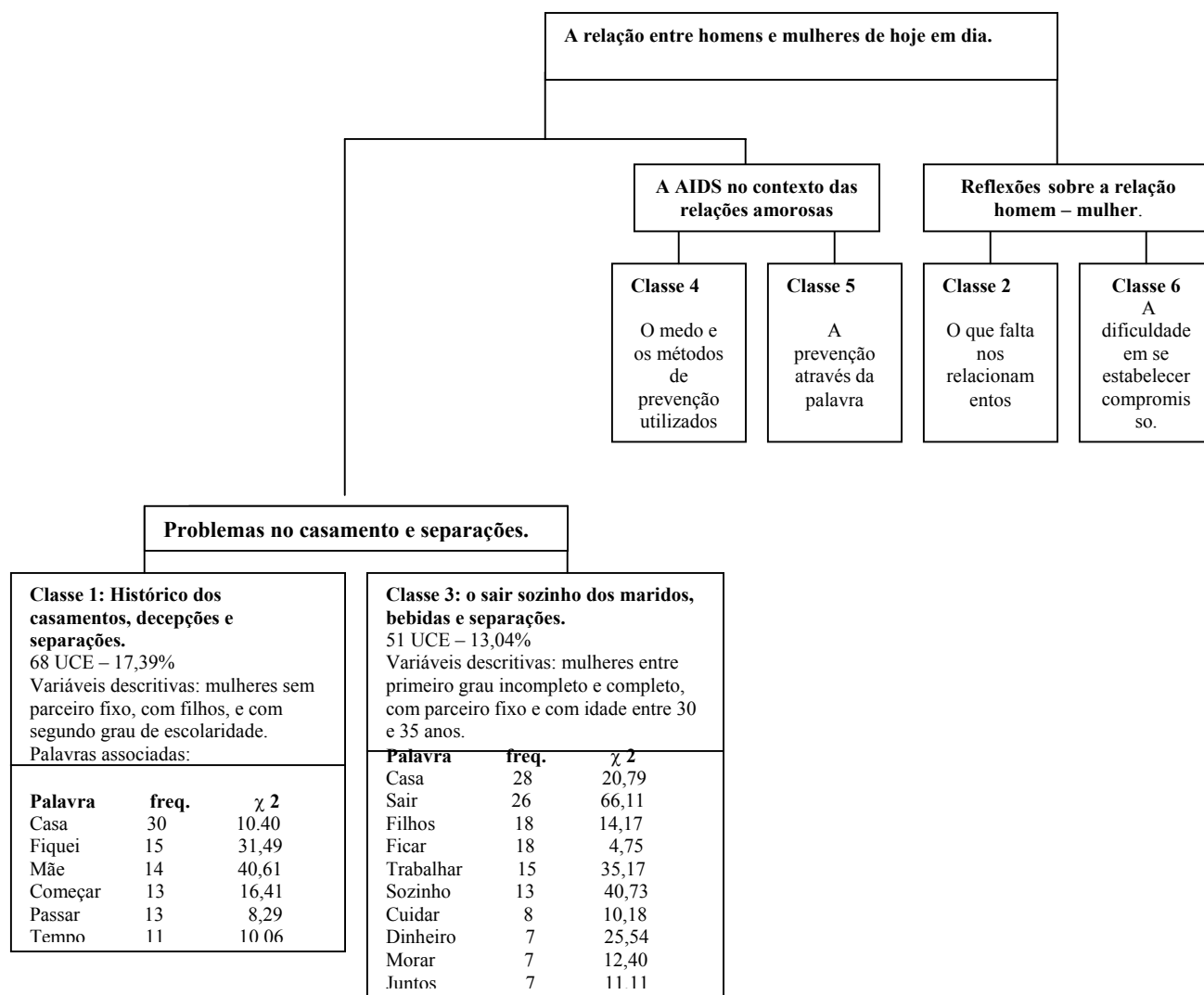
Eu me **casei** quando era ainda bem novinha, não tinha conhecimento de nada, tinha estudado muito pouco, minha **mãe** já tinha falecido e morava só com meu **pai** e meus **irmãos**. (S. 40 anos, sem parceiro fixo, três filhas, primeiro grau incompleto).

Muitas entrevistadas relatam terem se casado com pouca idade, já estando grávidas. Segundo elas, quando moravam com os pais, não se falava de sexo, não tiveram educação sexual e tampouco receberam informações a este respeito. Quando começaram a namorar, ainda meninas, com treze ou quatorze anos, mantiveram relações sexuais sem proteção e acabaram engravidando.

Mas minha **mãe** não conversava comigo, então eu não sabia que existia camisinha e anticoncepcional, nem nada disso, então **fiquei grávida** bem novinha, não tinha nada que se fazer. Meu filho mais velho já vai fazer treze anos. O casamento foi bem, com algumas dificuldades no início, depois de seis anos veio o segundo filho, mas ai eu já tinha a minha casa e meu carrinho. (D. 30 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Para muitas mulheres jovens o casamento também se apresentou como forma de estabelecer vínculos, ter uma casa e filhos, e assim sendo, possuir mais respeito social. Elas também consideram importante ressaltar o fato de que o marido foi o primeiro homem com quem tiveram relação sexual. Nem todas disseram terem se casado virgens, mas a perda da virgindade aconteceu durante o período de namoro com o futuro marido.

Figura 2: Dendograma da Análise Hierárquica descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas referentes à relação homem mulher. Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.



As entrevistadas em geral casaram bastantes jovens e consideram importante ressaltar o fato de que o marido foi o primeiro homem com quem tiveram relação sexual.

Nem todas disseram terem se casado virgens, mas a perda da virgindade aconteceu durante o período de namoro com o futuro marido. Em geral, as entrevistadas comentam que no início do casamento o casal se entendia bem, porém, com o nascimento dos filhos e o aumento das responsabilidades, as coisas tendiam a mudar. E muitas vezes as mulheres que ora estão separadas, relatam experiências onde a bebida se misturou com situações de traição ou violência estruturadas com base em uma assimetria de prestígio e de poder que as colocava em um lugar desvantajoso na relação.

Além disso, ele bebia muito, bebia e me traia, por isso não deu certo. Mesmo assim **fiquei** com ele durante dezoito anos, o conheci quando eu era bem novinha, tinha dezenove anos. Ele foi meu primeiro namorado. No início do casamento estava tudo bem, mas logo que eu **engravei** da minha primeira filha, com vinte e três anos a coisa começou a entortar. (O. 38 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

As separações em geral aconteceram em função das traições masculinas, o que gerou decepção e tristeza e motivou a iniciativa pela separação, que foi na maioria das vezes tomada pelas mulheres.

Às vezes mesmo sem **terminar** o casamento já começam outra relação, que no caso já é adultério. Com meu ex-marido, eu me casei e **fiquei** casada durante doze anos. Então a minha relação com ele era mais ou menos boa, porque no início havia realmente respeito, mas depois de uns dez anos de casados, começou a mudar porque ele **passou** a ter uma relação com outra mulher fora e eu tive que me separar. (C. 33 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Observa-se na figura 2, que o conjunto de conteúdos referentes a **problemas no casamento** pertence à classe 3. Essa classe é composta por 51 UCE, representando 13,04 % do total das UCE analisadas nesse corpus. A análise das variáveis descritivas dessa classe permite caracterizá-la como tendo sido produzida, fundamentalmente pelas mulheres com primeiro grau incompleto e completo, com parceiro fixo e com idade entre 30 e 35 anos. Algumas dessas mulheres estão no segundo casamento e referem-se aos problemas do casamento anterior e os motivos que as levaram a separação.

As palavras mais importantes dessa classe, conforme figura 2 revelam os problemas enfrentados no casamento em relação a cuidar dos filhos, da casa e trabalhar ao mesmo tempo: casa, ficar, cuidar, filhos, trabalhar; aos problemas relacionados ao hábito de sair

sozinho dos maridos: sair, sozinho, gostar; e aos problemas financeiros: dinheiro, morar, juntos. E também referem-se as separações que decorreram desses fatores. A seguir serão apresentadas algumas UCE que representam essa classe.

Eu até poderia **sair**, mas não saio porque não **gosto**. Eu gosto de **sair** nos finais de semana com a minha filha para almoçar fora ou fazer um lanche, mas não **gosto** de ir para barzinho ouvir pagode e beber cerveja como ele, então por isso nos não **saímos** muito **juntos**. (T. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

As entrevistadas em geral não partilham dos mesmos hábitos dos maridos. Estas diferenças acabam contribuindo para que eles saiam sozinhos e elas fiquem em casa cuidando dos filhos. O fato dos maridos saírem sozinhos não é bem visto pelas entrevistadas e isso acaba gerando desentendimentos entre os casais.

E eu não aceito isso porque se já não tem **dinheiro** para pagar as contas não tem que ter para tomar cerveja também, então nós brigamos muitos sobre isto. Mas ele sempre **sai**, não tem jeito, ele não respeita minha opinião e sempre dá briga. Eu não **saio** nunca, só saio para **trabalhar**. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

As mulheres também falam bastante a respeito das dificuldades financeiras, que quando somadas aos outros problemas do casal tornam-se fontes de discussões em casa.

Ele **trabalha** e o **dinheiro** não aparece, eu também **trabalho**, mas nós estamos sempre endividados, então isto aí causa muita discussão dentro da minha **casa**, causa muito atrito entre nós. Aí meu marido fica atacado, tenso, e quer ir para a rua porque acha que tem que espairer com os amigos. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

A bebida em geral, também é fonte de muita discussão entre os casais e em muitas vezes as entrevistadas atribuem a ela a responsabilidade pelos comportamentos inadequados dos maridos.

Então ele viu isso tudo e parou um pouco de tomar. Se ele não bebe, nem de **casa** ele não **sai**, fica mais carinhoso, atende bem o **filho**, dá atenção para nós, o que estraga ele é a bebida mesmo. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

As mulheres também têm a tendência de responsabilizar os amigos e o fato dos maridos trabalharem à noite por tais comportamentos.

Na minha opinião isso ajuda muito a haver traições. O meu marido **trabalha** a noite, eu não **gosto** disso, porque eu acho que à noite o homem vira a cabeça, ele também tem vários amigos que convidam para tomar uma cervejinha. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filho, primeiro grau).

As dificuldades nos casamentos também giram em torno da dupla jornada de trabalho das mulheres, que em geral tem que assumir as responsabilidades com a casa e o cuidados dos filhos, além de trabalharem fora para ajudar na manutenção financeira da família.

Depois do primeiro **filho** eu não pude mais tomar o comprimido então **ficamos** usando camisinha e eu acabei engravidando novamente porque a camisinha estourou, meu segundo filho tinha só um aninho quando eu engravidei do terceiro, foi um **trabalhão** uma grande dificuldade porque eu **trabalhava** fora e tinha que dar conta da **casa** e dos **filhos**. (S. 32 anos, com relacionamento fixo, com filhos, primeiro grau).

As entrevistadas também comentam as desigualdades que existiam em seus relacionamentos conjugais anteriores. Ao homem é permitido ter acesso ao mundo externo, da rua, enquanto que à mulher são restritos o espaço doméstico e o cuidado com os filhos.

Eu fiquei morando com ele durante oito anos, mas ele não tinha confiança em mim, não me deixava **sair sozinha** de jeito nenhum. Ele também não me levava para **sair** junto com ele, mas ele **saia sozinho** muitas vezes, saia com os amigos e eu **ficava cuidando** das crianças em **casa**. (S. 40 anos, sem parceiro fixo, três filhas, primeiro grau).

A bebida desqualifica o homem perante a mulher e ele perde o respeito dessa que já não o vê mais como alguém a quem possa se admirar, e alguém com quem possa se contar quando necessário. Além disso, geralmente, quando os maridos começam a beber muito, quem assume todas as responsabilidades com a casa, os filhos e as finanças, são as mulheres, fato que as leva muitas vezes a decidir pela separação.

Eu cuidava do **filho**, **trabalhava**, arrumava a **casa**, eu que batalhava pelas coisas, ele não tinha interesse em ajudar a adquirir alguma coisa, só em beber. A gente não saia daquilo, recebia o **dinheiro** e só dava para pagar as contas, não tinha um divertimento, não podia **sair**, era só de **casa** para o serviço e do serviço para casa, caiu na rotina e isso e a pior coisa que tem. (M. 34 anos, com parceiro fixo (segundo casamento), com filhos, segundo grau).

E quando aconteceu a separação na vida destas mulheres, em quase total maioria dos casos, foram elas que assumiram todas as responsabilidades financeiras e os cuidados com os filhos (como já faziam antes da separação).

Então eu **fiquei sozinha** para **cuidar** das minhas **filhas** e comecei a **trabalhar** em **casa** de família para sustenta-las porque ele nunca me ajudou com nada. Eu fiz tudo **sozinha** a partir daquele momento, **trabalhava, cuidava** delas, pagava as contas e trabalho a te hoje, sem ajuda de ninguém. (S. 40 anos, sem parceiro fixo, três filhas, primeiro grau).

Daí para frente passaram grande parte de suas vidas dedicadas a eles, pois o fato de ter filhos, em geral dificulta a mulher separada de sair e namorar, em virtude de não ter com quem deixá-los ou de ter medo de trazer um estranho para dentro de suas casas e expor a segurança das crianças.

Depois de cinco anos que eu estava separada eu tive um namorado, mas não fomos **morar juntos**, só namoramos para **sair** e para passear. Nunca mais eu quis alguém para **morar** na minha **casa** porque eu tinha três **filhas** pequenas, não dava para colocar qualquer um para dentro de casa porque seria perigoso, então preferi ficar sozinha e criá-las primeiro. (S. 40 anos, sem relacionamento fixo, com três filhas, primeiro grau).

3.2.2 - A Aids no contexto das relações amorosas.

Conforme figura 3, pode-se observar que a classe 4 juntamente com os conteúdos da classe 5 fazem parte da ramificação **A Aids no contexto das relações amorosas**.

A classe 4 foi composta por 48 UCE representando 12,28 %do total. Contribuíram para esta classe as UCE produzidas pelas mulheres com primeiro grau completo de escolaridade, com parceiro fixo e com idade entre 35 e 40 anos.

As palavras mais importantes desta classe demonstram que as mulheres têm medo do contágio da Aids através de outras formas de contágio que não a via sexual e pensam em fazer o teste para saber se tem a doença: fazer, Aids, pensar, medo, doença; além disso, elas comentam a importância de conhecer bem as pessoas com quem se relacionam como uma forma de proteção. A camisinha é reconhecida como forma importante de prevenção à Aids

e é usada na relação conjugal como método anticoncepcional para aquelas que não podem fazer uso de outro método, ou para as que comprovaram relações extraconjugais dos maridos: camisinha, usar, filhos, conhecer.

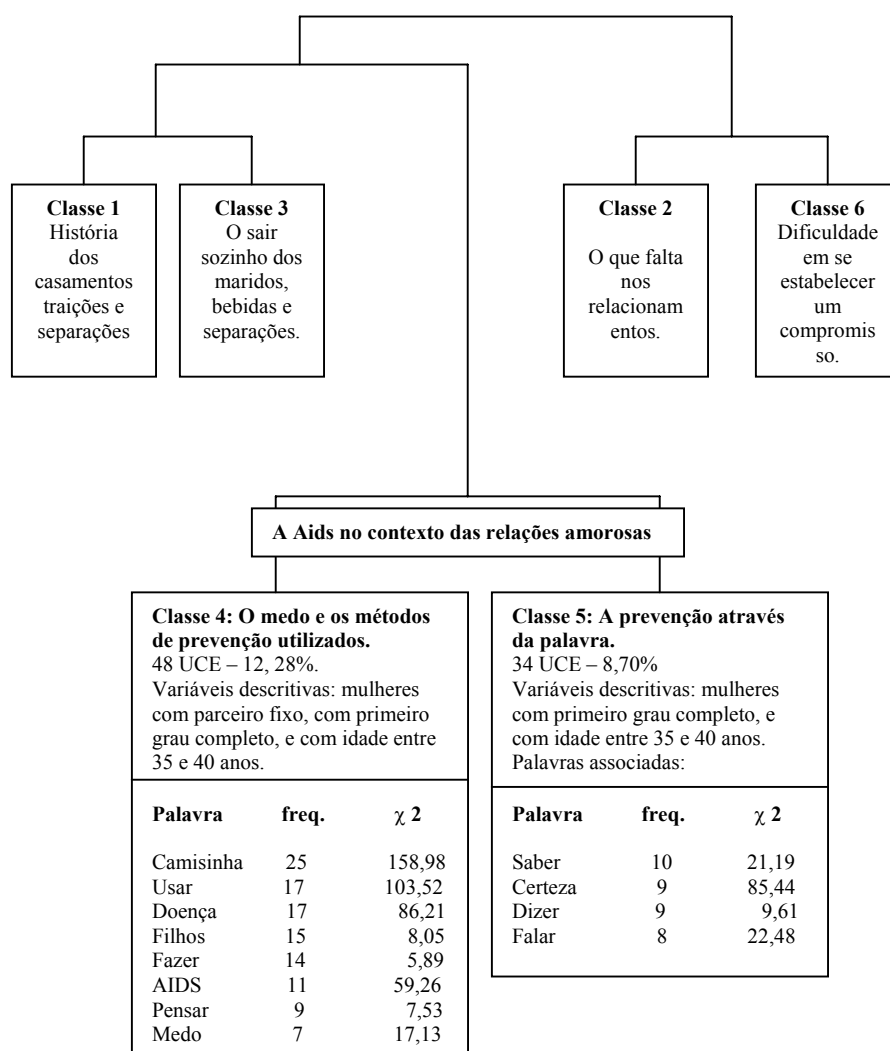
A palavra medo relacionada à palavra Aids, é bastante recorrente nessa classe e demonstra um certo sentimento de vulnerabilidade frente à doença, apesar de ainda surgirem algumas concepções de grupos de risco relacionada ao uso de drogas injetáveis.

Mas só que tem outras formas de contágio, então a gente nunca sabe de onde é que vai estar vindo aquilo. Eu fico às vezes **pensando** um monte de besteiras sobre **Aids**. A gente **pensa** que geralmente quem pega **Aids** é quem **usa** drogas injetáveis, mas mesmo assim a gente tem **medo** de ser contaminada por um outro veículo, ou **usar** uma seringa contaminada. (F. 33 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Esse sentimento de proteção frente à transmissão do vírus HIV por via sexual é trazido pelas entrevistadas com relacionamento fixo, que demonstram segurança em relação a seus maridos. Percebe-se ainda que a noção de risco parece estar mais relacionada a outras formas de transmissão que não a via sexual. Pois o medo com relação a uma possível contaminação em dentistas, clínicas, hospitais ou por meio de uma transfusão sanguínea é bastante recorrente entre os discursos.

Por isso eu te digo que enquanto tiver honestidade entre o homem e a mulher estas **doenças** não vão se prolongar. Eu me sinto prevenida diante do meu marido. Eu passei por duas cirurgias e não precisei tomar sangue, esta era a minha preocupação. (R. 39 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

Figura 3: Dendograma da Análise Hierárquica descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas referentes à relação homem mulher. Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.



Porém, quando a traição dos maridos é comprovada, a camisinha é percebida pelas entrevistadas como uma forma de prevenir a AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente nessas relações extraconjugais, onde os maridos estariam mais expostos a essas doenças e por consequência, as estariam expondo também.

Em todas às vezes nos usamos **camisinha**, eu digo para ele colocar se não, não tem nada. Porque assim eu evito a gravidez e as doenças. Com o comprimido eu evito a gravidez e com a **camisinha** eu evito as doenças, porque pode acontecer dele pegar alguma e passar para mim. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filho, primeiro grau).

A camisinha em geral não é utilizada pelas mulheres dentro das relações conjugais ou dentro de relações de namoro que existam já há um “certo tempo”, geralmente esse período de tempo é associado ao fato do casal se “conhecer bem”. Porém, quando existem outras restrições ao anticoncepcional oral, como a religião ou efeitos colaterais no uso dos métodos hormonais, a camisinha pode ser incorporada ao casamento, como método anticoncepcional.

Uma delas porque a religião dela não permitia tomar anticoncepcional, agora que ela começou a tomar porque ela se encheu de **filhos**, então eles sempre usaram **camisinhas**. E a minha irmã também toma anticoncepcional, mas o namorado dela usa **camisinha** porque eles estão namorando ha pouco tempo, quando se **conhecerem** melhor talvez parem de **usar** porque ele e bem legal e talvez não apronte. (G. com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

A palavra pensar está relacionada à palavra fazer, e indica uma pretensão das mulheres de fazer o teste para se certificarem a respeito de sua condição sorológica para o vírus HIV.

Nós usamos **camisinha** sempre em todas as relações sexuais porque eu sempre tive muito medo de ficar grávida e sei que mesmo assim ainda corremos um risco, então a minha cabeça está tranqüila, mas agora até estou **pensando** em **fazer** o teste porque é melhor. (R. 38 anos, com parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

Conforme figura 3, pode-se observar que a classe 5 juntamente com os conteúdos da classe 4 fazem parte da ramificação **A Aids no contexto das relações amorosas**.

A classe 5 foi composta por 34 UCE representando 8,70 %do total. Contribuíram para esta classe as UCE produzidas pelas mulheres com primeiro grau completo de escolaridade e com idade entre 35 e 40 anos.

As palavras mais importantes dessa classe: saber, certeza, dizer e falar, gente, revelam uma indicação de representação social da prevenção da Aids ligada a palavra. A prevenção da Aids se daria pela certeza de que o outro estaria dizendo a verdade com relação aos seus hábitos sexuais. As entrevistadas com relacionamento fixo mostram que tem certeza de que seus maridos dizem a verdade para elas e que, portanto, elas estão longe dos perigos da Aids. Enquanto que as entrevistadas sem relacionamento fixo falam sobre a dificuldade em se encontrar alguém que elas possam ter certeza de que está dizendo a verdade.

Com relação ao uso da palavra 'gente' percebe-se que as entrevistadas com relacionamento fixo falam impessoalmente sobre a questão da prevenção da Aids, sempre remetendo aos outros a necessidade da consciência e da adoção de comportamentos mais seguros, tendo, portanto uma baixa percepção da auto vulnerabilidade.

Mas isso não acontece, por isso que muita **gente** está pegando estas doenças, porque não estão sendo honestos. Porque ninguém vai te impedir de viver, basta ter honestidade e confiança. Hoje se eu fosse namorar alguém, não transaria sem antes **saber** se ele é saudável, não posso confiar em um homem que sempre andou na bagunça com essas doenças todas que andam por aí. (O. 35 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Nessa classe surge a noção da prevenção da Aids se dando através da palavra. É necessário ter certeza e acreditar no que o outro diz para que aconteça a prevenção. Porém, as mulheres sem relacionamento fixo reconhecem que nos dias atuais é difícil encontrar alguém em quem se possa realmente confiar.

Tem muita **gente** casada e comprometida andando por aí na noite e **dizendo** que é solteira. Então é difícil escolher uma pessoa e ter **certeza** de que ela está **falando** a verdade. (E. 30 anos, segundo grau, sem parceiro fixo e sem filhos).

Por outro lado, as entrevistadas com relacionamento fixo demonstram ter certeza de que seus maridos falam a verdade e de que um vive para o outro dentro da relação, sem

relações extraconjugais. Elas também têm certeza de que nunca irão pegar Aids ou alguma outra DST dos maridos.

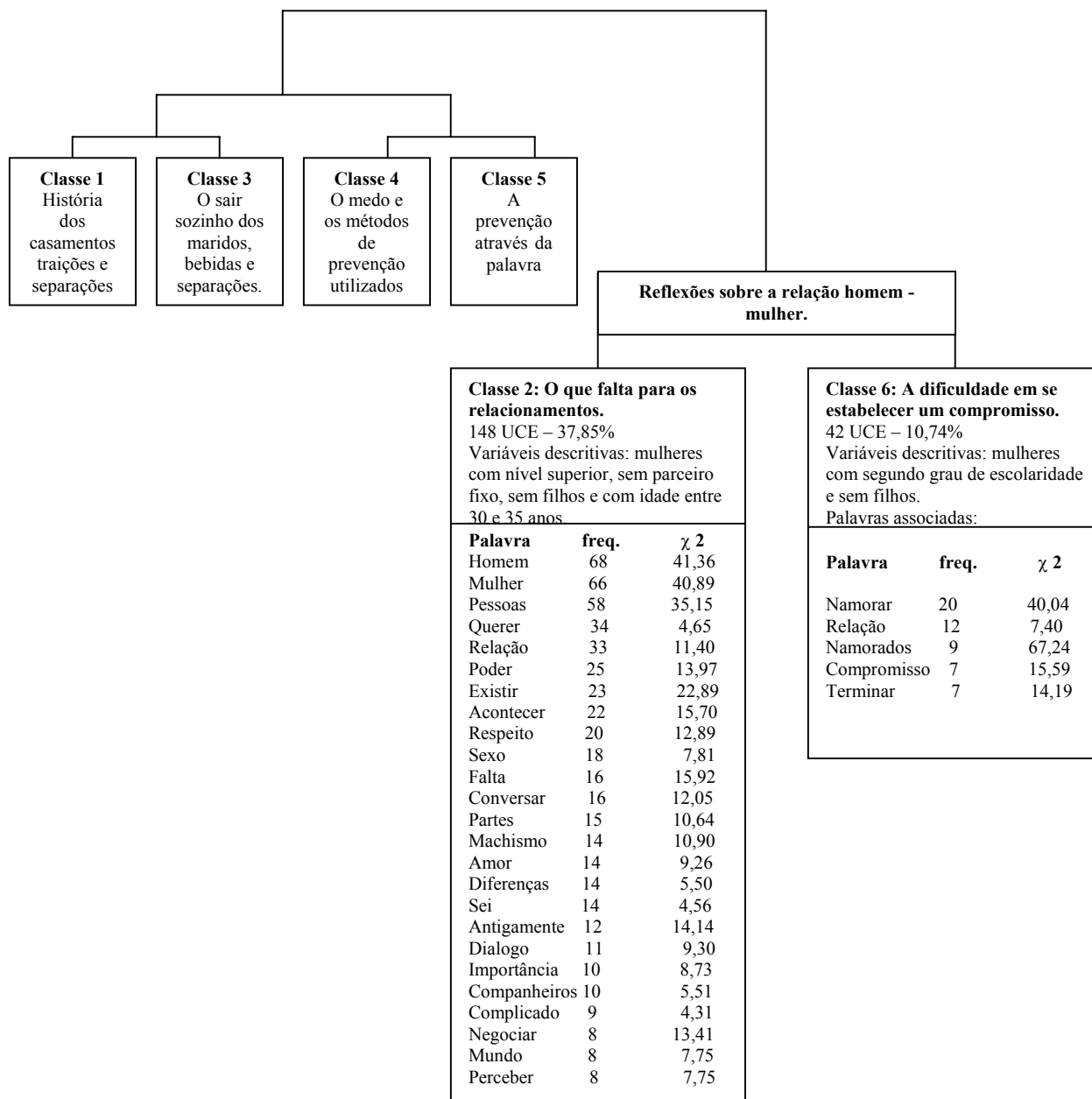
Porque se algum dia eu aparecer com esta doença eu tenho **certeza** que foi numa transfusão de sangue porque do meu marido não vou pegar nunca e a mesma coisa ele **diz** que de mim ele nunca vai pegar AIDS. (R. 39 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

3.2.3 - Reflexões sobre a relação homem – mulher.

Como pode ser visto na figura 4, a classe 2, juntamente com a classe 6 faz parte da ramificação: **reflexões sobre a relação homem – mulher**. A classe 2 foi composta de 148 UCE o que corresponde a 37, 85% do total do material analisado desse corpus. Esse percentual representa o maior conjunto de UCE identificado na análise. A análise das variáveis descritivas dessa classe permite caracteriza-la como sendo associada às mulheres com nível superior, sem filhos, sem parceiros e com idade entre 30 e 35 anos.

Através das palavras mais importantes da classe, percebe-se que as mulheres comentam o que está faltando nos relacionamentos amorosos para um melhor entendimento entre homens e mulheres: homem, mulher, pessoas, querer, relação, existência, acontecer, poder, relacionamento, respeito, falta, conversar, partes, amor, dialogo; Falam também sobre as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres que causam problemas na relação: sexo, machismo, diferenças, sei, antigamente, importância, companheiros, complicado, negociar, mundo, perceber.

Figura 4: Dendograma da Análise Hierárquica descendente sobre a distribuição das classes estáveis das respostas referentes à relação homem mulher. Detalhamento do dendograma de classes estáveis. Grupo de mulheres com e sem parceiro fixo. Florianópolis, 2003.



A palavra “complicado” aparece em muitas entrevistas referindo-se sempre ao relacionamento homem-mulher. Pois a emancipação feminina e todos os direitos conquistados, parece estar sendo mais fácil nas conquistas com relação ao mercado de trabalho e igualdade social do que na relação direta com os homens e apesar disso, ainda mantém ideais de romantismo e procuram uma relação duradoura.

Mas a mentalidade ainda é a de **antigamente**, esse negocio de dizer que as coisas evoluíram e os dois tem os mesmos direitos aconteceu, mas a **mulher** ainda quer a mesma coisa, ela quer um **homem** que fique com ela. (G. 40 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

Esta dificuldade também é atribuída ao fato das pessoas em geral estarem muito mais ligadas ao sexo do que interessadas em construir uma relação duradoura. Nestes relacionamentos, onde só o sexo é importante, inexistente o cuidado com os pares. E o corpo passa a ser mais importante do que o sentimento e a afetividade.

Eu penso que a relação entre **homens e mulheres** de hoje em dia é uma coisa só de corpo. Quando a gente chega em uma boate, os homens só querem saber quem tem mais bumbum, quem é a mais fácil da turma, eles olham para aquelas que são mais assanhadas, pode ser a mais feia ou mais esquisitinha, mas eles querem a mais fácil, então é só corpo. (L. 32 anos, com filhos, sem relacionamento fixo, segundo grau).

Muitas entrevistadas relacionam o elemento traição com o universo masculino, e é também bastante comum o surgimento desse tema em conversas femininas.

Acho que ela tem que sentar com ele e conversar porque deslizes acontecem com o **homem**, mas também podem acontecer com a **mulher**. E das trinta e poucas mulheres com quem ela trabalha, todas disseram que quando o **homem** apronta a primeira vez depois apronta sempre, ninguém disse para ela dar uma chance. (R. 39 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Elas também têm a percepção de que para aqueles que estão em um relacionamento fixo, o amor não é suficiente para garantir a felicidade da relação, pois falta respeito e companheirismo entre os casais.

No geral eu acho que está faltando **respeito**, dialogo e entendimento **companheirismo** entre as pessoas. Está ficando cada vez mais **difícil** convivermos hoje em dia. E em termos de casais também não é nada **fácil** porque se não tem dialogo e entendimento, pode ter até **amor** em abundancia, mas o **relacionamento** não vai para frente. (G. 40 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

A confiança também surge aqui como algo fundamental para uma relação amorosa, mas segundo as mulheres entrevistadas é algo que também está em falta nos relacionamentos atuais, o que torna ainda mais difícil a convivência entre homens e mulheres.

Acho que o **relacionamento** entre **homens** e **mulheres** está muito **complicado** porque não existe mais **confiança** de ambas as partes, pois é um relacionamento inseguro. Eu vejo isso por mim mesma, para mim **confiança** é fundamental. (G. 40 anos, com filhos, sem parceiro fixo, nível superior).

A palavra negociar surge nas entrevistas como a necessidade de se estabelecer o que se quer de uma relação juntamente com o companheiro. Para estas mulheres, o casal deve optar junto por uma relação eventual ou mais duradoura, e é necessário que os dois respeitem esta decisão agindo de acordo com o combinado.

Eu acho que existe um desejo grande de se estabelecer **relações** com vínculo. Hoje tem um espaço de **negociação** maior, onde as pessoas podem estar conversando e perceber se a outra pessoa esta querendo uma **relação** mais eventual ou se ela quer estabelecer um vínculo mais afetivo mais profundo. (S. 40 anos, sem filhos, sem relacionamento fixo, nível superior).

Quando essa negociação não é bem feita podem surgir complicações na relação, pois as expectativas não são atendidas.

Mas acho que algumas vezes ha uma atrapalhação para **negociar** isso porque muitas vezes não se fala direito o que se quer, e se as expectativas não são bem claras acontecem estas confusões. (S. 40 anos, sem filhos, sem relacionamento fixo, nível superior).

As entrevistadas comentam também sobre a falta de diálogo entre os casais, que pode estar sendo mais uma das responsáveis pelos desentendimentos entre homens e mulheres. Segundo elas, o desejo de dialogar parte das mulheres e encontra algumas barreiras no mundo masculino. Essas diferenças entre homens e mulheres são outros agravantes para sua difícil convivência.

E a **mulher** que tenta conversar. Em termos de **sexo**, o **homem** em geral acha que depois de uma discussão ou desentendimento o **sexo** resolve tudo. Eles acham que depois de um bom **sexo** se resolve tudo, e nós **mulheres**, não pensamos assim, nós somos mais sensíveis, a gente quer resolver mais através de **diálogo**, e estas **diferenças** vão complicando. (L. 32 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Quando não existe entendimento entre o casal, as diferenças podem se refletir no sexo, visto que segundo as entrevistadas, as mulheres precisam se sentir seguras na relação para sentirem prazer na cama.

Existem **homens** muito grossos, às vezes é um bom pai, um bom marido, mas no lado de ser o homem, é grosso. Então às vezes a **mulher** fica frígida com o homem e ele diz que ela está querendo ter outro homem na rua e não percebe que talvez esteja **faltando** alguma coisa dele para ela. (R. 39 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

A classe 6, juntamente com a classe 2 faz parte da ramificação: **reflexões sobre a relação homem – mulher** (fig. 4). Essa classe foi composta de 42 UCE, o que representa 10,74% do total de UCE analisadas. Através da análise das variáveis descritivas pode-se associar o conjunto de respostas da classe 6 com as mulheres com segundo grau de escolaridade e sem filhos.

Nessa classe as entrevistadas estão falando sobre a questão da dificuldade de se estabelecer relações de compromisso com os homens nos dias atuais. As palavras mais importantes dessa classe demonstram esses conteúdos: namorar, relação, terminar, compromisso.

Os problemas encontrados para se estabelecer vínculos e compromissos com os homens são relacionadas pelas entrevistadas de duas formas. A primeira é a dificuldade em se encontrar alguém interessante com quem se possa aprofundar um vínculo afetivo.

Quando você acha uma pessoa interessante é o mesmo que ganhar na loteria porque é bem difícil. Eu já tive alguns **namorados**, mas não durou muito tempo cada relacionamento porque eles não eram como eu gostaria, não tive problemas com infidelidade, conseguimos levar o **relacionamento**, mas terminamos porque não deu mais certo mesmo. (J.31 anos, sem relacionamento fixo, sem filhos, nível superior).

E a segunda dificuldade é encontrar um homem que realmente queira estabelecer uma relação de compromisso, pois segundo as entrevistadas, os homens teriam tendência a se relacionar sem criar vínculos afetivos.

A mulher ainda cria aquela imagem de vínculo de padrão de família, mas o homem já está mais desvinculado porque isso já é mais da natureza masculina, e algumas mulheres já optaram por não querer vínculo. (G. 40 anos, sem relacionamento fixo, sem filhos, nível superior).

Porem, a vontade de manter relações sexuais eventuais, sem criar vinculo afetivo também acontece entre as mulheres, mas, elas tem uma tendência a reprimir esses desejos em função de uma moral social dominante que as impediriam de manifesta-los.

Mas eu até bloqueava isto devido aos meus princípios porque eu achava que não seria bom só matar a vontade de sexo. Porque meu ultimo **namorado** antes desse, ha seis anos atrás foi uma relação mais deste tipo, só corpo foi um **namoro** bem superficial, não foi o namoro com profundidade que eu queria por isso que a gente **terminou**. (J. 30 anos, com relacionamento fixo, sem filhos, nível superior).

Mas algumas mulheres, que estão sem um relacionamento fixo há mais tempo, parecem ter maior facilidade em estabelecer relações sem compromisso.

Eu acho que isso depende do momento da vida em que a gente está. Em alguns momentos a gente tem necessidade de ter um vinculo afetivo maior. Geralmente, logo que eu **termino** uma **relação** que foi mais profunda, mais duradoura, vem um tempo em que eu não quero **compromisso**, não quero **namorar**, quero ter historias soltas para me divertir de vez em quando. (S. 40 anos, sem relacionamento fixo, sem filhos, nível superior).

Após a separação de um casamento duradouro, em geral essa tendência também se repete, visto que as mulheres saem dessas relações sem intenção de criar outro vinculo afetivo em seguida.

Foram dez anos de casada e eu já estou separada ha três anos. Desde que a gente se separou eu tenho tido alguns envolvimentos, alguns **namoros**, mas nada fixo, nenhum tipo de **compromisso** porque eu prefiro assim. (D. 32 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

3.3 - Análise dos resultados do corpus 2 sobre prevenção à AIDS e métodos anticoncepcionais das entrevistadas com e sem parceiros fixos.

Este 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 da Aids?; 5) Você se sente prevenida da Aids?; 6) Você poderia me contar alguma coisa que lhe tenha impressionado sobre Aids?; 7) Gostaria de falar mais alguma coisa a esse respeito?.

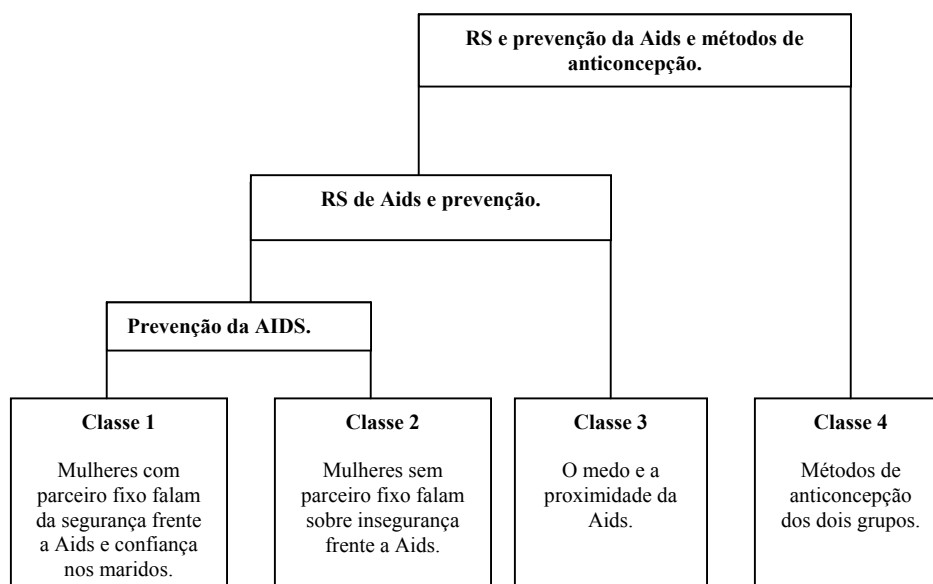
Para a análise do material foi utilizado o mesmo procedimento do corpus 1, através do programa ALCESTE.

O corpus 2 foi dividido em 1113 UCE e a análise hierárquica descendente considerou para a análise todas as 1113 UCE, isto é, 100% das UCE foram selecionadas.

Houve nesse corpus um total de 51578 ocorrências de palavras e 5066 formas distintas, indicando uma média de 10 ocorrências por palavra. Foram consideradas para a análise, portanto, palavras com frequência maior que 10 e com $\chi^2 > 3,84$.

A figura 5 apresenta as 4 classes obtidas através da análise hierárquica descendente desse segundo corpus.

Figura 5 – Dendograma 2 – 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 dendograma 2 (Fig. 5) que as respostas foram distribuídas inicialmente em duas ramificações, sendo que a primeira ramificação constitui-se em um sub-corpus 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 denominou: **Métodos de anticoncepção dos dois grupos**.

O sub-corpus **Representação social de Aids e métodos de prevenção** desdobrou-se em uma terceira ramificação em outros dois sub-corpus: o primeiro denominou-se **O medo e a proximidade da Aids** e desdobrou-se em duas classes, ambas referentes aos sentimentos de prevenção da 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 a 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, enquanto que na classe 2 **Mulheres sem parceiro fixo falam sobre insegurança frente a Aids** as

entrevistadas estão falando sobre a insegurança que sentem a respeito da Aids e suas práticas de prevenção dessa doença.

3.3.1 – Prevenção da Aids.

O primeiro conjunto de respostas separado pelo software ALCESTE foi denominado **mulheres com parceiro fixo falam sobre a confiança nos maridos** e refere-se a classe 1. Essa classe foi composta de 282 UCE, representando 29,81% do total do material desse corpus analisado. Com a análise das variáveis descritivas dessa classe, percebe-se que ela foi formada com a participação das mulheres com parceiro fixo, com filhos e com primeiro grau de escolaridade.

Além disso, essa classe, juntamente com a classe 2 pertence à ramificação **Prevenção da Aids**. Conforme a figura 6, as palavras mais importantes dessa classe foram: confiar, casa, sair, marido, dizer, querer, falar, conversar, nele, namorar, trabalhar, trair, traição, conhecer, gostar, respeitar, tiver, parceiro, desconfiar, chegar, juntos, sozinho, importante, dever, posso, acreditar, iria, digo, jogar, errar, amor, amar, brigas, casados, procurar, serviço.

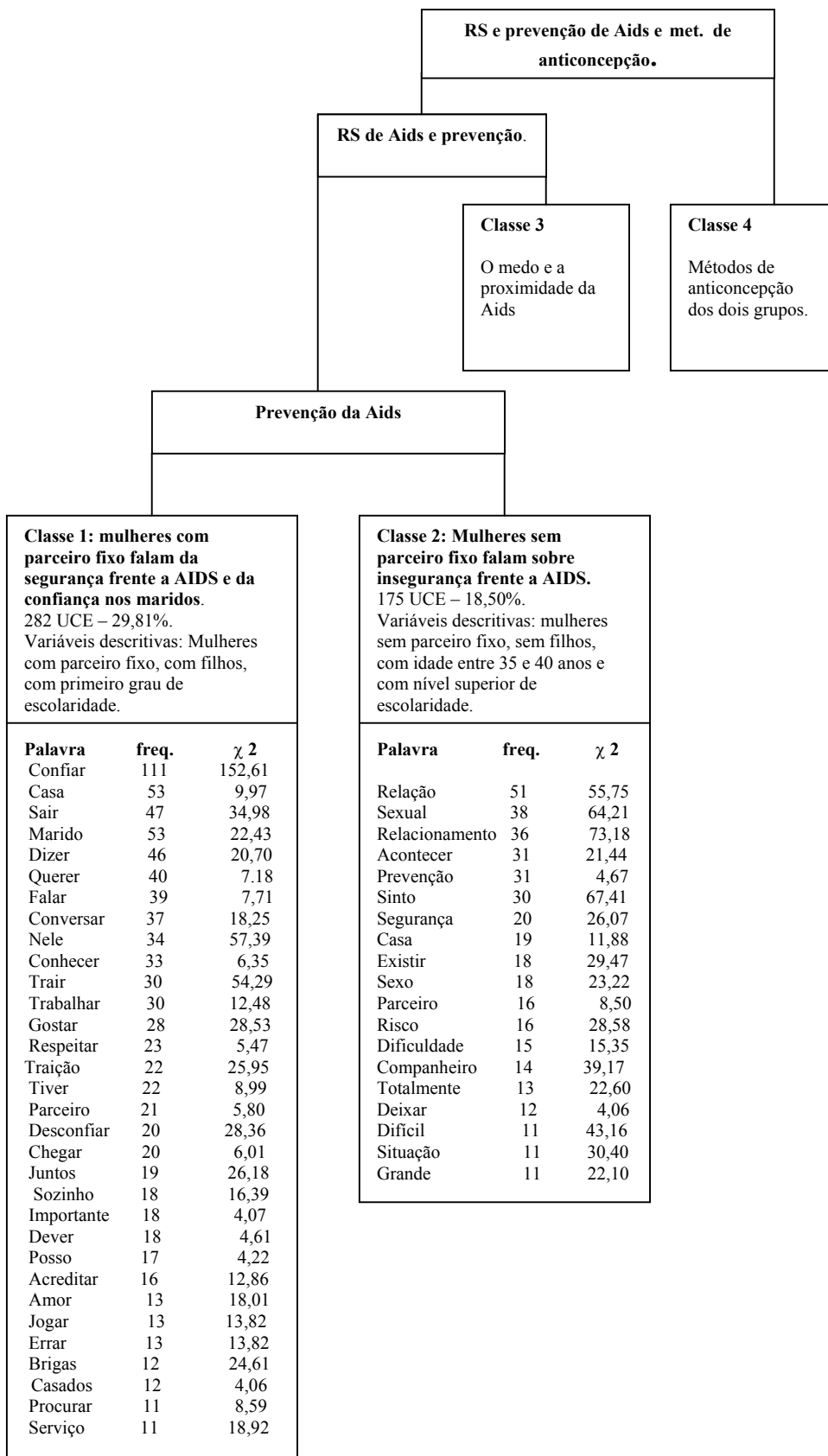
Essas palavras expressam conteúdos relativos a confiança que as mulheres com relacionamento fixo depositam em seus parceiros, que é a certeza de que eles não mantêm relacionamentos extraconjugais.

Eu **confio** que sim, eu confio que ele não me **trai**. Eu não o traio e **confio** que ele também não. Só se ele tiver alguém no **serviço** dele, mas ele tem hora para **chegar** em **casa** e sempre chega na hora certa. (G. 30 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

Esta certeza muitas vezes é corroborada pelo fato do marido ser “caseiro” e atencioso com a esposa. As mulheres relacionam respeito como algo fundamental e constituinte de suas definições de confiança.

Mas ele é muito caseiro, está sempre me ligando para saber como eu estou. Então **confiança** para mim e jogar aberto um com o outro e ter **respeito**, porque não me adianta ter **confiança nele** e ele não me respeitar ou vice-versa. (Z. 31 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

Figura 6 – Análise 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.



Quando os maridos só saem para trabalhar, e não tem o hábito de sair com os amigos para jogar futebol ou beber, as mulheres se sentem mais seguras com respeito à sua fidelidade.

Ele não **sai** de **casa** para outro lugar nenhum, nem à noite para **jogar** ou ir a um bar, nada. A não ser que ele faça alguma traição dentro do **serviço** dele, mas eu **confio** que não. (Z. 31 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

O fato de o casal estar sempre junto também é um fator que assegura a fidelidade do marido.

Eu **confio** nele porque ele **trabalha** ali perto da nossa **casa** então quando ele **sai**, eu saio junto, ele nunca **sai sozinho**, ele não vai **jogar** bola, não **sai** com os amigos, eu sempre estou junto com ele. (S. 32 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

A preocupação em assegurar a fidelidade dentro do casamento é uma constante, e isso se manifesta através de pactos de fidelidade que são feitos e renovados a cada diálogo do casal. As frequentes conversas e renovações deste pacto se traduzem no reforço da confiança depositada no marido.

Então a gente chega e **fala** que não está mais interessado, quer se separar porque conheceu alguém mais interessante e tal. Tem que ser um jogo aberto. Nós **conversamos** bastante e este é um pacto nosso de **confiança**. Então se um dia acontecer de eu me interessar por outra pessoa, a primeira pessoa que vai saber disso e ele. (B. 38 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

As entrevistadas demonstram que para elas fidelidade e confiança são coisas fundamentais dentro de sua relação conjugal e, portanto são elas que iniciam os diálogos sobre esses temas com os maridos.

Eu que sempre puxo esse assunto porque sou eu que fico em **casa**, ele **sai** para **trabalhar**, mas ele **diz** que não me **trai**. Eu **digo** que se ele fizer ele não deve deixar que eu descubra ou deve terminar comigo primeiro. (S. 35 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Mas nem sempre essas conversas entre o casal são suficientes para tranquiliza-las, então elas passam a exigir que eles jurem em nome dos filhos que lhes serão fiéis. E essas juras se constituem em elementos a mais para a sua segurança.

Às vezes quando estou brincando, eu o faço jurar pelos filhos que nunca vai me **trair** e ele sempre jura, é mais uma **confiança** que ele me dá. E uma coisa tola, mas a gente faz estas brincadeiras para ter certeza. Por enquanto eu **confio** nele porque ele nunca me deu motivos para eu **desconfiar**. (B. 38 anos, com parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

Porém, apesar de todos essas juras e acordos, algumas entrevistadas demonstram ter uma certa desconfiança de que seus maridos, em algum momento de suas vidas as tenham traído.

Eu sei que quem quer **trair** sempre arruma um jeito, pode ate ser que ele já tenha me **traído** e eu não saiba, mas acho que não. Eu **digo** para ele e ele também me **diz** a mesma coisa, que se um dia um tiver que **trair** o outro, primeiro vamos nos separar, a gente pensa igual nesse sentido. (Z. 35 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau de escolaridade).

Mas quando a infidelidade do marido é comprovada, a confiança se quebra e provavelmente não se restaura novamente.

Eu não **confio** mais no meu **marido**, estou sempre com o pé atrás, sempre em duvida. Eu não faço nada de errado que vá prejudica-lo ou denegrir a sua imagem, eu não vou estar **saindo** com outros homens e ele sabe disso e **confia** em mim por isso. (B. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau de escolaridade).

A figura do marido que trai a esposa é desvalorizada e a mulher já não realiza mais esforços para se manter a harmonia entre o casal, uma vez que o pacto de fidelidade foi quebrado e se rompeu o vinculo afetivo.

Então hoje em dia, quando a gente briga, ele não diz mais que vai embora porque ele tem medo que eu o mande mesmo. E ele me diz que quando a gente **ama** não quer que o outro vá embora, só que eu digo que não e bem assim porque não da para ele casar e fazer gato e sapato da mulher e ainda querer que ela implore para ele ficar porque ela o ama. (L. 34 anos, com parceiro fixo, com filho, primeiro grau).

Observa-se na figura 6, que o conjunto de respostas denominado **mulheres sem parceiro fixo falam sobre insegurança frente a Aids** pertence à classe 2. Essa classe é composta de 175 UCE, o que corresponde a 18,50% do total de UCE analisadas. A análise das variáveis descritivas dessa classe permite caracteriza-la como tendo sido produzida, fundamentalmente pelas mulheres sem parceiros fixos, sem filhos, com nível superior de escolaridade e com idade entre 35 e 40 anos.

Na figura 6 percebe-se que a classe 2 , juntamente com a classe 1, pertence ao sub-corpus **prevenção da Aids**. Nessa classe as entrevistadas sem parceiro fixo falam que não se sentem totalmente prevenidas da Aids, mas também associam o risco de contrair Aids para as mulheres que mantêm relacionamentos fixos em função da falta de fidelidade dos casais.

Conforme figura 6 as palavras mais importantes dessa classe foram: relação, sexual, relacionamento, prevenção, acontecer, sinto, segurança, casa, existir, sexo, parceiro, risco, difícil, companheiro, totalmente, deixar, situação, dificuldade, grande.

As entrevistadas dessa classe, apesar de não terem um parceiro fixo, tem vida sexual ativa em relacionamentos eventuais onde declaram usar sempre o preservativo como forma de se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e da Aids. Porém mesmo com esses cuidados, elas dizem não se sentirem totalmente seguras, pois temem que o preservativo possa romper ou que possam se contaminar de alguma outra forma.

Claro que um dia pode estourar uma camisinha ou acontecer algo assim, mas por enquanto eu me sinto mais **segura**, mas não **totalmente segura**. Acho que a confiança é importante, mas foi exatamente isso que faltou no meu **relacionamento** quando eu fui noiva. A partir do momento em que eu passei a desconfiar eu desmontei a minha **relação**. (A. 34 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior de escolaridade).

Existe também entre essas mulheres uma insegurança com relação ao beijo. Elas declaram ter receio de beijar alguém a quem não conhecem bem por medo de contraírem Aids. Para aumentarem sua segurança também restringem suas práticas sexuais.

Pode acontecer de um dente cortar o lábio também. Então não me **sinto totalmente prevenida**, só com a camisinha na **relação sexual**, mas com o beijo não. Eu só tenho **relação sexual** normal, não anormal, porque **sexo** anal para mim é anormal eu não gosto. O ânus foi feito como cano de saída e não de entrada, não serve para isso. (C. 40 anos, sem parceiro fixo, com filhos, nível superior de escolaridade).

Apesar de não se sentirem totalmente prevenidas da Aids sem um relacionamento fixo, elas também não consideram que as pessoas que estão casadas o estejam, pois reconhecem a possibilidade de haver traições entre um casal.

É muito raro encontrar um casal que seja realmente **sexualmente** fiel um ao outro, mas acontece, não estou dizendo que seja impossível, mas é **difícil**. Também não estou dizendo que todos os casais pulam a cerca, pode ocorrer que durante um casamento longo um dos dois pule a cerca e não significa que esta pessoa seja infiel. (C. 40 anos, sem parceiro fixo, com filhos, nível superior de escolaridade).

Refletindo sobre essa questão da infidelidade entre os casais, as entrevistadas comentam sobre a necessidade de uma maior conscientização das pessoas, para se protegerem nessas relações extraconjugais se preservando e protegendo seus parceiros de doenças sexualmente transmissíveis.

Assim há mais confiança e mais respeito. Aí é que entra a prevenção porque se a pessoa tem relações fora do casamento tem que se prevenir, não que eu esteja concordando com esta idéia, mas eu acho que tem mais é que se prevenir e muito mesmo porque hoje em dia está mais **difícil** do que antes. (G. 40 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior de escolaridade).

Elas associam, portanto o casamento a um maior risco de contaminação pelo HIV, visto que em geral não acontece prevenção dentro de uma relação conjugal. Porém, não descartam a possibilidade de um dia manterem esse tipo de relação.

Então fica um pouco **difícil** porque eu ainda tenho que ter a sorte de criar um vínculo com alguém e construir uma história e aí correr o **risco**. Mas até que se prove o contrário, eu me **sinto prevenida** da Aids. Eu fico tranqüila quando percebo que não tenho **relacionamentos** arriscados, não faço uso de nenhuma droga e não mantenho **relações sexuais** de risco. (A 34 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior de escolaridade).

Para as mulheres mais velhas e que estão sem um envolvimento fixo há mais tempo e optaram por viverem assim, surge também uma visão mais liberal de fidelidade e uma maior tolerância às relações extraconjugais de ambos, homens e mulheres.

Então acho que isto está mais maleável dentro de mim e eu tenho uma outra visão destas coisas. Muita coisa pode acontecer numa vida, você pode errar, o outro pode errar, ou você pode até estar consertando o seu casamento em um relacionamento extraconjugal, nunca se sabe. (Z. 40 anos, sem parceiro fixo, com filhos, nível superior de escolaridade).

Essa maior tolerância se refletiria na necessidade de reconhecer que uma relação extraconjugal pode acontecer, quebrando assim o mito da fidelidade alimentado por tantos casais e permitindo uma maior responsabilidade sobre a sexualidade.

Tudo foi muito positivo no sentido de fazer com que as pessoas possam pensar de uma forma mais madura sobre a sua própria **sexualidade**. Até em relação a esta questão da fidelidade. Acho que as pessoas têm que quebrar este mito da fidelidade porque isto sempre foi um mito. (S. 40 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

E assumindo essa responsabilidade sobre sua própria sexualidade, surgiria também a necessidade de negociar juntamente com o parceiro que tipo de relação se quer e se vai construir a partir de então.

Hoje não dá mais para ser assim, hoje você tem que negociar isto. Então você tem que ver que tipo de **relação** afetiva e **sexual** você quer, se são encontros casuais, se é namoro ou casamento e o que isto significa em termos de comportamento. Se vai haver fidelidade ou não na **relação** tem que ser decidido pelos dois. Então eu acho que esta questão toda pode estar qualificando as **relações**. (S. 40 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

O outro sentido para a palavra negociação trazida pelas entrevistadas é a difícil tarefa da negociação sexual a respeito do sexo seguro, principalmente com parceiros mais velhos, que não tiveram a iniciação da sua vida sexual com preservativo, ou que viveram um longo período das suas vidas em um casamento, onde não utilizavam a camisinha.

E eu acho que o público de trinta, quarenta, cinquenta anos talvez seja o público mais difícil, porque tem vida **sexual** ativa, tem mais preconceitos, iniciaram sua vida **sexual** sem camisinha e ainda tem esta visão muito forte de que a mulher deles não os trai. (C. 33 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

3.3.2 – O medo e a proximidade da Aids.

Conforme figura 7 percebe-se que o conjunto de respostas referente à **RS de Aids pelos dois grupos de mulheres** pertence à classe 3. Essa classe é composta por 401 UCE, o que corresponde a 42,39% do total do material analisado. Esse percentual representa o

maior conjunto de UCE identificado nessa análise. A análise das variáveis descritivas dessa classe permite caracterizá-la como sendo associada às mulheres com filhos, com primeiro grau de escolaridade e com idade entre 30 e 40 anos.

As palavras contidas nessa classe expressam as representações sociais da Aids construídas pelos dois grupos de mulheres (com e sem parceiro fixo). São elas: Aids, pegar, saber, tenho, doença, filhos, medo, cuidar, passar, drogas, HIV, amigos, consciência, irmãos, exame, morrer, fiquei, contaminar, hospital, teste, usar, pais, saúde, acabar, deveriam, vírus, preocupação, causa, normal, conhecer, principal, campanha, jovens, estudar, seringa.

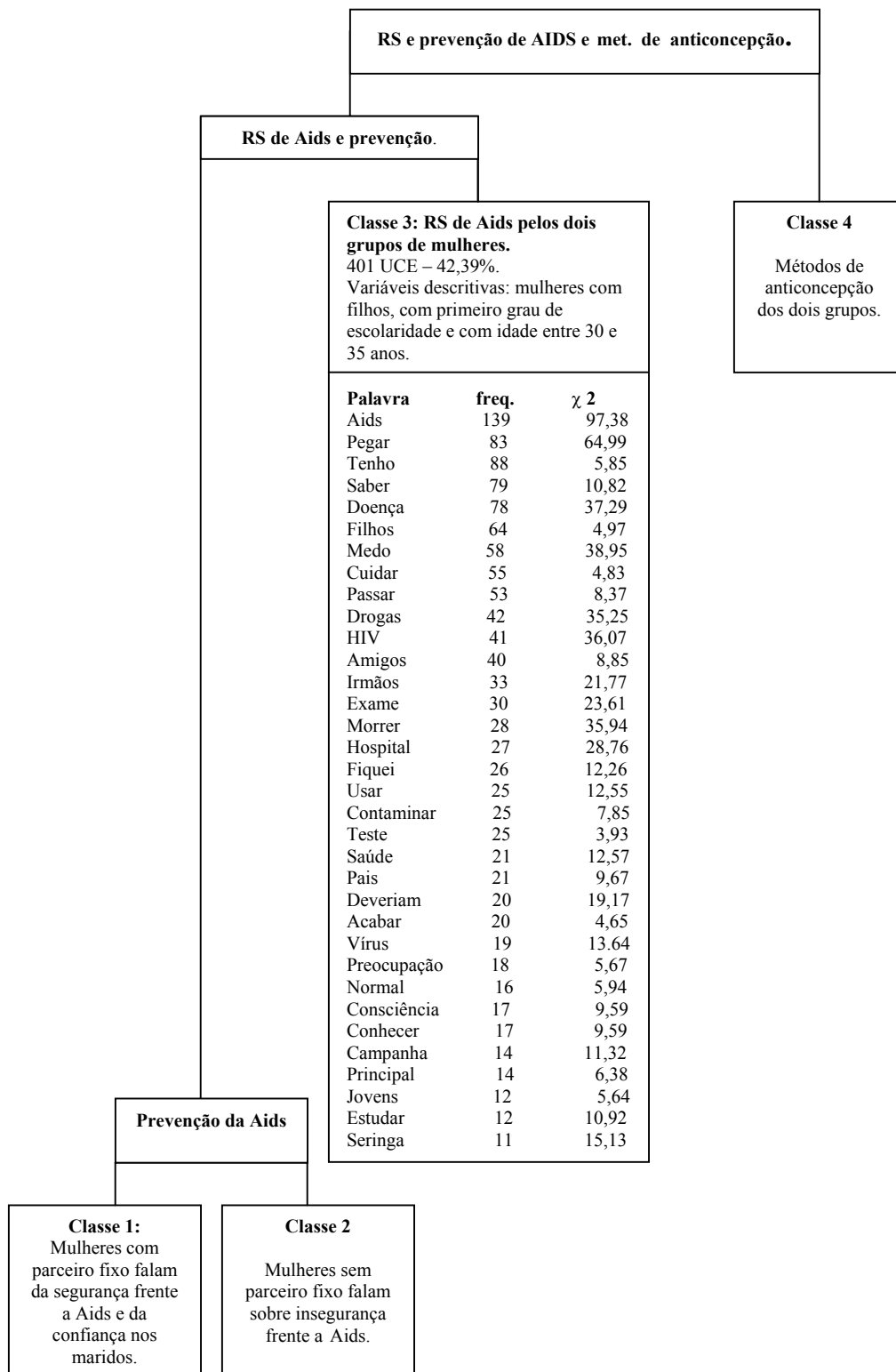
A relação entre Aids e morte é bastante forte entre as entrevistadas. A Aids se apresenta como uma doença ameaçadora, que pode trazer dor e sofrimento físico e psicológico para o portador. Está também associada à discriminação e preconceito.

Quando meu **irmão morreu** não chegou a ficar magrinho nem perder peso, ele estava **normal**, só que ele injetou antes de falecer e nós achamos que ele faleceu de overdose, já essa **irmã** do meu **amigo** se acabou de uma forma que ela ficou um monstro, horrível. (L. 32 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Podemos perceber também, que para as mulheres que estão no momento sem relacionamento fixo a camisinha é um elemento importante para a segurança e mesmo com os riscos de rompimento, é encarada como uma das mais concretas formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

De alguma forma eu me previno, **usando** camisinha, mas só que tem outras formas de contágio, então a gente nunca sabe de onde e que vai estar vindo aquilo. Eu fico às vezes pensando um monte de besteiras sobre Aids. A gente pensa que geralmente quem **pega Aids** é quem **usa drogas injetáveis**, mas mesmo assim a gente tem **medo** de ser **contaminada** por um outro veículo, ou usar uma **seringa contaminada**. (L. 32 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau de escolaridade).

Figura 7 – 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.



Porém, nem sempre este comportamento preventivo das mulheres sem um relacionamento fixo é efetivo, visto que a grande maioria relata já ter tido relação sexual alguma vez em sua vida sem proteção. Isto causa um grande arrependimento e, segundo elas passa a fortalecer a decisão de usar camisinha nos próximos encontros sexuais. O medo de contrair Aids também faz parte das falas das mulheres sem um relacionamento fixo.

As pessoas que eu conheço são contraditórias porque elas **estudam**, tem conhecimento, mas não se previnem corretamente, não se **cuidam** de **doenças** sexualmente transmissíveis. Eu **tenho** muito **medo** de **pegar Aids**. Uma vez eu **transei** com um amigo meu e no outro dia **fiquei** desesperada porque eu não acreditava que eu tinha transado sem **camisinha** com ele. Mas isso nunca mais aconteceu, serviu para eu aprender. (J. 30 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, cursando nível superior).

Percebe-se que ao mesmo tempo em que se procura manter distancia da doença, como algo que não pertence a seu mundo, contraditoriamente, ela está em todos os lugares, entre os conhecidos, amigos e até mesmo familiares que tem ou já morreram de Aids. A doença é trazida como algo ruim, que causa muito sofrimento e dor.

Eu tive um tio que já faleceu e tinha AIDS. Ele era **usuário** de **drogas injetáveis** e acabou se **contaminando com o vírus hiv** por compartilhar **seringas** com os **amigos**. Nós não sabíamos que ele tinha **Aids**, então um dia ele convulsionou na minha casa e nos o levamos para o **hospital** e acabamos descobrindo que ele estava com **Aids**. (E. 30 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, segundo grau).

As concepções a respeito de como se contrai o vírus não são muito claras entre as entrevistadas, pois elas manifestam duvidas a esses respeito.

Eu acho que não pega com aperto de mão, e se eu conversar com a pessoa também não pega, se eu sentar no lugar que ela sentou também não pega. Eu conheci este **amigo** do meu **irmão** e **fiquei** muito assustada na hora porque ele estava com muitas feridas na mão, mas eu acho, não tenho certeza, mas acho que não se **pega Aids** em um aperto de mão, mas não sei porque tenho medo daquelas feridas. (L. 32 anos, sem parceiro fixo, com filhos, primeiro grau).

As entrevistadas manifestam também muita preocupação com seus filhos a esse respeito e dizem serem os jovens os que estão mais expostos à esta doença nos dias atuais.

Mas eu percebo que o pessoal mais **jovem** é bem diferente. Porque eu tenho uma **filha** de quinze anos que me conta as coisas das amigas dela que são terríveis. Algumas **amigas** dela já **pegaram doenças** venéreas que poderiam até ser **Aids**.

Elas nem sabem se é ou não. Elas estão preocupadas porque pegaram hpv, e só tem dezesseis anos, são pessoas com acesso a cultura, a mídia fala tanto, tem tantas **campanhas**. (L. 40 anos, sem parceiro fixo, com filhos, nível superior).

A falta de consciência leva à falta de cuidado, e em decorrência disso, o número de contaminados pela Aids cresce a todo o momento.

Ha dois anos o **irmão** de um **amigo** meu também **morreu** de **Aids** e um amigo meu do pantanal com dezoito anos se matou porque descobriu que tinha **HIV**, então eu sei que são muitos casos em muitas famílias, então as pessoas não estão se **cuidando**. (L. 32 anos, sem parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

3.3.3 - O método anticoncepcional mais usado entre as mulheres com relacionamento fixo é o anticoncepcional oral, e entre as mulheres sem relacionamento fixo o uso da camisinha é uma constante.

A classe 4 foi formada por 88 UCE, o que corresponde a 9,30% do total. Nesta classe as entrevistadas estão falando sobre o método anticoncepcional que utilizam para prevenir a gravidez indesejada. É importante salientar que a grande maioria fala somente em prevenir a gravidez e só comentam sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids quando questionadas a este respeito. As palavras mais importantes dessa classe foram: camisinha, usar, tomar, anticoncepcional, pílula, engravidar, filho, método, comprimido, relação, tempo, namoro, época, menstruação, problema. A seguir temos algumas UCE representativas desta classe.

Já faz quatro anos que **eu tomo anticoncepcional** direto. No início daquele **namoro**, nós **usamos camisinha**, depois paramos de usar porque geralmente a gente não tinha camisinha quando dava vontade de transar. (J. 30 anos, sem parceiro fixo, sem filhos, segundo grau de escolaridade).

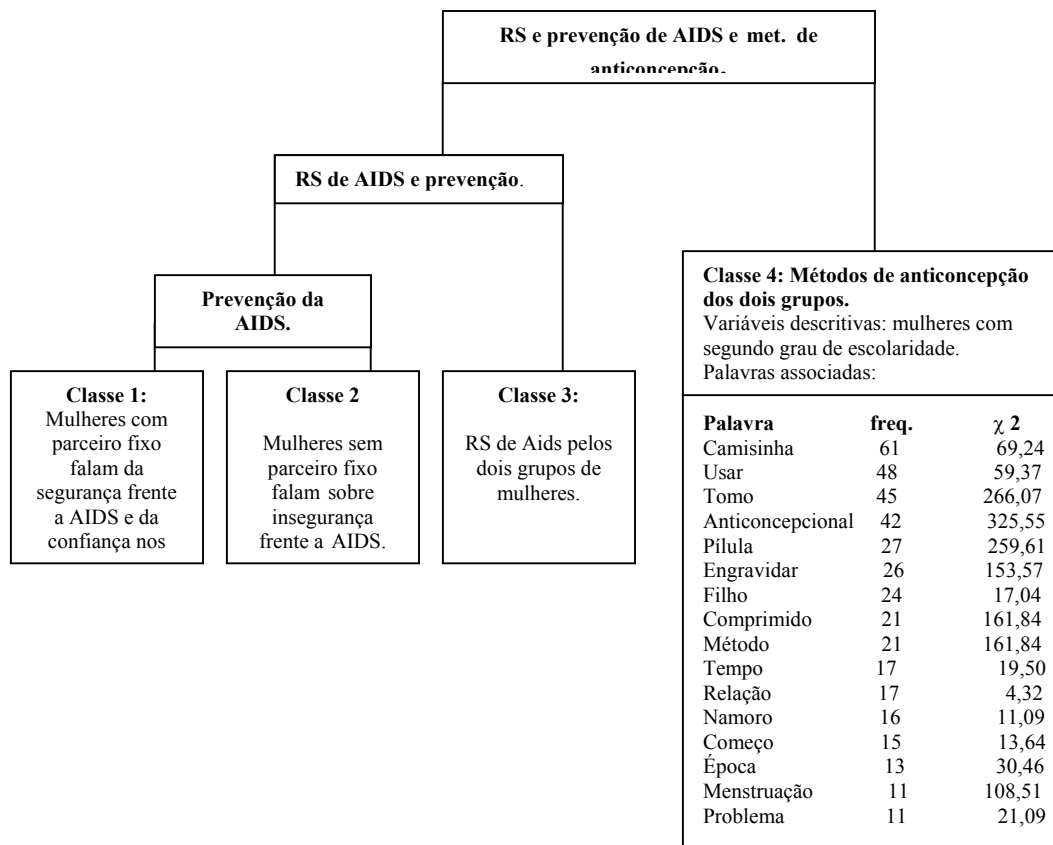
Entre as mulheres com relacionamento fixo, o anticoncepcional oral é o método mais utilizado para prevenir a gravidez. E para as que se adaptam bem a este método, ele é mantido por longos períodos ininterruptos das suas vidas. A camisinha, em muitos casos nunca foi utilizada.

Nunca usei outro método **anticoncepcional**, nunca usei **camisinha** nem quando nós éramos **namorados**. Quando **começamos** a ter **relações sexuais** ainda no período de **namoro**, eu já comecei a **tomar anticoncepcional** e nunca mais **parei**. (G. 36 nos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Outro método anticoncepcional bastante utilizado entre as mulheres com relacionamento fixo é a laqueadura, que geralmente é feita depois de um bom tempo de casamento, quando o casal já tem mais que um filho e dispensa o uso da camisinha.

Eu fiz laqueadura, faz três anos que nós tivemos uma menina e nós temos um menino de dezesseis anos. Então eu não **tomo anticoncepcional** nem **uso camisinha**, nenhum **método**. Quando eu tinha só o meu menino, às vezes nós **usávamos camisinha**, às vezes **usávamos pílula**. Dependendo da maneira como eu me tratava usava camisinha ou não. (F. 40 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Figura 8 - 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.



Outras razões são dadas para a não utilização da camisinha na relação conjugal, o incomodo e a dor são algumas delas.

Eu tinha comprado uma injeção para começar a **usar**, mas a médica disse que os sintomas poderiam ser os mesmos da **pílula**, enjôos, dores de cabeça e tal. Então eu comprei, mas não cheguei a **usar** e acabei **engravidando**. Mas a maioria do **tempo** de casados nos cuidando com ele tirando mesmo, porque só no início que eu **usei pílula**, mas me prejudicou bastante e a **camisinha** doía muito. (C. 34 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

O não uso do preservativo dentro dos casamentos também é atribuído à falta de hábito do casal, que muitas vezes já iniciou sua vida sexual há muito tempo sem o mesmo e encontra dificuldades em assimila-lo.

Não **usamos camisinha** porque não temos o costume, nunca usamos camisinhas. Depois eu **engravidai** a segunda vez e por infelicidade perdi novamente, então fiz mais um tratamento de um ano e dois meses se cuidando sem **tomar pílula** e sem **usar a camisinha**. (M. 33 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

As mulheres com relacionamento fixo e em regime de conjugalidade, procuram algum método anticoncepcional que seja seguro, isto é, que permita uma alta proteção contra a gravidez e traga nenhum ou pouco efeito colateral. Além disso, ele não deve ser desconfortável ou tomar muito tempo das suas vidas.

Eu uso como **método anticoncepcional** aquele implante de hormônio que fica agindo durante três anos e corta totalmente a **menstruação**. Ele é muito pratico porque você não tem que **tomar** todos os dias como a **pílula** e muito mais seguro, pois equivale a uma laqueadura. (J. 30 anos, com parceiro fixo, sem filhos, nível superior).

Porém, muitas delas relatam terem problemas ou efeitos colaterais no uso destes métodos hormonais. Nestes casos, a camisinha pode ser incorporada ao casamento, mas como método anticoncepcional, sem a preocupação de prevenir doenças sexualmente transmissíveis.

Depois de ter minha primeira **filha** eu **usei** também, mas depois do segundo filho eu comecei a ter **problemas** e não pude mais **usar anticoncepcional**, eu tinha dores de cabeça, palpitação, varizes então nós optamos em usar **camisinha** e eu acostumei e acho super bom, é bem tranquilo, mais higiênico, mais tudo. (V. 38 anos, com parceiro fixo, com filhos, segundo grau).

Em geral, as entrevistadas disseram confiar nos maridos e ter certeza de que eles não as traem, por isso o uso de preservativo dentro desta relação seria desnecessário. Exceto quando a traição é confirmada. Nestes casos, algumas mulheres conseguem estabelecer a exigência de proteção nas relações conjugais.

E quando eu estava casada, eu também **usava camisinha** porque depois eu os meus **filhos** nasceram eu não pude mais **tomar anticoncepcional** porque me fazia muito mal. E nesta época eu também já estava desconfiada que meu marido tinha uma vida dupla. Então eu comecei a me prevenir e daí para frente sempre foi assim. (C. 34 anos, dois filhos, sem parceiro fixo, segundo grau).

Em geral, entre as nossas entrevistadas, a camisinha é mais associada à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis do que à prevenção da gravidez, visto que em várias falas, as mulheres sem um relacionamento fixo relataram não utilizar nenhum método anticoncepcional, só a camisinha, em seus envolvimento sexuais eventuais.

Agora eu não uso nenhum **método anticoncepcional**, só uso **camisinha** quando tenho algum envolvimento **sexual**. Quando eu estava casada eu usava diu. Usei o diu durante um bom tempo e depois que eu me separei eu o tirei porque para mim era muito desconforto usá-lo. E como eu estava separada eu poderia optar por outro **método**, não precisava ser o diu, então optei pela **camisinha**. (L. 38 anos, sem parceiro fixo, com filhos, nível superior).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passaremos à discussão dos dados dos dois corpus. O corpus 1 está demarcado por respostas relativas às representações sociais da relação entre homens e mulheres e o corpus 2 refere-se às respostas das entrevistadas que indicam RS da prevenção à Aids e dos métodos de anticoncepção.

4.1- Discussão do corpus 1 - Representações sociais sobre relação homem – mulher.

Pudemos contatar três indicações de representações sociais sobre a relação homem e mulher neste corpus. A primeira delas é relacionada aos problemas nos casamentos e separações, composta pelas classes 1 e 3; a segunda representação inclui a Aids no contexto das relações amorosas, composta pelas classes 4 e 5; e a última representação é uma reflexão de natureza mais geral sobre a relação homem – mulher, formada pelas classes 2 e 6.

4.1.1 -Problemas nos casamentos e separações.

A classe 1 refere-se as **Histórias dos casamentos, traições e separações**. Ela é constituída principalmente por mulheres sem parceiro fixo, com filhos, e com segundo grau de escolaridade que estão falando sobre as histórias de seus casamentos e das traições de seus ex-maridos que as levaram a tomar a decisão de se separarem. Na classe 3, **O sair sozinho dos maridos, bebidas e separações**, constituída principalmente por mulheres entre primeiro grau incompleto e completo, com parceiro fixo e com idade entre 30 e 35 que estão no primeiro ou segundo casamento, falando sobre o hábito dos ex-maridos ou dos maridos de saírem sozinho e beberem, motivos que também as levaram a separação do primeiro casamento. As duas classes demonstram que as decisões pelas separações sempre foram tomadas pelas mulheres em decorrência das falhas masculinas apontadas por elas. Sendo que na classe 1 as separações decorreram pelas traições dos maridos e estas mulheres

não voltaram a se casar, enquanto que na classe 3 as separações ocorreram pelo hábito de sair sozinho e de beber dos maridos, e estas mulheres estão casadas novamente ou algumas nem se separaram.

Para as entrevistadas as dificuldades iniciais do casamento giram em torno da dupla jornada de trabalho e dos cuidados com os filhos, que em geral, ficam sob total responsabilidade da mulher. Segundo Beauvoir (1980) entre as fêmeas animais a função reprodutora é naturalmente limitante, e quando acontece, o indivíduo é dispensado quase que completamente de outras tarefas. E somente as “fêmeas domésticas” são exploradas até o esgotamento de suas forças em jornadas exaustivas de trabalho fora e dentro de seus lares.

É importante observarmos que as entrevistadas dessas duas classes relataram terem se casado quando ainda eram bastante jovens. Muitas delas se casaram grávidas aos quatorze ou quinze anos em função de não terem tido nenhum tipo de educação sexual. Não se falava sobre sexo em casa. O não se falar sobre sexo é uma forma de interdição, que se constitui em impedimentos e proibições em relação à sexualidade. A família e a escola desempenham um papel importante na construção social de gênero, moldando o feminino mediante controle da sexualidade para preservar valores que interessam à nossa sociedade, tais como: casamento, maternidade e fidelidade. (Beauvoir, 1980).

Para muitas mulheres jovens o casamento também se apresentou como forma de estabelecer vínculos, ter uma casa e filhos, e assim sendo, possuir mais respeito social.

As entrevistadas relatam com um certo “orgulho” o fato do marido ter sido o primeiro homem com quem elas tiveram relações sexuais, embora em nenhum dos casos elas tenham comentado terem sido a primeira mulher de seus maridos, mostrando que elas também compactuam com o pensamento dominante da nossa sociedade que prega a posse da mulher pelo homem. Isso se explica porque vivemos em uma sociedade, onde homens e mulheres estão impregnados do pensamento que eles mesmos constroem nas interações do dia-dia. Para Barbosa (1996) em nossa cultura, como em tantas outras, o exercício da sexualidade só é permitido para as mulheres após o casamento, enquanto que para os homens é aceitável e até mesmo estimulada que aconteça antes do casamento. Essas diferenças podem contribuir aos tantos desentendimentos relatados pela entrevistadas entre elas e seus companheiros.

Segundo Drumont (1982), isso acontece porque o machismo valoriza a sociedade dos homens, mas não nega o feminino. Ele aceita os valores femininos, mas de forma que complementem os valores masculinos não lhes sendo concorrenciais. Desta forma a virgindade da mulher seria uma das qualidades valorizadas nesta rede de valores sociais. Parafraseando Beauvoir: “Destruindo o hímen, o homem possui o corpo feminino mais intimamente do que mediante uma penetração que o deixa intacto; com essa operação irreversível o homem faz dele um objeto inequivocamente passivo e afirma seu domínio sobre o mesmo” (Beauvoir, 1980 p.196).

Quando nascem os filhos e as responsabilidades do casal aumentam, em geral os problemas começam a crescer. As entrevistadas relatam que nesse momento seus maridos começaram a sair sozinhos com os amigos, enquanto elas ficavam em casa cuidando dos filhos. Nesse contexto de sobrecarga de trabalho sobre elas e o afastamento dos maridos aconteceram as separações. A grande maioria delas referiu-se ao fato de terem elas mesmas tomado a decisão pelas suas separações. Para Bozon (1995) a iniciativa da separação cabe principalmente às mulheres porque elas tendem a investir mais no casamento e em caso de decepção, elas tem um desejo de franca ruptura. Esta iniciativa indica que elas têm exigências mais fortes na relação.

O hábito de beber dos maridos é freqüentemente relatado como causa dos principais desentendimentos do casal e em muitas vezes as entrevistadas atribuem a ela a responsabilidade pelos comportamentos inadequados dos maridos. As mulheres também têm a tendência a responsabilizar os amigos e o fato dos maridos trabalharem à noite por tais comportamentos. O fato dos comportamentos dos maridos estarem fora das expectativas das entrevistadas, fazem com que elas façam essas atribuições para explicá-los. Essa abordagem da atribuição, fundada sobre as estruturas do conhecimento, apoia-se sobre a compreensão que as pessoas tem do mundo. Portanto, as explicações das mulheres são determinadas pelas suas representações sociais. E segundo Hewstone (2001) pode-se afirmar que todas essas explicações revelam uma trama temporalmente ordenada de causas e efeitos que se conjugam.

Em pesquisa de Knauth (1998), as mulheres tinham a tendência de se queixar dos comportamentos dos maridos, embora também não lhes atribuíssem toda a responsabilidade pelos mesmos. Em primeiro lugar porque julgam esse tipo de comportamentos como

intrínsecos à própria condição masculina e em segundo porque pensam que ele é incentivado pelos outros ou pelas “más companhias” (categoria que envolve praticamente todo o gênero masculino e ainda algumas mulheres, as “de rua”).

Para esse autor, na representação das mulheres, o homem é visto como um ser “naturalmente” livre, pois dispõe de maior liberdade e está associado ao espaço público. Geralmente, os homens não precisam justificar seus comportamentos, uma vez que sua simples vontade não deixa margem para contestação feminina. A liberdade masculina também se manifesta através de práticas características tais como o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas, além das reuniões entre pares (clubes esportivos, bares, etc.). “Para as mulheres seus maridos são potencialmente bons, porém, ao mesmo tempo facilmente corruptíveis, o que explica seus comportamentos. O papel da esposa - e também, uma das funções do casamento - consiste em tentar controlar essas más influências, uma vez que evita-las completamente é tido como impossível.” (Knauth, 1998 p. 185.).

Segundo Parker e Barbosa (1998), na nossa sociedade existe a tendência em se separar os “fazeres” de homens e de mulheres. O que é mais adequado à natureza masculina e feminina. Pertenceriam aos homens, portanto, os “fazeres públicos”, que seriam decidir sobre negócios e garantir a moradia para a família. Mas quando a bebida se torna uma constante na vida dos maridos das mulheres entrevistadas, acontece em geral uma desqualificação dos atributos masculinos como protetor e provedor do lar, visto que, em muitos casos isso acarreta em uma diminuição do poder aquisitivo da família, sobrecarregando a mulher com as tarefas de manter o lar e cuidar dos filhos o que pode leva-las a decidir-se pela separação.

Após a separação, na maioria dos casos as mulheres tendem a ficar com a guarda dos filhos, o que acaba por aumentar ainda mais as suas responsabilidades que passam a assumir sozinhas a manutenção da casa, as finanças e o cuidado com as crianças.

Das 20 entrevistadas sem parceiro fixo, nove já tinham sido casadas, se separaram e estavam no momento da entrevista sem um parceiro fixo. Todas elas têm filhos. Para estas mulheres separadas e com filhos os problemas para constituir uma nova relação são ainda maiores. Dentre as 9 entrevistadas nesta condição, apenas uma delas deixou a guarda de sua filha com o pai por alegar não ter condições de sustentá-la. Pois, segundo Bozon (1995) os filhos constituem um verdadeiro território feminino, que as mulheres não poderiam

abandonar sob pena de abdicarem de um traço de identidade e um elemento de status social, principalmente entre as mulheres de mais baixa posição social. E este território das mulheres continua sendo uma carga ainda mais pesada do que quando estavam casadas, visto que agora elas têm que assumi-lo com menores recursos.

Além disso, as mulheres que se separam com mais de trinta anos, com filhos, enfrentam muitas dificuldades para estabelecerem uma nova relação. “Elas não se recusam a viver novamente em casal, mas também não aderem tão completamente a um projeto de casal como na primeira vez, e tem maiores exigências em termos de cônjuge”. (Idem, p. 134) Também existe a dificuldade de sair para encontrar pessoas ou para estarem com seus novos namorados, pois não tem com quem deixar seus filhos, e há um receio de trazer seus novos parceiros para casa por causa dos filhos pequenos.

Além de todos estes fatores, há uma maior dificuldade em encontrar um novo cônjuge, pois existe também a concorrência com mulheres mais jovens e sem filhos. Todas estas dificuldades para formar um segundo casal nos revelam a forte dominação masculina sobre o “mercado matrimonial” nesta idade mais tardia. Todas as mudanças pelas quais as estruturas familiares passaram, a conquista pelo mercado de trabalho, a separação, são vitórias para as mulheres, mas podem ter conseqüências ambíguas. O desejo por autonomia pessoal nem sempre se adapta bem à vontade de estabelecer relações afetivas duráveis com os homens.

É importante perceber também que as mulheres que se separaram em função do hábito de sair sozinho dos maridos e de beber voltaram a se casar, enquanto que as mulheres que se separaram em função de traições não se casaram novamente. Não foram encontrados dados na literatura a esse respeito, mas poderíamos supor que o segundo fator (traição) tenderia a decepcionar muito mais as mulheres do que o primeiro (bebidas e sair sozinho), e influenciando-as a terem práticas sociais diferentes com relação a procurar uma nova relação.

Para Barbosa, (1999) a obtenção de prazer para a mulher guarda uma dimensão de cumplicidade e entrega, que são viabilizados pelo amor e pelos laços de confiança. O afeto pelo companheiro e a confiança no relacionamento impulsionam a busca pelo prazer das mulheres. Neste modelo de relacionamento, baseado no companheirismo, percebido como algo construído por duas pessoas, a infidelidade romperia esta confiança, de forma que se

torna muito difícil questioná-la, mesmo para as mulheres que se consideram vivendo relações mais igualitárias e prazerosas. E quando ela é confirmada, muitas vezes acontece o desmoronamento dos sonhos femininos, que em muitos casos se estruturam sobre os vínculos familiar e amoroso.

Além disso, existe nas falas destas mulheres a associação da traição com o universo masculino, e mesmo que ela não esteja identificada com o próprio marido, está com um comportamento masculino definido socialmente, que elas têm incorporado ao longo de suas histórias de vida.

A agressão também é bastante trazida pelas entrevistadas em suas experiências com os homens, principalmente quando se referem a relacionamentos passados. A sexualidade é um terreno que coloca a mulher em uma tensão entre perigo e prazer, pois contém ao mesmo tempo alegria e prazer, tristeza e humilhação. E, se ela não é uma experiência marcada totalmente pela subordinação ao poder masculino, também não o é de completa satisfação. (Vance, 1989).

4.1.2 - A Aids no contexto das relações amorosas.

A indicação de representação sobre a Aids no contexto das relações amorosas foi formada por duas classes: **O medo e os métodos de prevenção utilizados** e **A prevenção através da palavra**.

A classe 4 refere-se a **O medo e os métodos de prevenção utilizados** e foi formada pelas falas das mulheres com primeiro grau completo de escolaridade, com parceiro fixo e com idade entre 35 e 40 anos e demonstra que elas têm medo do contágio da Aids por via não sexual e pensam em fazer o teste, mas se sentem seguras quanto ao contágio através da relação sexual com seus maridos. Na classe 5 as entrevistadas falam da **prevenção através da palavra**, onde é importante ter certeza de que o outro está dizendo a verdade para se prevenir da Aids. Essa classe foi composta pelas falas das mulheres com primeiro grau completo de escolaridade e com idade entre 35 e 40 anos.

Essas duas classes demonstram que há concepções diferentes de prevenção da Aids entre as entrevistadas. Na primeira, referente à classe 4, as falas demonstram que as

mulheres com parceiro fixo têm medo do contágio da Aids através de outras formas, que não a via sexual e pensam em fazer o teste para saber se tem a doença. Além disso, elas comentam a importância de conhecer bem as pessoas com quem se relacionam como uma forma de proteção. A camisinha é reconhecida como forma importante de prevenção à Aids e é usada na relação conjugal como método anticoncepcional para aquelas que não podem fazer uso de outro método, ou para as que comprovaram relações extraconjugais dos maridos. Elas ainda remetem o maior risco de contaminação aos “outros”, que são as pessoas que não estariam em uma relação conjugal ou que teriam os tais comportamentos de risco. Essa questão da Aids como sendo relacionada a uma doença do “outro” será mais amplamente discutida na discussão do corpus 2, onde ela se repete entre as entrevistadas com relacionamento fixo.

Na segunda referente à classe 5, as respostas revelam a importância da palavra para a prevenção da Aids. A prevenção da Aids se daria pela certeza de que o outro estaria dizendo a verdade com relação aos seus hábitos sexuais. Porém essa representação se diferencia para os dois grupos de mulheres. As entrevistadas com relacionamento fixo mostram que tem certeza de que seus maridos dizem a verdade para elas e que, portanto, elas estão longe dos perigos da Aids. Enquanto que, as mulheres sem parceiro fixo declaram ser bastante difícil encontrar alguém e ter certeza de que esta pessoa está dizendo a verdade, fato que as deixariam seguras.

Segundo Jodelet (1984), pode-se compreender as representações sociais das entrevistadas a partir do compartilhamento de suas respostas em cada grupo. Sendo assim, é possível entender os dois distintos grupos de mulheres (com e sem parceiros fixos) e suas representações sobre prevenção à Aids. Suas explicações se fundam em seu cotidiano e são diretamente ligadas ao grupo que as elaborou. Assim, o grupo de mulheres com parceiro fixo constitui diferentes representações sociais sobre prevenção da Aids quando comparado ao grupo de mulheres sem parceiro fixo.

Percebe-se ainda que as entrevistadas com relacionamento fixo falam impessoalmente sobre a questão da prevenção da Aids, sempre remetendo aos outros a necessidade da consciência e da adoção de comportamentos mais seguros, tendo, portanto uma baixa percepção da auto vulnerabilidade.

As mulheres sem relacionamento fixo relatam utilizarem preservativo sempre que mantêm relações sexuais, embora a maioria delas confesse já terem falhado em algum momento de sua vida. Isso ocorre porque quem utiliza o preservativo, tem que negociar seu uso em cada contato sexual consigo mesmo e com o parceiro. Isto pode ser muito frágil e cansativo, pois existem várias interferências emocionais afetivas e sexuais em cada momento específico. (Barbosa, 1996). E independentemente do tipo de estabilidade conjugal, quem determina o ritmo e a forma das relações sexuais é sempre o homem. (Vila e Barbosa, 1985; Barbosa et al., 1991; The Panos Institute, 1990).

4.1.3 - Reflexões sobre a relação homem – mulher.

A classe 2, juntamente com a classe 6 faz parte da ramificação: **reflexões sobre a relação homem – mulher**. A classe 2 **O que falta nos relacionamentos** foi formada pelas mulheres com nível superior, sem filhos, sem parceiros e com idade entre 30 e 35 anos que estão comentando sobre o que está faltando nos relacionamentos amorosos para um melhor entendimento entre homens e mulheres. Elas falam também sobre as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres que causam problemas na relação.

Na classe 6 **A dificuldade em se estabelecer um compromisso**, as mulheres com segundo grau de escolaridade e sem filhos estão falando sobre a questão da dificuldade em se estabelecer relações de compromisso com os homens nos dias atuais.

É importante observar que a classe 2 foi formada pelas mulheres sem parceiros fixo que fizeram uma reflexão a respeito da relação entre homens e mulheres de hoje em dia. O que pode nos indicar que essas mulheres deram maior atenção a primeira questão da entrevista (O que você pensa da relação entre homens e mulheres de hoje em dia?) do que as com parceiro fixo. Essas por sua vez, deram maior atenção à segunda questão (Como tem sido as suas relações com os homens?) e relataram as histórias dos seus casamentos.

Podemos perceber, portanto que as diferentes práticas sociais (ter ou não parceiro fixo) também estão influenciando a maneira como as mulheres pensam as relações entre homens e mulheres, visto que, as que mantêm relações fixas preferem falar sobre seus casamentos e maridos, enquanto que as que não mantêm relações fixas dão maior

prioridade às discussões a respeito das relações entre homens e mulheres em geral. Assim, as representações sociais dos dois grupos de mulheres estão contidas a partir da localização identitária no interior de cada grupo pesquisado.

Na classe 2, as entrevistadas comentam sobre a assimetria de poder que existe nas relações entre homens e mulheres e reclamam das dificuldades em se conviver em uma sociedade machista, onde ainda predominam as idéias sexistas do poder masculino sobre o feminino.

As entrevistadas também se referem às desigualdades existentes em suas relações com os homens, onde a palavra machismo se repete em seus discursos quando se referem ao universo masculino. A palavra machismo também é bastante utilizada pelas mulheres quando se referindo aos homens. Para Faria (1998) a sexualidade nos coloca diante da dialética entre generalização e especificidade, ela é, portanto uma experiência histórica e pessoal ao mesmo tempo. E mesmo considerando todas as diferenças entre cada mulher entrevistada, podemos dizer que todas elas têm em comum a vivência do sexo em uma sociedade machista e patriarcal, onde a mulher relaciona sexo com amor e carinho enquanto considera a traição como um elemento natural do universo masculino, embora não atribua este comportamento a seu marido.

E segundo Drumont (1982), o machismo enquanto sistema ideológico oferece modelos de identidade tanto para os homens, quanto para as mulheres. Ou seja, este modelo normalizante auxilia homens e mulheres a tornarem-se simbolicamente homens e mulheres. E é também através dele que se escondem partes essenciais das relações entre os sexos invalidando todas as outras maneiras de interpretação das situações, e todas as práticas que não correspondem aos padrões de relação nele contido.

Elas ainda falam sobre a necessidade que sentem em negociar com os homens o que se quer da relação para que não haja problemas futuros com relação às expectativas que se tem a respeito dos relacionamentos.

É importante salientar que estas falas foram produzidas por mulheres que vivem sozinhas, trabalham e possuem independência financeira e que em geral não tem filhos. E para Parker e Barbosa, (1998), a forma como homens e mulheres tem lidado com as recentes conquistas femininas é ambígua e se explicita no terreno da sexualidade. E o fato da mulher ganhar igual ou mais que o homem, ou ser totalmente independente

financeiramente tem aumentado a margem da capacidade de negociação das mulheres, bem como a insegurança dos homens.

Segundo Beauvoir (1980) a opressão da mulher tem sua causa na vontade de perpetuar a família e manter intacto o patrimônio. Pois é neste instante em que ela se submete ao homem, seja ele seu pai ou marido. Ela, portanto, se libertaria desta dependência absoluta escapando da família e, nos dias atuais, optando por viver sozinha. Isso seria uma espécie de fuga do modelo sexual dominante, que ainda prega a necessidade da mulher se casar e ter filhos, em nome de uma certa incompletude ou inabilidade feminina para viver sem um homem. Este modelo baseia-se em mais repressão e controle sobre a sexualidade feminina e é a partir dele que em geral se avaliam a honestidade e a honra de uma mulher. Mas segundo Faria (1998) mesmo nos momentos de maior repressão, nem todas as mulheres viveram sua sexualidade de acordo com este modelo imposto.

Surge também entre as entrevistadas as visões de um homem “naturalizado” e estereotipado em função de suas relações com os mesmos, que os considera como tendo uma “natureza” mais voltada à aventura e ao gosto pelo sexo sem envolvimento afetivo, e da mulher também “naturalizada”, que seria mais sensível e teria maior necessidade de ter vínculos afetivos.

Segundo Parker e Barbosa (1998) para as mulheres, a constatação de que seu espaço no mundo está se ampliando cada vez mais, permite a elas uma maior assertividade e é possível referirem-se aos parceiros a partir da percepção de seus limites e fragilidades. Porém deve-se ter o cuidado de não “dar o troco com a mesma moeda”, pois levantando a idéia da superioridade feminina estar-se-ia fazendo o mesmo que os homens fizeram no passado. Além disso, segundo Scott (1998) se acreditarmos que existe uma essência ou um caráter feminino carregado por todas as mulheres podemos acreditar que na política, por exemplo, (ou estando no poder da relação) as mulheres poderiam fazer coisas diferentes do que os homens fazem, e não é isto que observamos.

4.2 – Discussão do corpus 2 sobre prevenção à AIDS e métodos anticoncepcionais das entrevistadas com e sem parceiros fixos.

Em relação ao corpus 2, as respostas dizem respeito às representações sociais da prevenção da Aids e os métodos anticoncepcionais utilizados pelos dois grupos de mulheres. Pudemos contatar três indicações de representações sociais dentro desse corpus: A primeira delas foi a representação social da **prevenção da Aids**, composta pelas classes 1 (formada pelas mulheres com parceiro fixo) e pela classe 2 (formada pelas mulheres sem parceiro fixo). A segunda representação foi: **O medo e a proximidade da Aids**, formada pela classe 3. E a terceira: **Métodos de anticoncepção dos dois grupos de mulheres**, foi formada pela classe 4.

4.2.1 – A representação social da prevenção da Aids.

A representação social composta pelas classes 1 e 2 refere-se a prevenção da Aids pelos dois grupos de mulheres, com e sem parceiros fixos. Na classe 1 **mulheres com parceiro fixo falam sobre segurança frente a 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 é a certeza de que eles não mantêm relacionamentos extraconjugais, enquanto que na classe 2 **Mulheres sem parceiro fixo falam sobre insegurança frente a Aids** as entrevistadas estão falando sobre a insegurança que sentem a respeito da Aids e suas práticas de prevenção dessa doença.

As entrevistadas com relacionamento fixo acreditam também que a falta de consciência das pessoas é a maior responsável pela contaminação pelo vírus HIV, e consideram a prevenção da Aids uma coisa fundamental para todas as pessoas nos dias atuais, exceto para elas mesmas, visto que se sentem protegidas dentro do casamento, pois confiam em seus maridos. A confiança para elas é a certeza de que seus maridos não as traem e de que não as contaminarão com nenhuma doença sexualmente transmissível, portanto é desnecessário o uso de preservativos em um casamento confiável.

As representações nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os vários aspectos da realidade do nosso dia – dia, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles também de forma defensiva (Jodelet, 2001). Sendo assim, essas representações sociais construídas pelas entrevistadas sobre prevenção à Aids

podem ainda indicar a forma como as entrevistadas se protegem ou não da contaminação pelo vírus HIV.

Como dito anteriormente, para as mulheres com parceiros fixos e em regime de conjugalidade a lógica da prevenção se dá 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. Este grupo demonstra estar voltado para o companheirismo, amor, fidelidade e confiança em seus parceiros e um desejo de manter ou aprimorar cada vez mais estas características dentro da relação. O que demonstra uma maneira de pensar as relações mais na esfera do amor romântico. Porém, para Giddens (1992) os sonhos de amor romântico das mulheres freqüentemente as tem conduzido a uma severa sujeição doméstica.

Algumas pesquisas que investigam as questões envolvidas com mulheres casadas a respeito de prevenção a Aids (Silva, 1999; Duarte, 1996;) apontam que a construção da noção de risco entre as mulheres casadas está vinculada aos atributos dela exigidos, de passividade, fidelidade e submissão e ao bom desempenho de seu papel social de mãe e esposa, o que contribui na criação de uma relação de gênero desigual e hierarquizada. As mulheres não identificam o risco pessoal para o HIV e as doenças sexualmente transmissíveis e apesar da associação traição/contagio estar presente em vários momentos, esta é uma representação provocada e não identificada com o próprio marido, mas com um comportamento masculino definido socialmente, que elas têm incorporado. Esta condição tem dificultado a prevenção da Aids entre as mulheres casadas que, cumprindo com suas funções sociais, imaginam que não são "merecedoras" do HIV e por isto, estariam mais protegidas, não tomando atitudes que possam, de fato, protegê-las e expondo-se, assim, a epidemia da Aids.

As entrevistadas com parceiro fixo em geral relatam não usarem o preservativo em suas relações conjugais por falta de hábito, desconforto e dor. Além desses fatores, surgem em alguns casos os fatores religiosos que se somam aos anteriores e as desencorajam a utilizá-lo. Segundo Jodelet, (2001), essa visão prega um retorno aos valores familiares tradicionais, o que representaria uma garantia de proteção frente à doença e a defesa de uma ordem moral conservadora ao mesmo tempo.

Para as entrevistadas com parceiro fixo também é importante conhecer bem o parceiro antes de ter relações sexuais com ele. Em pesquisa de Guimarães (1994) as

entrevistadas também relacionam o “conhecer” como organizador do seu mundo afetivo – amoroso. As mulheres entendiam que apenas mulheres da rua relacionam-se com homens que não conhecem. “O conhecer é uma categoria estruturante das relações sociais e sexuais, uma garantia de segurança que leva a aproximação e maior intimidade” (p.260).

Alem disso, é o homem o responsável por colocar o preservativo, o que faz dele peça fundamental na relação de prevenção à Aids, e sua recusa torna a mulher mais vulnerável ao risco do HIV. A dificuldade de solicitar o preservativo é relatada pelas mulheres, que em geral também não tem a intenção de utiliza-lo e quando o usam com os companheiros alegam que seria para prevenir a gravidez e não a Aids.

As entrevistadas sem relacionamento fixo, apesar de não terem um parceiro fixo, tem vida sexual ativa em relacionamentos eventuais onde declaram usar sempre o preservativo como forma de se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, embora a maioria delas tenha confessado já ter tido falhas ao menos uma vez em sua vida sexual. Porém mesmo com o uso do preservativo, elas dizem não se sentirem totalmente seguras, pois temem que o preservativo possa romper ou que possam se contaminar de alguma outra forma.

Os dois grupos de mulheres mostram ter também diferentes opiniões sobre a maneira como conduzem sua sexualidade. Para as mulheres com parceiro fixo parece ser importante relatar que o marido foi o único homem com quem tiveram relações sexuais e que são, sempre foram e serão totalmente fiéis aos maridos, enquanto esperam que eles façam o mesmo. Estas mulheres tendem, portanto a terem uma lógica mais semelhante a ideologia machista, dominante em nossa sociedade, a lógica da dominação do homem sobre a mulher. A hipótese seria que estando em um relacionamento afetivo com o homem, a mulher tenderia a se submeter à sua lógica de pensamento. Podemos refletir sobre isto através da teoria do conflito intergrupalo da psicologia social. Segundo Tajfel & Turner (1979) grupos subordinados freqüentemente tendem a internalizar uma ampla avaliação social de si mesmos como sendo inferiores, descreditando o “ingroup” e demonstrando atitudes positivas em relação ao “outgroup”. O baixo status, portanto, parece estar correlacionado com um aumento e não com a diminuição das atitudes positivas em relação ao “outgroup”.

Por outro lado, sempre que um destes grupos subordinados começa a questionar esta situação de dominação, isto parece facilitar o despertar de um conflito ora adormecido. Isso acontece com as entrevistadas sem um relacionamento fixo, que estão solteiras a bastante tempo ou já estão separadas. Para elas é mais fácil pensar a sexualidade de maneira mais ampla, permitindo outras formas de pensar as questões de fidelidade e compromisso que não estejam atreladas ao pensamento machista dominante. Assim, a manutenção de si mesmas enquanto indivíduo é mais importante que o estabelecimento de um novo vínculo.

Esta diferença entre os dois grupos também pode ser corroborada pelo universo social a que pertencem, visto que a diferença entre o grau de instrução dos dois grupos é diferente.

Segundo Dumont (1992), nas sociedades contemporâneas existem ao menos duas matrizes culturais. Uma delas, que se denomina dominante ou hegemônica e gira em torno do individualismo; e a outra, dominada que possui uma lógica holista com preeminência na família. Estas e outras matrizes culturais coexistem no espaço urbano de uma sociedade complexa e heterogênea.

O modelo deste autor coloca o individualismo como moderno e a lógica holista como sendo tradicional. Isto funciona como um tipo-ideal nos termos formulados por Weber (1974). Sendo um modelo, ele agrega traços pertencentes à organização simbólica e prática, mas não engloba a diversidade de situações que encontramos na realidade concreta. Porém, neste caso nos parece bastante cabível traçar esta relação, uma vez que os dois grupos de entrevistadas mantiveram-se praticamente dentro da divisão do modelo dumontiano: as mulheres em uma relação conjugal se mantiveram a favor da lógica da prevalência da família sobre o indivíduo e do sexo como subsumido a ordem moral familiar organizadora do mundo; enquanto que as mulheres sem um relacionamento fixo e em geral, sem filhos, mantiveram-se com a ótica do individualismo e da busca pela liberdade e pelo prazer.

Para Heilborn & Gouveia (1999), não se trata de dizer que a sexualidade dos grupos mais individualistas não tenha regras. Mas nos grupos populares ela (a sexualidade) conota uma dimensão mais globalizadora, com uma articulação mais estreita entre valores relativos ao sexo, à família, ao gênero e a uma concepção de reciprocidade. Isto contrasta com o

ideal individualista moderno, que confere uma significativa importância à atividade sexual e as suas sensações, e principalmente à reflexão que a acompanha.

Segundo Guimarães (1996) mesmo quando os sujeitos não são totalmente desinformados a respeito da prevenção da Aids, existe uma prevalência da não prevenção. Para este autor isto acontece porque para os grupos onde predomina a forma holista de pensamento, o valor estruturante é a preeminência da relação e não se considera ou se questiona o destino individual dos pares. As mulheres entrariam em relações desprotegidas em nome de certos valores. Neste caso a existência social da pessoa é mais importante que a vida do indivíduo. Este pode ser o caso das entrevistadas que mantêm relações conjugais e dizem não se prevenir porque confiam no parceiro. Na verdade, apesar da preocupação com a doença estar presente em seus relatos, a maioria delas sequer questiona o perigo dentro de seu casamento. A possibilidade concreta de contaminação não é considerada, pois submetem o valor indivíduo ao valor família, que é estruturante e mais importante para elas.

O risco de pegar Aids é associado a manter relações sexuais fora do casamento. Existe também a associação com os grupos de risco, mostrando como a construção cultural da doença ainda se associa às pessoas que inicialmente se contaminaram. Isso acontece porque as entrevistadas sem parceiro fixo não tem percepção do risco pessoal e apenas a abordagem da responsabilidade individual, de fatores intrapsíquicos, como coloca Cáceres (1998) não é suficiente para interpretar esses resultados, sendo, portanto necessário entender a construção social da epidemia da Aids, que facilita o distanciamento e a negação do risco pessoal.

Para Martin (1997) o “outro”, que se contamina é aquele que se comporta de tal maneira que justificaria esta contaminação. A não preocupação com a Aids está ligada a um código moral, no qual o casamento parece garantir “imunidade” à doença. É um sistema classificatório que estabelece os limites claros de quem pode ter Aids (associado à promiscuidade, comportamentos desviantes, vida desregrada) e quem não pode (mulheres com somente um parceiro, onde a afetividade e o amor estão presentes).

Segundo este mesmo autor, estas justificativas revelam estereótipos de compreensão da doença com uma imagem fixa, invariável e homogênea. A nível

consciente, a Aids estaria associada ao homossexualismo, às drogas, promiscuidade e todas estas características que se afastam do ideal de afeto e amor com um só parceiro.

Apesar de as mulheres sem um relacionamento fixo não se sentirem totalmente prevenidas da Aids, elas também não consideram que as pessoas que estão casadas o estejam, pois reconhecem a possibilidade de haver traições entre um casal e isso estaria expondo a ambos aos riscos de contrai alguma DST ou Aids.

Elas associam, portanto o casamento a um maior risco de contaminação pelo HIV, visto que em geral não acontece prevenção dentro de uma relação conjugal. Porém, não descartam a possibilidade de um dia manterem esse tipo de relação.

Para as mulheres mais velhas e que estão sem um envolvimento fixo há mais tempo e optaram por viverem assim, surge também uma visão mais liberal de fidelidade e uma maior tolerância às relações extraconjugais de ambos, homens e mulheres. Essa maior tolerância se refletiria na necessidade de reconhecer que uma relação extraconjugal pode acontecer, quebrando assim o mito da fidelidade alimentado por tantos casais e permitindo uma maior responsabilidade sobre a sexualidade, o que, segundo elas, estaria qualificando as relações amorosas.

A palavra negociação é utilizada entre as mulheres sem relacionamento fixo com dois sentidos. No primeiro, elas referem-se a necessidade de se negociar juntamente com o parceiro que tipo de relação se quer e a partir disso, os dois deveriam agir no sentido de respeitar o que se combinou para não haver decepções e quebra de expectativas. O segundo sentido refere-se a negociação pelo sexo seguro que faz parte do cotidiano dessas mulheres. O termo negociação sexual, surge na década de 80, no contexto da epidemia da Aids. Segundo Barbosa, (1999) sua discussão se inicia primeiramente junto à comunidade gay e tem se ampliado cada vez mais, principalmente quando começa a se evidenciar que a transmissão heterossexual do hiv passa assumir uma importância cada vez maior na dinâmica da epidemia, principalmente entre as mulheres.

O fato das mulheres sem relacionamento fixa utilizarem o preservativo em seus encontros sexuais eventuais e de falarem sobre a questão da negociação sexual demonstra o cuidado que tem em relação a si mesmas e da percepção de uma certa vulnerabilidade frente ao vírus hiv.

Todas essas considerações nos mostram que as representações sociais da prevenção da Aids dos dois grupos de mulheres estão de acordo com suas práticas sociais de prevenção a esta doença.

Com relação ao grupo de mulheres com relacionamento fixo, a hipótese lançada no início desse trabalho se confirmou, pois o risco com relação a Aids se inicia 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 a Aids, e as dimensões dessas práticas sociais de não prevenção ou da prevenção através da palavra, são indícios de que esta maneira de pensar afeta as estratégias de prevenção deste grupo.

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

4.2.2 - O medo e a proximidade da Aids

O conjunto de respostas referente à “RS de Aids pelos dois grupos de mulheres” pertence à classe 3. Essa classe foi composta pelas mulheres com filhos, com primeiro grau de escolaridade e com idade entre 30 e 40 anos.

A relação entre Aids e morte é bastante forte entre as entrevistadas. A Aids se apresenta como uma doença ameaçadora, que pode trazer dor e sofrimento físico e psicológico para o portador.

Outros estudos apresentam resultados qualitativos similares, onde se associa Aids com morte, solidão e discriminação (Paiva, 1996; Antunes, 1999). Porém, no primeiro a frequência de associação da Aids com prevenção era quase nula, já no segundo, o conhecimento sobre preservativo era visivelmente maior como no caso da nossa pesquisa. Isso se deve ao fato das campanhas terem tornado o preservativo algo menos desconhecido.

E segundo Paiva (1996) no início, as campanhas incutiam medo e pânico na população e pouco educavam sobre meios de prevenção.

Para Kovács (1991) a morte é uma preocupação universal para homens e mulheres de várias idades, crenças religiosas e diferentes níveis culturais e econômicos. E para nossa sociedade, a morte já não é encarada como um fenômeno natural, ela é vista como um fracasso, ou impotência. Por isso as doenças e os pacientes terminais continuam assustando e trazendo a tona a hipótese da morte, que se quer ocultar, visto que no nosso século acontece uma supressão do luto e se esconde a manifestação ou até mesmo a vivência da dor. Existe uma exigência de domínio e controle porque a sociedade não suporta ver os sinais da morte: “Os pacientes terminais incomodam os vivos (...) por suas atitudes de revolta, de dor, por suas exigências; ou porque se “viram para a parede”, dão as costas para a vida, desistem de viver(...)” (Idem, p.82).

Segundo Ariès (1977), nas sociedades civilizadas mais industrializadas a morte tomou o lugar da sexualidade como interdito máximo. Assim, a morte como questão contemporânea tem mais origem em seu caráter social do que no biológico. Espera-se da medicina que ela aumente a expectativa de vida em geral e nesse caso, a vida dos portadores de HIV em geral. Morrer passa a ser inaceitável.

Percebe-se que ao mesmo tempo em que se procura manter distância da doença, como algo que não pertence a seu mundo, contraditoriamente, ela está em todos os lugares, entre os conhecidos, amigos e até mesmo familiares que tem ou já morreram de Aids. A doença é trazida como algo ruim, que causa muito sofrimento e dor.

Por acompanhar de perto o sofrimento dos conhecidos com a doença, o medo de contrair Aids também faz parte das falas das mulheres. A Aids associada ao medo também foi encontrada em outros estudos (Camargo, 2000; Oltramari, 2001). No estudo de Camargo, a Aids aparece para os jovens como uma doença temível que está ligada à morte, porém para as mulheres jovens a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis é negligenciada, diferentemente da nossa pesquisa, onde as mulheres mostram-se já bastante conhecedoras da transmissão do vírus por essa via, visto que associam Aids com drogas injetáveis. Isso pode se dever ao fato de que as campanhas mais recentes do Ministério da Saúde têm privilegiado o esclarecimento sobre a transmissão por compartilhamento de

seringas, ou também pelo fato das entrevistadas terem conhecidos e parentes que se contaminaram por essa via.

O medo nem sempre é prejudicial quando se pensa em prevenção no campo da saúde. E a Psicologia Social tem contribuído para a compreensão da relação entre o conhecimento e as práticas de prevenção. Godin (1991) faz uma descrição das principais teorias explicativas da adoção de determinados comportamentos pelos indivíduos. Segundo ele, no modelo das crenças sobre saúde (health belief model de Becker) a percepção de uma ameaça é o que explica o comportamento preventivo; No entanto, para o modelo da ação refletida de Fishbein e Ajzen, é a intenção composta pelas atitudes sobre o comportamento e pelas normas subjetivas (originadas da relação com pessoas influentes para o indivíduo) que leva à adoção do comportamento; Para o modelo dos comportamentos interpessoais de Triandis, é uma complementaridade entre a intenção, o hábito e as condições facilitadoras ou complicadoras da conduta que agem; e para o modelo do comportamento planejado de Ajzen e Madlen, a percepção que a pessoa tem do seu controle sobre o comportamento é bastante relevante nas suas ações preventivas.

As entrevistadas manifestam também muita preocupação com seus filhos a esse respeito e dizem serem os jovens os que estão mais expostos à esta doença nos dias atuais, visto que elas, mulheres maduras, estariam mais seguras diante da doença. Essa poderia ser mais uma forma de negar a proximidade com o vírus e remeter o risco aos outros grupos de pessoas que não o seu. Para Joffe (1995) as representações sociais da Aids se estruturam em torno de um núcleo central que tem a “condição estrangeira” e “o outro” como conteúdo principal.

Podemos perceber também, que para as mulheres que estão no momento sem relacionamento fixo a camisinha é um elemento importante para a segurança e mesmo com os riscos de rompimento, é encarada como uma das mais concretas formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Porém, nem sempre este comportamento preventivo das mulheres sem um relacionamento fixo é efetivo, visto que a grande maioria relata já ter tido relação sexual alguma vez em sua vida sem proteção. Isto causa um grande arrependimento e, segundo elas passa a fortalecer a decisão de usar camisinha nos próximos encontros sexuais.

As entrevistadas dizem não ter preconceito com soropositivos embora relacionem preconceito com a doença e comentem a respeito da discriminação que as pessoas contaminadas sofrem na sociedade.

Apesar de saberem que a contaminação pelo HIV se dá através de sangue contaminado ou do contato sexual desprotegido (pois referem a camisinha como principal meio de prevenção da Aids), as mulheres mostram ter algumas dúvidas a respeito de outras via de contaminação como a saliva ou um aperto de mão de um indivíduo soropositivo com feridas. Essa incerteza gera mais insegurança e aumenta o medo da doença.

4.2.3 - Métodos de anticoncepção dos dois grupos de mulheres

As respostas das entrevistadas sobre métodos de anticoncepção foi isolado pelo software ALCESTE na classe 4. É importante salientar que a grande maioria das mulheres fala somente em prevenir a gravidez e só comentam sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids quando questionadas a este respeito, portanto seus discursos a respeito de métodos de anticoncepção ficaram separados dos discursos sobre prevenção da Aids ou DSTs que se referem às classes 1 e 2 desse corpus.

Entre as mulheres com relacionamento fixo, encontra-se como principal representação o cuidado que elas têm para não engravidar, utilizando os diversos métodos anticoncepcionais. Não houve entre elas uma maior preocupação com cuidados a respeito da Aids ou DSTs, pois essas questões não entram em pauta em uma relação conjugal.

Para essas mulheres, o anticoncepcional oral é o método mais utilizado para prevenir a gravidez. E para as que se adaptam bem a este método, ele é mantido por longos períodos ininterruptos das suas vidas. A camisinha, em muitos casos nunca foi utilizada.

Outro método anticoncepcional bastante utilizado entre as mulheres com relacionamento fixo é a laqueadura, que geralmente é feita depois de um bom tempo de casamento, quando o casal já tem mais que um filho e dispensa o uso da camisinha. Segundo Berquó (1991) as mulheres esterilizadas tem baixa motivação para usar camisinhas, e é provável que isto seja um fator determinante do aumento do risco de infecção nesta população. E como no Brasil, cerca de metade das mulheres que vivem em

conjugalidade e usam algum tipo de contracepção estão laqueadas, esta associação torna-se uma preocupação real.

As mulheres com relacionamento fixo e em regime de conjugalidade, procuram algum método anticoncepcional que seja seguro, isto é, que permita uma alta proteção contra a gravidez e traga nenhum ou pouco efeito colateral. Além disso, ele não deve ser desconfortável ou tomar muito tempo das suas vidas.

Em geral, as entrevistadas disseram confiar nos maridos e ter certeza de que eles não as traem, por isso o uso de preservativo dentro desta relação seria desnecessário. Exceto quando a traição é confirmada. Nestes casos, algumas mulheres conseguem estabelecer a exigência de proteção nas relações conjugais.

Nas falas das entrevistadas, podemos perceber que a contracepção se coloca como uma responsabilidade feminina, pois quando esta falhou, em geral foram elas que arcaram com este ônus. Quando acontece uma gravidez, é a mulher quem tem que abrir mão de outros aspectos da sua vida (estudos, profissão) para se dedicar ao filho. (Vieira, 1997). Nos casos em que o parceiro assume a responsabilidade pela contracepção, fazendo a vasectomia, geralmente a opção foi feita em função de pressão dos médicos sobre os malefícios da pílula para o organismo de suas esposas.

As mulheres sem relacionamento fixo relatam não utilizarem nenhum método anticoncepcional no momento, pois estão sem parceiro e não teriam necessidade de se prevenir de uma gravidez indesejada. É importante perceber que a camisinha não é vista como método anticoncepcional, mas como meio de prevenção contra Aids e outras DSTs, Historicamente, o preservativo masculino foi associado à relações extraconjugais e ou com prostitutas. Talvez esta também seja mais uma das razões pelas quais não seja tão utilizada dentro de uma relação conjugal.

Podemos perceber que os dois grupos de mulheres (com e sem parceiro fixo) tem diferentes concepções a respeito de contracepção e prevenção a Aids e DSTs. Para as mulheres com parceiro fixo é mais importante prevenir uma gravidez indesejada e a prevenção de DSTs e Aids não é considerada, enquanto que para as mulheres sem relacionamento fixo não existe uma preocupação específica em prevenir a gravidez, mas a prevenção à Aids é uma constante em suas vidas, visto que elas têm que negociar o sexo seguro com todos os seus parceiros e a cada envolvimento sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou levantar aspectos com relação às representações sociais da sexualidade e prevenção da Aids que influenciam nos comportamentos preventivos de mulheres com e sem relacionamento fixo para contribuir com estratégias preventivas juntamente a esta 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 da Aids. Porém, a maioria delas, com ou sem parceiro fixo, relata ter tido pouca ou nenhuma educação sexual na juventude e atribuem a isso a precocidade de seus relacionamentos sexuais sem nenhum tipo de proteção. E somente agora, estão conseguindo se desvencilhar dos preconceitos e interdições sofridos na juventude e portanto viver sem culpa a totalidade de sua sexualidade.

Com relação à prevenção da Aids, para as mulheres sem relacionamento, os riscos devem ser evitados usando camisinha. Embora elas sintam dificuldades em negociar o uso da camisinha com seus parceiros eventuais e admitam que já fracassaram pelo menos uma vez nesta negociação. Enquanto que para as mulheres com parceiro fixo, a lógica da prevenção se dá 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 que o relacionamento amoroso que elas procuram construir passa pela entrega, pela confiança e pelo companheirismo. Entre estas duas instancias existe um grande abismo, que elas preferem não atravessar, não questionar, para não desmoronar seus sonhos de um casamento feliz.

Além destes, são inúmeros os obstáculos encontrados para se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis em uma relação conjugal. O fato da 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; 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 entre 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.

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

Os dois grupos de entrevistadas também tendem a se posicionar de maneira diferente frente ao universo masculino. As entrevistadas com relacionamento fixo parecem se aproximar mais do pensamento ou da visão de mundo que prega o domínio do homem sobre a mulher, a importância da virgindade e etc. Enquanto que as mulheres sem um relacionamento fixo condenam as formas de agir machistas dos homens em relação às mulheres e intencionam viver de forma mais livre a sua sexualidade.

Surgem ainda as falas sobre os diversos problemas enfrentados pelas mulheres em seus relacionamentos conjugais atuais ou passados e as causas que levaram algumas delas às separações. Em geral as mulheres relatam dois tipos de comportamentos inadequados dos maridos: O primeiro seria o hábito de sair sozinho e de beber, e o segundo seria o comportamento de trair a esposa. É interessante perceber que as mulheres cujos maridos se encontram com o primeiro problema (sair sozinho e beber) continuam casadas ou se separadas, casaram novamente, enquanto que as mulheres que foram traídas pelos ex-maridos, quando separadas, não voltaram a se casar.

Alem disso, as mulheres se queixam da sobrecarga causada pela dupla jornada de trabalho, o cuidado com os filhos e dos problemas financeiros do casal, em geral agravados pela falta de disposição masculina para ajudar com os filhos e para adquirir bens materiais.

Apesar disso, elas ainda apresentam uma tendência a responsabilizar os amigos e a bebida por tais comportamentos.

Para as mulheres separadas existem muitas dificuldades para se formar um novo casal, pois elas geralmente não têm com quem deixar os filhos para sair e encontrar pessoas ou estarem com seus namorados, além de terem receio pela segurança dos filhos caso tragam alguém desconhecido para dentro de suas casas.

Surge também uma indicação de representação social da prevenção da Aids ligada à palavra. A prevenção da Aids se daria pela certeza de que o outro estaria dizendo a verdade com relação aos seus hábitos sexuais. Porém essa representação se diferencia para os dois grupos de mulheres. As entrevistadas com relacionamento fixo mostram que têm certeza de que seus maridos dizem a verdade para elas e que, portanto, elas estão longe dos perigos da Aids. Enquanto que, as mulheres sem parceiro fixo declaram ser bastante difícil encontrar alguém e ter certeza de que esta pessoa está dizendo a verdade e portanto, se sentirem seguras.

A Aids também surge nas falas das entrevistadas como uma doença do “outro”, pois as mulheres com parceiro fixo remetem o maior risco de contrair a doença para as pessoas que mantém relações extraconjugais ou para as que estão sem um relacionamento fixo, enquanto que as mulheres sem relacionamento fixo atribuem uma maior vulnerabilidade às pessoas que estão em uma relação conjugal, pois reconhecem a possibilidade de haver traições em um casamento (até porque muitas delas já viveram essa situação) e pregam a necessidade das pessoas se responsabilizarem pelas suas relações, quebrando o mito da fidelidade e jogando aberto com o parceiro, o que, segundo elas, estaria qualificando as relações entre homens e mulheres.

A questão da Aids relacionada à doença do “outro” também surge quando as mulheres mais velhas relacionam o maior risco de se contaminar aos jovens, que estariam mais expostos à doença em função de sua inexperiência sexual e maior vulnerabilidade frente às drogas, enquanto que elas, por serem mulheres maduras estariam protegidas pois são conscientes dos métodos de prevenção ou estão em um casamento seguro.

As entrevistadas sem parceiro fixo fazem uma reflexão sobre a relação entre homens e mulheres de hoje em dia, onde comentam que está faltando respeito e confiança nas relações de conjugalidade devido ao machismo existente em nossa sociedade.

As mulheres também apresentam uma visão “naturalizada” de homens e mulheres, atribuindo aos homens uma “natureza” voltada à aventura e ao gosto pelo sexo sem envolvimento emocional; enquanto que as mulheres seriam mais sensíveis e teriam maior necessidade estabelecerem vínculos afetivos. Mas essa concepção logo se desmonta, quando elas mesmas admitem também ter vontade de ter relacionamentos sexuais eventuais, mas reprimem esses desejos em função de uma moral dominante que proibiria ou condenaria tais comportamentos.

A Aids é vista pelas entrevistadas como uma doença temida, relacionada à morte, que pode trazer dor e sofrimento. Ela também é relacionada com preconceito e discriminação social, apesar de todas as entrevistadas declararem não serem preconceituosas com relação aos portadores da doença, visto que elas em geral têm conhecidos ou até mesmo familiares nessa condição.

Nos resultados ainda foram encontradas questões relativas aos métodos anticoncepcionais utilizados pelas entrevistadas, uma vez que o corpus 2 tratava também sobre elas. Os dois grupos de mulheres (com e sem parceiro fixo) têm diferentes concepções a respeito de contracepção e prevenção a Aids e DSTs. Para as mulheres com parceiro fixo é mais importante prevenir uma gravidez indesejada e a prevenção de DSTs e Aids não é considerada, enquanto que para as mulheres sem relacionamento fixo não existe uma preocupação específica em prevenir a gravidez, mas a prevenção à Aids é uma constante em suas vidas, visto que elas têm que negociar o sexo seguro com todos os seus parceiros e a cada envolvimento sexual.

Porem, para os dois grupos de mulheres a anticoncepção ficou separada das questões de prevenção à Aids e DSTs, visto que a camisinha não é considerada como método anticoncepcional pelas mulheres de ambos os grupos pois as mulheres sem relacionamento fixo relatam não utilizarem nenhum método anticoncepcional no momento, só a camisinha em seus envoltimentos sexuais eventuais, pois estão sem parceiro e não teriam necessidade de se prevenir de uma gravidez indesejada, enquanto que as mulheres com parceiro fixo utilizam a pílula e a laqueadura como métodos anticoncepcionais e relatam não utilizarem o preservativo pois confiam que seus maridos não tenham envoltimentos extraconjugais.

Entre as mulheres com relacionamento fixo, encontra-se como principal representação o cuidado que elas tem para não engravidar, utilizando os diversos métodos anticoncepcionais. A anticoncepção é responsabilidade feminina, e em geral não há a participação dos homens nas decisões sobre a mesma. Não houve entre elas uma maior preocupação com cuidados a respeito da Aids ou DSTs, pois essas questões não entram em pauta em uma relação conjugal.

Percebe-se com todos esses resultados que as dimensões psicossociais são elementos fundamentais para a compreensão e a realização de praticas preventivas em relação à Aids principalmente no que tange aos relacionamentos afetivos.

Além disso, segundo Fava, Gerber & Giacomozzi ¹⁴ a sociedade capitalista vive uma profunda contradição no âmbito da sexualidade. De um lado, houve um movimento de liberação sexual que, no mundo contemporâneo e ocidental, trouxe avanços efetivos no processo de conquista dos direitos das mulheres, mas acabou corroborando para que o prazer se tornasse um dos grandes objetivos da vida e o sexo passou a ser mais uma atividade de consumo. Neste contexto, o envolvimento emocional passa a ser superficial ou desnecessário e os parceiros tornam-se temporários e descartáveis. Tudo isso é estimulado intensamente pelos meios de comunicação e incorporados à vida cotidiana através dos hábitos, da moda, da preocupação excessiva com a beleza de um corpo perfeito. Por outro lado, persiste ainda uma visão de amor romântico, onde o casamento deveria ser “eterno”, indissolúvel, a fidelidade inquestionável e na qual a busca do parceiro ideal é estimulada.

Todas essas contradições entram em jogo quando se trata de negociação sexual em relacionamentos estáveis. É necessário, portanto, que sejam consideradas em programas que visam à prevenção e à intervenção junto a tal população. Os programas poderiam privilegiar o trabalho com casais, já que essas questões envolvem ambos os parceiros, com suas significações, crenças, tabus e preconceitos difíceis de serem modificados. Desta forma, trabalhar exclusivamente com um dos sexos é desconsiderar o caráter relacional constituinte dos gêneros e depositar apenas sobre as mulheres a responsabilidade de negociar com seus parceiros as práticas de sexo seguro, especialmente levando-se em conta o fato de que, como demonstram as pesquisas (Duarte, 1996; Silva, 1999), elas mesmas ainda possuem dificuldade de se visualizarem em uma posição de risco.

¹⁴ Artigo para publicação no prelo.

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

Segundo Paiva (1999) faz-se necessário desenvolver o *sujeito sexual* e os *direitos sexuais e reprodutivos*. Esta noção de sujeito integra a idéia do agente com a idéia de construção da cidadania e de praticar o direito de participação e influencia na sociedade. Para esta autora, cidadania é um pré-requisito para os modelos da psicologia da saúde que buscam treinar novos comportamentos sem refletir sobre o contexto onde acontecem pois: “O sujeito sexual é o agente que regula cada experiência sexual, lidando com a complexidade e os múltiplos fatores que competem pela sua atenção consciente, cuja resultante pode ser o sexo arriscado ou protegido; desenvolve-se na “vida vivida”, ou seja, não se pode trinar independentemente da experiência”. (Paiva, 1999 p. 255). Este sujeito sexual saberia iniciar uma comunicação a respeito de negociação sexual, se defenderia de abusos, buscaria informações em serviços de apoio, o que acarretaria em uma maior adesão ao uso da camisinha.

É preciso que ao nível individual, mais e mais pessoas, principalmente as mulheres alcancem esta autonomia para poderem ficar em pé de igualdade com os homens na hora de tomarem as decisões sobre sua própria sexualidade. Talvez para isso, seja necessário reconstruir profundamente uma identidade feminina individual e coletiva, reconhecendo os mecanismos utilizados para a desvalorização feminina e reconstruindo a visão do que é ser mulher e ser homem e refazendo uma visão das relações e práticas sociais. (Faria, 1998).

Portanto, é necessário que primeiro rediscutamos as normas de gênero que nos regem, se quisermos garantir a prevenção à Aids entre a população. As desigualdades sociais entre homens e mulheres estão profundamente enraizadas em nossa sociedade. A contaminação em massa pelo HIV é apenas mais um dos reflexos destas desigualdades. É necessário que haja uma profunda mudança nos valores sociais e de gênero para que as futuras gerações estejam longe desta 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

- Abric, J. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. Em: Moreira, A.S.P. Estudos interdisciplinares de Representação Social. (pp 27-38). Goiania: AB.
- _____ (2001). O Estudo experimental das Representações Sociais. Em: D. Jodelet (Org.), As Representações Sociais (pp 155-172), (L. Ulup, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Ayres, J.R. De C.M. & cols (1999). Vulnerabilidade e prevenção In tempos de Aids. Em: M.R. Barbosa. & R. Parker (Orgs.), Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder. (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Alferes, V. R. (1996). Atração Interpessoal, sexualidade e relações íntimas. Em: J. Vala & M. Monteiro (Orgs.), Psicologia Social (pp. 113-137). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amaro, H. (1995). Love, Sex, and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. American Psychologist, June Vol.50, No. 6. 437-447.
- Amâncio, L. (2001). O Gênero na Psicologia: uma história de desencontros e rupturas. Psicologia, Vol XV (1), pp. 9-26.
- Antunes, M. C. (1999). Influências das normas de gênero na prevenção de AIDS: Avaliando um modelo educativo para jovens. Dissertação de Mestrado não publicada. São Paulo. USP.
- Araújo, M. (2002). Amor, Casamento e Sexualidade: Velhas e novas configurações. Em: Psicologia: ciência e profissão/ Conselho Federal de Psicologia – v.2, 22-24.
- Ariès, P. (1977) O homem diante da Morte. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- Bangerter, A. (1995). Rethinking the relation between science and common sense: A comment on the current state of ST theory. Em: Papers on Social Representations. Threads of discussion, electronic version, vol. 4.
- Barbosa, R. M. & Villela, W. V. (1996a). A Trajetória Feminina da AIDS. Em: R. Parker & J. Galvão (Orgs.), Quebrando o Silêncio : Mulheres e Aids no Brasil. (pp. 17-32). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/ UERJ (História Social da Aids, n.7).
- _____ (1996b) Repensando as relações entre gênero e sexualidade. Em: Sexualidades Brasileiras. (pp. 189-199). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Barbosa, Maria Regina (1999). Negociação Sexual ou Sexo Negociado? Poder, Gênero e Sexualidade In Tempos de AIDS. In Barbosa, Regina M. & Parker, Richard (orgs), Sexualidades Pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder (pp 74-87). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.
- Beauvoir, S. (1970) O segundo sexo. Editora nova fronteira.

- Bozon, M. (1995) Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. Em: revista de estudos feministas. Anos 3. primeiro semestre. (122-135).
- Cáceres, C. F. (1998). Salud Sexual em uma Ciudad Joven: Um programa comunitário em Salud sexual com y para os juvenes. Peru: Universidad peruana Cayetano Heredia; RDESS Jovenes.
- Camargo (2000) Sexualidade e representações sociais da AIDS. Revista de Ciências Humanas - Especial, Florianópolis: EDUFSC. 97-110.
- _____ (2003) Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Material do curso sobre Alceste. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Comunicação pessoal, 2003. (Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social. Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH).
- Carvalho, M. (1998). Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? In M. Madeira & D. Jodelet (Org.), AIDS e Representações Sociais: A busca de sentidos. (pp. 89-94). Natal: EDUFRN.
- Catania, J. A., Coates, T. J., Golden, E., Dolcini, M. M., Peterson, J., Kegeles, S., Siegel, D. & Fullilove, M. T. (1994). Correlates of condom use among Black, Hispanic, and White heterosexuals in San Francisco: The AMEN longitudinal study. AIDS Education and Prevention. 1-26
- Cochran, S. D. & Mays, M. (1989). Women and AIDS-Related: Concerns Roles for Psychologists in Helping the Worried Well. American Psychologist, March vol44 n.3, 529-535.
- Corby, N. H., Wolitski, R. J., Thornton-Johnson, S. & Tanner, W. M. (1991). AIDS knowledge, perception of risk, and behaviors among female sex partners of injection drug users. AIDS Education & Prevention, 3, 353-366.
- Costa, J. F. (1998). Sem fraude nem a favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco.
- Dall'Alba, L. (2001). Educação Sexual da pessoa caracterizada como deficiente mental: construção da autonomia. In: Bianchetti, L.; Freire, I.M. (orgs). Um olhar sobre a diferença – Interação, trabalho e cidadania (pp.181 – 220). Campinas: Papyrus.
- Del Pino, C. (1985) Cuatro ensayos sobre la mujer. Madrid: Alianza.
- Drumont, M. P. (1982) O machismo como sistema de representações ideológicas recíprocas. Em: M. Luz (Org.) O lugar da mulher. Rio de Janeiro, Ed. Graal.
- Duarte, Maria do Socorro M (1996). Aids e gênero na união conjugal: a história das mulheres. Recife - PE. 1v. 160p. Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco - Serviço Social.
- Dumont, L. (1992) Homo hierarchicus. Brasília, Editora da universidade de Brasília.
- Engels, F. (1997). A origem da família, da propriedade privada e do Estado. São Paulo: Global.
- Ehrhardt, A. & Wasserheit, J. N. (1991). Age, gender, and sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases in the United States. In J. N. Wasserheit, S. O. Aral, K. K. Holmes, & P. J. Hitchcock (Eds.), Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. 97-121.
- Farr, R. (1995). Representações Sociais : A Teoria e a sua história. Em: S. Jovchelovitch (Org), Textos In Representações Sociais (pp. 31-59). 2 ed. Petrópolis, RJ : Vozes.
- Fazekas, A. Senn, C. & Ledgerwood, D. (2001) . Predictors of Intention to Use Condoms Among University Women: An Application and Extension of the Theory of Planned Behavior Canadian Journal of Behavioural Science. April , Vol. 33 , No. 2, 103- 117.

- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em: D. Jodelet (org.), As Representações Sociais (pp. 173-186). (L. Ulup, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Foucault, M. (1985). O cuidado de si (M. T. Albuquerque, Trad.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1988). História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Faria, N. (1998). Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. Em: N. Faria (Org.) Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. Cadernos sempreviva, São Paulo.
- Franchetto, B. Cavalcanti, M. & Heilborn, M. (2000) Antropologia e feminismo. Em: Perspectivas antropológicas da mulher. Zahar editores, Rio de Janeiro.
- Gir, E. Morya, T. & Figueiredo, M. (1994). Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Goiânia: AB.
- Giddens, A. (1993). A Transformação da intimidade: Sexualidade, amor, erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp.
- Giffin, K. Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP; 1997.
- Godin (1991) L'éducation pour la santé: Les fondamentes psychosociaux de la definition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé. IX, 1,+ 67 – 94.
- Gogna, M. (1997) Contribuições para repensar a prevenção das DST. Em: 2º Seminário, Saúde Reprodutiva In Tempos de Aids; mar 13-15; Rio de Janeiro, (BR). Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ; p. 55-60.
- Guimarães, C. (1994) Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. Em: Parker et al, organizadores. Aids no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. (História Social da Aids, 2).
- Guimarães, K. (1996). Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In R. Parker & J. Galvão (Orgs.), Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil (pp. 89-113), Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ. (História Social da AIDS; n.7)
- Grossi, Miriam P. e Miguel, Sonia M. (1995). A trajetória do conceito de gênero nos sobre mulher no Brasil. Calhamaço, 2.
- Joffe, H (1998). “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da AIDS. Em: P. A. Guareishi e S. Jovchelovitch, (Orgs), Textos In Representações Sociais. (pp. 297-323), Petrópolis: Vozes.
- Heilborn, M. & Gouveia, P. “Marido é tudo igual”: Mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. Em: Em: R.Barbosa & R.Parker (Orgs.), Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro : IMS/ UERJ ; São Paulo: Ed. 34.
- Helweg-Larsen, M. & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. Health Psychology, 13, 224-237.
- Hewstone, M. Representações sociais e causalidade. Em: D. Jodelet (Org.), As Representações Sociais (pp 155-172), (L. Ulup, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Institute of Medicine. (1994). C., Wypijewska & H. K., Brodie. (Eds.) (1994). AIDS and behavior: An integrated approach. (Washington, DC: National AcadIny Press).
- Jodelet, D. (1998). Representações do Contágio e a Aids. Em: M. Madeira & D. Jodelet (Orgs.), AIDS e Representações Sociais: A busca de sentidos. Natal: EDUFERN.
- Laqueur, T. (1994). La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. (Trad. Eugênio Portela). Ediciones cátedra, Madrid.

- Loyola, M.A. (Org.), (1994). Percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. Em: Aids e sexualidade: O ponto de vista das ciências Humanas. (pp. 19-72), Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ.
- Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: Representação social da Aids para jovens. Em: M. Madeira & D. Jodelet (Orgs.), Aids e Representações Sociais: À busca de sentidos (pp. 47-73). Natal: EDUFERN.
- Martin, D. (1997) Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. Em: Revista USP, São Paulo (33) : XX-XX.Marco-maio.
- Misovich , J., Fisher, J. & Fisher, W (1997). Close Relationships and Elevated HIV Risk Behavior Evidence and Possible Underlying Psychological Processes. Review of General Psychology . March Vol. 1, No. 1_639, 72-107.
- Moscovici, S. (1978). A Representação Social da Psicanálise. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Moscovici, S. (1985). Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (C. Schulse, Trad.). Paris.
- Nogueira, C. (2001). Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. Em: Psicologia & Sociedade. Janeiro/junho vol 1. ABRAPSO.
- Nunes, C. & Silva, E. (2001) Sexualidade(s) adolescente(s): uma abordagem didática das manifestações da sexualidade na adolescência. Florianópolis: Sophos.
- O. Leavy, & B. Cheney (Orgs.), (1983). Tripla ameaça: AIDS e mulheres. (A. Dourado, Trad.). Rio de Janeiro: ABIA.
- Ultramari, L. (2001). Representações Sociais de Profissionais do sexo da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da Aids e DSTs. Dissertação de Mestrado não-publicada, Mestrado In Psicologia, Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- O.M.S. (1989). Les relations entre partenaires et le risque d'infection à VIH protocole de recherche dactylographié.
- Oliveira, F. & Werba, G. (2000). Representações Sociais. Em: Strey , M. N e cols. Psicologia social contInporânea (pp.104-117) 4ed. Petrópolis: Vozes.
- Paiva, V. (1996). Fazendo arte com camisinha: a historia de um projeto de prevenção de AIDS. São Paulo: Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Paiva, V. (1999) Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. Em: R.Barbosa & R.Parker (Orgs.), Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro : IMS/ UERJ ; São Paulo: Ed. 34.
- Pinkerton, S. D. & Abramson, P. R. (1993). Evaluating the Risks: A Bernoulli process model of HIV infection and risk reduction. Evaluation Review, (pp. 504-528).
- Reinert, M. A. (1990) Une methodologie d'analyse des donnes textuelles et une application: Aurélia de G de Nerval, Bulletin de méthologie sociologique, France, v. 28, p.24-54.
- Rempel, J. Ross, M. & Holmes, J. (2001). Trust and Communicated Attributions in Close Relationships, Journal of Personality and Social Psychology, July Vol. 81, No. 1, 57-64.
- Silva,C. (1999)Mulheres: casamento Aids e doenças sexualmente transmissíveis. Dissertação de Mestrado Não publicada. São Paulo - PR.1v. 187p.
- Silva, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. Rev. Saúde Pública, Ago 2002, vol.36, no.4, p.40-49.

- Siqueira, R. (2001). Representações sociais de jovens estudantes do ensino médio In Itajaí/SC, sobre relações íntimas no contexto da AIDS. Dissertação de Mestrado não-publicada, Mestrado In Psicologia, Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Stark, M. T. Tesselaar, O'Connell, A. Person, B. Galavotti, C. Cohen, & A. Walls, . (1998). Psychosocial Factors Associated With the Stages of Change for Condom Use Among Women at Risk for HIV and STDs Implications for Intervention Development, Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 66, No. 6, 967-978.
- Sterneberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. Psychological Review, 93 (119- 135).
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979) Na integrative theory of social conflict. Em: Austin, W. G. & Worchel, S (Orgs.), The Social Psychology of Intergroup Relations. Monterey: Calif. Books.
- The Panos Institute (1990) Triple jeopardy. Women and AIDS. Londres: Panos Dossier.
- Tura, L.F.R. (1998). AIDS e estudantes: a estrutura das Representações Sociais In M. Madeira, & D. Jodelet (Orgs.), Aids e Representações Sociais : a busca de sentidos (p.121-154). Natal: EDUFRN.
- Vala, J (1993). Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas. Em Psicologia Social. Fudacao Calouste Gulbeian: Lisboa.
- Vance, C. (1989) El palcer y el peligro. Em: _____(org). Placer y peligro: explorando la sexualidad feminine. Madrid: Revolucion.
- Villela, W. (1992) Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina. Em: Primeiro Congresso Internacional "Salud Psicossocial – Cultura y Democracia In América Latina", Assunção.
- Vieira, L. (1997) Articulando gênero, sexualidade e subjetividade. Em: Revista de Ciências Humanas. Florianópolis, v15, n.21 (p 71-90).
- Vila, M.B.M. & Barbosa, R. M. (1985). Contracepção: mulheres e instituições. Recife, SOS corpo.
- Westrupp, M. H. (1997). Práticas Sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: Contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV / AIDS. Florianópolis; Tese de Doutorado não-publicada, curso de Doutorado In Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Westrupp, M. H. (1997). Práticas Sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: Contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV / AIDS. Florianópolis; Tese de Doutorado não-publicada, curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

Weber (1974)

ANEXOS

- 1) O que você pensa da relação entre homens e mulheres de hoje em dia?
- 2) Como tem sido as tuas relações com os homens?
- 3) Qual o método anticoncepcional que você utiliza?
- 4) O que você pensa a respeito da prevenção da AIDS?
- 5) Você se sente prevenida da AIDS?
- 6) Você poderia me contar alguma coisa que lhe tenha impressionado sobre AIDS?
- 7) Gostaria de falar mais alguma coisa a esse respeito?