



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Lucineide Santos Silva

**VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE HOMENS E MULHERES DE
50 A 59 ANOS**

SALVADOR
2006

Lucineide Santos Silva

**VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE HOMENS E MULHERES
DE 50 A 59 ANOS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirian Santos Paiva

SALVADOR
2006

Lucineide Santos Silva

**VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE HOMENS E
MULHERES DE 50 A 59 ANOS**

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

BANCA EXAMINADORA

Mirian Santos Paiva _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Sheva Maia da Nóbrega _____

Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal da Paraíba

Jorge Alberto Bernstein Iriart _____

Doutor em Antropologia e Professor da Universidade Federal da Bahia

Alda Britto da Motta _____

Doutora em Sociologia e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIAS

A Deus, sentido da minha vida, que sempre me dá forças e me faz perseverar. Seu imenso amor contribuiu para a concretização deste sonho.

À Nossa Senhora (minha mãezinha do céu) exemplo de bondade e ternura, que nos momentos mais difíceis me cobre com seu manto de amor e me dá coragem para prosseguir.

Aos meus pais, valiosos presentes de Deus, que nunca mediram esforços para realizar todos os meus sonhos e me ensinaram que – com fé, coragem e determinação – tudo posso conseguir.

Ao meu companheiro, Arão, por ter compartilhado deste momento. Seu amor, apoio e compreensão têm um significado especial para mim e justificam a minha felicidade em tê-lo ao meu lado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva, exemplo de sabedoria e humildade. Que me conduziu suavemente até aqui com muito carinho e dedicação, sendo responsável por tornar este momento de aprendizado leve e prazeroso. Nenhuma palavra é capaz de expressar minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, Andréa e André, pelo incentivo e carinho. Amo vocês!

À Michelle, Bárbara e Ednir, com quem compartilhei tantos momentos no decorrer deste mestrado. O nosso convívio foi responsável por muitas alegrias nessa trajetória. Obrigada pela amizade, companheirismo e solidariedade.

À Prof^a Dr^a Sheva Maia da Nóbrega sempre tão amável e solícita. Foi muito bom poder contar com o seu apoio na construção deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Alda Britto da Motta, pela disponibilidade em me atender e pelas valiosas contribuições desde o exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Jorge Iriart por ter contribuído com considerações importantes e referências necessárias para o aprimoramento deste estudo.

À Silvone, amiga, companheira, conselheira e eterna professora. Mulher doce e forte. Orgulho-me muito de poder contar com a sua amizade.

À Ana Jaqueline, Priscilla, Jean Carla e Carol, sempre tão disponíveis a me ouvir, ajudar e aconselhar.

À amiga Josele pelo apoio e disponibilidade em me ouvir. Dividimos muitas angústias, inseguranças e sonhos.

A todos os meus familiares e amigos que se lembraram de mim em suas orações.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro através da concessão de uma bolsa do Programa de Demanda Social.

Às professoras, bolsistas e voluntárias do GEM (Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher), pela convivência harmoniosa e construtiva.

À Coordenadora da pós-graduação da EEUFBA, Prof^a Enilda Rosendo do Nascimento, pelo empenho em nos proporcionar uma formação de qualidade.

A todas(os) as(os) professoras(os) do Programa de pós-graduação em Enfermagem, por terem contribuído com o meu crescimento profissional.

À Prof^a Jeane Freitas de Oliveira, pelas contribuições importantes ao projeto de dissertação.

À Ana Cláudia, funcionária da pós-graduação, pelas inúmeras vezes que me ajudou.

À Prof^a Josélia Costa do Nascimento, que na graduação me despertou o interesse em estudar sobre a aids e o envelhecimento.

Ao Prof. Valterney de Oliveira Moraes, por ter me incentivado a ingressar no mestrado. Serei sempre grata.

À Prof^a Maria Ângela Alves do Nascimento que me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa.

Aos queridos professores da Universidade Estadual de Feira de Santana pela formação de qualidade que recebi.

À Dr^a Fabianna Bahia, Diretora do CREAIDS e à Dr^a Mirian Magalhães Sepúlveda, Diretora do Centro de DST/CTA por terem autorizado a coleta de dados nas referidas instituições.

Aos profissionais e funcionários do Centro de Referência Estadual de IST e AIDS o meu reconhecimento pelo excelente trabalho desempenhado. Sou grata pela acolhida e por terem ajudado na identificação dos sujeitos aptos a participar desse estudo. Em especial a Simone e Edilene, muito atenciosas e disponíveis.

Aos colegas da DIVEP, que apesar da curta convivência, proporcionaram conhecimentos valiosos. Obrigada pelo incentivo e solidariedade.

Às todas as colegas de curso. Foi um prazer conhecê-las e poder conviver com vocês.

Não sabemos nada sobre a aids! Sabemos apenas que os avanços da ciência buscam a cura de um corpo físico, ao tempo em que, homens e mulheres buscam formas de lidar com um vírus resistente, que condena indivíduos de todas as idades, raças e classes, que fere e mata. Este vírus não é o HIV. É um vírus muito mais agressivo, invisível às mais sofisticadas tecnologias ópticas, e que só será exterminado quando cada um de nós nos dermos conta da sua existência, pois esse vírus é construído socialmente.

Lucineide Silva

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem acometido progressivamente homens e mulheres que estão na faixa etária de 50 a 59 anos. Neste sentido, é importante conhecer as representações sociais dessas pessoas, para melhor compreender suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV e o modo como agem diante desta epidemia. Este estudo pautou-se nos seguintes objetivos: identificar situações de vulnerabilidade em relação ao HIV/aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as); apreender as representações sociais desses sujeitos sobre aids e, conhecer as implicações das representações sociais para aids na vulnerabilidade desses indivíduos. O estudo é quantitativo, com abordagem multimétodos, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, gênero, geração e no conceito de vulnerabilidade proposto por Mann. A pesquisa foi desenvolvida em Salvador/BA, tendo como sujeitos 85 homens e mulheres com 50 a 59 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as) para o HIV, que compareceram entre os meses de dezembro/2005 a abril/2006 ao Centro de Referência Estadual em IST e aids. Os dados foram coletados através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e da entrevista semi-estruturada, sendo os mesmos submetidos a análise fatorial de correspondência (AFC) e a análise de conteúdo temática, respectivamente. Para o TALP foram utilizados cinco estímulos indutores: aids, sexo, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids. As respostas foram processadas no software Tri-Deux-Mots, com as seguintes variáveis: sexo, opção sexual, escolaridade, idade, religião e condição sorológica para o HIV. A AFC demonstrou que só houve significância na oposição de respostas para as variáveis sexo e opção sexual. Na análise, evidenciou-se que os homens destacaram um aspecto social relacionado a aids (“preconceito”), enquanto que as mulheres enfatizaram os desconfortos orgânico e psicológico (“doença contagiosa” e “doença ruim”). Para os indivíduos que se declararam homossexuais e bissexuais, a aids remete aos aspectos negativos da doença, uma vez que esta é uma “doença contagiosa”, “incurável”, “ruim” e que causa “preocupação”. Os condicionantes de gênero e geracionais foram identificados nas representações sociais para o sexo, sexualidade e práticas sexuais, sendo estes representados por elas como “normal” e para eles como “prazer”. A soropositividade para o HIV representa para as mulheres o fim das atividades sexuais, entretanto, para os homens, não traz muitas repercussões na esfera da sexualidade. Grande parte dos sujeitos reconheceu o risco do “sexo desprotegido” e a importância da utilização da “camisinha”. Constatou-se que a maioria dos soronegativos não se percebe vulnerável ao HIV/aids, sobretudo, por considerar que esta é uma “doença de jovens”. As principais situações de vulnerabilidade ao HIV identificadas pelos sujeitos foram o excesso de confiança no(a) parceiro(a), a dificuldade de inserir o preservativo nas relações estáveis, relações sexuais desprotegidas com a “mulher da rua” e/ou com a “mulher de rua” e a participação em orgias. Diante dos achados, reafirma-se a importância das implicações das representações sociais na vulnerabilidade dos indivíduos que se encontram com idade entre 50 a 59 anos, sobretudo, para subsidiar atividades educativas e a formulação de políticas públicas para a prevenção e o controle da epidemia de HIV/aids nessa faixa etária.

Palavras-chave: aids, vulnerabilidade, envelhecimento.

ABSTRACT

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) has been attacking progressively men and women who are in the age group from 50 to 59 years. Therefore, it is important to know the social representations of these people, in order to better understand their vulnerabilities to HIV infection and the way they act when they are subject to this epidemic. This study aims to identify situations of vulnerability regarding the HIV/aids between HIV-infected and noninfected men and women from 50 to 59 years; to apprehend the social representations of these subjects on AIDS and, to know the implications of the social representations for AIDS in the vulnerability of these individuals. This is a quantitative and qualitative study, with multimethod approach, based on the Theory of the Social Representations, type, and generation and on the concept of vulnerability proposed by Mann. The inquiry was developed in Salvador/BA, taking 85 HIV-infected and noninfected men and women, as subjects from 50 to 59 years by the HIV. They attended to the Centre of State Reference in STD and AIDS from December 2005 to April 2006. The data were collected through the Word Association Test (WAT) and through semi-structured interview. The patients were subjected to the Factorial Correspondence Analysis (FCA) and the thematic content analysis, respectively. For the WAT five inducing stimuli were used: AIDS, sex, sexuality, sexual practices and vulnerability to the HIV/aids. The answers were processed with the software Tri-Deux-Mots, with the following variables: sex, sexual option, schooling, age, religion and predisposition to HIV. The FCA demonstrated that the only meaningful aspect was the opposition of answers for the variables sex and sexual option. The analysis showed up that the men detached a social aspect related to AIDS, which was "prejudice", whereas the women emphasized the organic and psychological discomforts ("contagious disease" and "bad disease"). For the individuals who declared themselves to be homosexuals and bisexuals, AIDS is related to the negative aspects of the disease, once this is a "contagious disease", "incurable", "bad" and that it causes "preoccupation". The gender and generational restrictions were identified by them in the social representations for the sex, sexuality and sexual practices, being this, represented by the women by "normal" and by the men by "pleasure". The HIV-infection represents for the women the end of their sexual life, meantime, for the men; it does not bring many repercussions in the sphere of their sexuality. Great part of the subjects recognized the risk of "unsafe sex" and the importance of the use of "condom". It was noticed that most of the HIV infected do not realize they are vulnerable to the HIV/aids, especially, because they think that this is a "disease of young people". The principal situations of vulnerability to the HIV identified by the subjects were the excess of confidence in a partner, the difficulty of inserting the condom in the stable relationships, unsafe sex with an "unknown women" and the participation in orgies. According to the findings, the importance of the implications of the social representations in the vulnerability of the individuals who meet with age between 50 to 59 years is reaffirmed, especially, to subsidize educative activities and the formulation of public politics for the prevention and the control of the epidemic of HIV/aids in this age group.

Key words: AIDS, vulnerability, aging.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO	18
2.1 SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO	18
2.2 VULNERABILIDADE DOS INDIVÍDUOS COM 50 A 59 ANOS AO HIV/AIDS	24
2.2.1 Vulnerabilidade Individual	25
2.2.2 Vulnerabilidade Social	27
2.2.3 Vulnerabilidade Programática	29
3. CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 EIXO TEÓRICO	33
3.2 TIPO DE ESTUDO	36
3.3 CENÁRIOS DO ESTUDO	37
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	38
3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	39
3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	41
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	42
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS	43
4.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA	44
4.3 HOMENS E MULHERES: implicações das representações sociais na vulnerabilidade ao HIV/aids.	49
4.3.1 Aids: doença ruim, contagiosa e que causa preconceito	49
4.3.2 Sexo, sexualidade e práticas sexuais: normal para elas, prazer para eles!	54
4.3.3 Vulnerabilidade ao HIV/aids: é preciso ter cuidado!	66
4.4 IMPLICAÇÕES DA OPÇÃO SEXUAL DE HOMENS E MULHERES NA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.	68
4.4.1 Vida, amor, atração sexual, medo ... dinamite!!!	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85

APÊNDICE A - Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras	96
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada	98
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	100
APÊNDICE D - Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos do estudo	101
ANEXO A - IMP - dicionário TRI-DEUX-MOTS	108
ANEXO B - AFC: <i>Analyse des correspondances</i>	112
ANEXO C - Parecer/Resolução nº. 139/2005	115

1. INTRODUÇÃO

“o vírus pode não estar em nossa circulação, mas a aids está definitivamente em nossas vidas e não se pode ser indiferente a ela...”

Dalton Ramos (2001)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem sido um dos mais sérios agravos já enfrentados pela humanidade. Estima-se que 38,6 milhões de pessoas no mundo vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou com aids (UNAIDS, 2006), sendo que destas, 370.333 são brasileiras (BRASIL, 2005). Diante dessas cifras, muitos(as) pesquisadores(as) se dedicam a conhecer as diversas dimensões que norteiam a vulnerabilidade de indivíduos à contaminação pelo HIV.

Durante a primeira década da epidemia de aids (1980 – 1990), a probabilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV foi analisada sob uma perspectiva epidemiológica, na qual o risco de contaminação estava associado aos comportamentos individuais, resultantes de escolhas ou decisões autônomas, guardando íntima relação com a idéia de grupos de risco (PAIVA, 2004).

Contudo, as chances que indivíduos ou grupos tinham de adquirir a soropositividade não foram totalmente explicadas pela epidemiologia, em decorrência da complexidade de fatores que permeavam as facilidades e dificuldades de contaminação pelo HIV, emergindo assim, o conceito de vulnerabilidade.

Esse conceito surgiu nos Estados Unidos em 1992, a partir dos trabalhos de J. Mann e seus colaboradores, tendo como influência o impacto provocado pela epidemia do HIV/aids em todo o mundo. Esses autores desenvolveram uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a infecção pelo HIV, que pode ser resumida e entendida como:

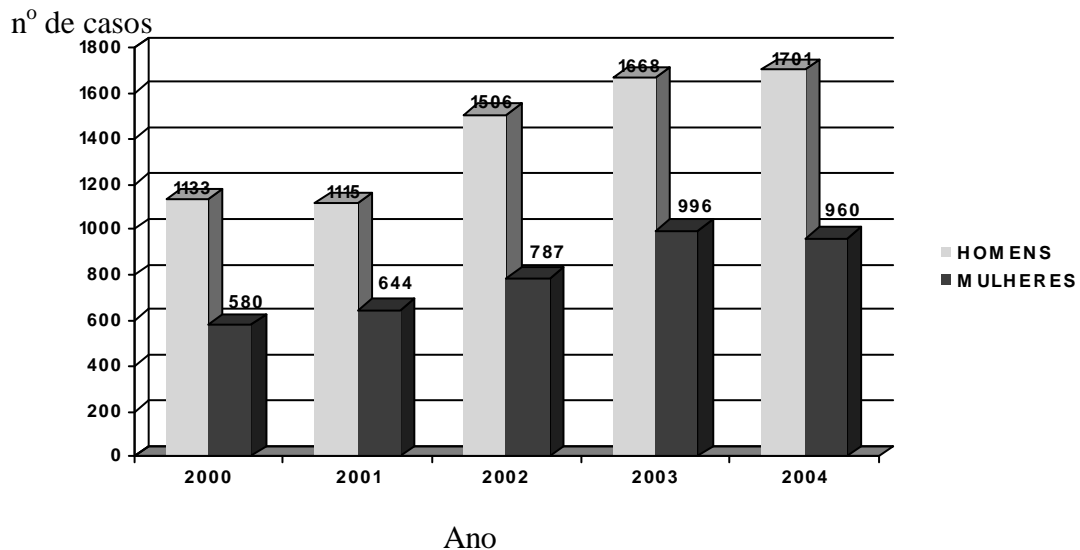
... os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/aids, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põe em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES; JUNIOR; CALAZANS, 1997, p.20).

Esta perspectiva considera não apenas o comportamento individual, mas também o contexto social e político quando se pretende avaliar as chances que um indivíduo tem de se contaminar. Dessa forma são relevantes, dentre outras coisas, as condições sociais, o acesso aos serviços de saúde e a existência de políticas públicas eficazes.

Na segunda década (1990-2000), a epidemia passou a apresentar outro padrão epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. Avançou entre os heterossexuais, intensificou a feminização e a transmissão vertical e, a atual tendência, aponta para um crescimento acentuado na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos.

A contaminação entre os indivíduos com mais de 50 anos cresce no Brasil como em nenhum outro grupo etário. Contudo, evidencia-se que as pessoas com idade entre 50 a 59 anos correspondem a 74,5% deste total, tendo sido constatado – de 2000 a 2004 – um incremento nos casos confirmados de 50,1% entre os homens e de 65,5% entre as mulheres (gráfico 1), o que revela uma trajetória ascendente, contrastando com uma certa estabilização em outras faixas etárias e grupos sociais (BRASIL, 2005).

Gráfico 1 - Casos de aids em homens e mulheres com 50 a 59 anos. Brasil, 2000-2004



Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS, janeiro a junho 2005.

Muitas são as causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As mudanças sócio-culturais, sobretudo na sexualidade, representam papel de destaque para justificar tal assertiva. Lemos (2003, p. 69) assinala que: “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se

alterado rapidamente nas últimas décadas”. Para a autora, os meios de comunicação, sobretudo a televisão, têm contribuído para acelerar a transformação de valores que antigamente mudavam devagar.

Destacam-se ainda, as mudanças demográficas que apontam para um envelhecimento populacional dos(as) brasileiros(as) e as inovações na área da saúde que, por sua vez, têm contribuído para o aumento da expectativa de vida da população, incluindo a dos soropositivos, a partir do acesso à terapia antiretroviral (SANTOS et al, 1997).

As inovações na área medicamentosa levaram ao uso de drogas que melhoram o desempenho sexual, a exemplo do citrato de sildenafil (princípio ativo do Viagra) e da reposição hormonal, favorecendo ao aumento da frequência e à qualidade das relações sexuais. Acredita-se que tais inovações têm contribuído para que esse grupo etário se sinta mais seguro nas conquistas amorosas, embora não devam ser consideradas diretamente responsáveis pelo aumento da infecção pelo HIV nessa população.

Dados do Ministério da Saúde, relativos a uma pesquisa envolvendo o comportamento da população brasileira sexualmente ativa, comprovaram que 17,3% dos(as) entrevistados(as) com mais de 50 anos relataram ter tido cerca de 6,3 relações sexuais por mês, nos últimos 06 (seis) meses, aproximando, assim, da média de 9,2 da população de 40 a 49 anos (BRASIL, 2003).

Contudo, a possibilidade de aumentar a frequência e melhorar o desempenho das relações sexuais não tem sido acompanhada por incentivos à prática do sexo seguro, o que requer maiores investimentos na educação dessa população. Embora o Ministério da Saúde reconheça, desde 2001, a necessidade de incluir as pessoas com mais de 50 anos nas campanhas de prevenção à aids (BRASIL, 2001), o que se observa atualmente é que os trabalhos educativos – em sua maioria – continuam sendo direcionados ao público jovem, à gestante, ao usuário de droga, aos homossexuais e às profissionais do sexo. Dessa forma, esta população que viveu uma juventude sem o apelo à utilização de preservativos, não incorpora a necessidade de fazer seu uso.

A resistência por parte dessa população em utilizar o preservativo também tem contribuído para o aumento nos índices de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2001; CÔRTEZ, 2001). São vários os obstáculos ao uso da camisinha, pois, muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo, e acreditam que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo. Por outro lado, a cultura machista enaltece o homem por ter a capacidade de gerar filhos em qualquer idade, assim sendo, o uso do condom os priva dessa possibilidade.

Já entre as mulheres com mais de 50 anos, a possibilidade de já terem família constituída, de estarem laqueadas ou de não poderem engravidar, pode levá-las a falsa impressão da inutilidade do preservativo em sua vida sexual. Entretanto, fazer sexo sem camisinha é particularmente arriscado no climatério e depois da menopausa, quando as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo ao surgimento de ferimentos que abrem caminho para as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Por essas razões, esses indivíduos se expõem, cada vez mais, a situações de vulnerabilidade, que além de estarem relacionadas às atitudes pessoais, se estendem à dificuldade em diagnosticar precocemente o vírus HIV nessa faixa etária. Isto porque, nem sempre sua vida sexual é questionada nas consultas, predominando o mito de que são monogâmicos(as), têm um ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo.

Por outro lado, Azambuja (2000) considera um desafio diagnosticar pacientes soropositivos nessa faixa etária, por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva à possibilidade de sub-notificação de casos, ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Além disso, esta é uma população que pode estar utilizando medicamentos para o combate a agravos crônicos que ao interagirem com o coquetel produzem reações indesejáveis. Certamente, a intensidade dessas reações sofre a influência da idade, da(s) patologia(s) pregressa(s) e do tipo de medicamento, podendo apresentar variações expressivas entre os indivíduos com mais de 50 anos. Tais variações vão desde os discretos desconfortos até complicações severas que poderão resultar em morte.

Estes motivos têm contribuído para que a morte por aids se evidencie em menor tempo para essa população, quando comparada com outras faixas etárias. Os raros estudos internacionais sobre a infecção nesse grupo etário indicam que até 37% dos pacientes acima de 50 anos morrem no mesmo mês em que descobrem a doença, enquanto que para os que estão entre 13 a 49 anos é de 10% (SEGATTO, 2003).

Todas as mudanças nos padrões demográfico e tecnológico apontaram para uma reorganização na agregação de dados epidemiológicos da aids, principalmente desde o segundo semestre de 2000. Até então, os dados eram apresentados de acordo com a razão por sexo e faixa etária, agrupando-os em menores de 13 anos, 13 a 49 anos e 50 anos e mais, passando, a partir daí, a serem distribuídos por intervalos etários menores. No que diz respeito à informação sobre raça/cor, sua desagregação só se deu em 2004.

A desagregação dos dados relativos à idade proporcionou um olhar diferenciado para a população com mais de 50 anos, que experimentava um aumento na prevalência e na incidência da infecção pelo HIV, uma vez que o contexto sócio-político e cultural em que vivem essas pessoas é diversificado, se traduzindo, pois, em distintas situações de vulnerabilidade.

Embora a gerontologia destaque a importância de se estar atento(a) às características biológicas, psicológicas e sociais das pessoas que vivenciam a transição da fase adulta para a velhice, a produção de dados na saúde continua tomando como ponto de corte as faixas reprodutiva (15 a 49 anos) e não reprodutiva (50 e mais anos), deixando de considerar esta transição. Por essa razão, a faixa etária de 50 a 59 anos não tem sido focalizada nos estudos, principalmente quanto à sua sexualidade e vulnerabilidade às IST/aids ou à outras patologias, fazendo com que permaneça sendo analisada sob a mesma perspectiva dos que estão em idades mais avançadas.

O interesse em trabalhar com pessoas em processo de envelhecimento vem desde a graduação, quando participei por duas vezes do Programa Universidade Solidária atuando no município de Piranhas/AL. Nesse cenário, trabalhei com muitos idosos que me relataram, dentre outras coisas, suas experiências sexuais. Nessa época, a constatação de que os idosos podiam ter vida sexual ativa – e que geralmente o fazem – me chamou atenção, principalmente, pela vivência da juventude permeada pelos valores peculiares a essa fase da vida.

Ainda como graduanda, tive a oportunidade de trabalhar na coleta de dados de uma pesquisa que tinha como objetivo verificar o grau de conhecimento de universitários sobre a aids. Motivada por essas experiências acadêmicas, fiz meu trabalho de conclusão de curso objetivando conhecer o entendimento de idosos sobre transmissão e prevenção da aids, sendo esse o meu primeiro contato com a temática.

Desde então, passei a me interessar pela problemática da crescente contaminação das pessoas com mais de 60 anos pelo vírus HIV. Entretanto, na minha prática como enfermeira de saúde coletiva percebia que mesmo os idosos que ainda tinham uma vida sexual ativa, não se sentiam vulneráveis à contaminação pelo HIV. Em outra área em que atuava, o hospital, onde não tão raro me deparava com soropositivos acima dos 60 anos de idade, o discurso era sempre o mesmo: “eu não achava que poderia pegar essa doença!”.

Contudo, foi nos grupos de hipertensos e diabéticos que eu participava como facilitadora, que percebi que homens e mulheres entre 50 e 59 anos tinham uma atividade sexual que não era considerada pelos profissionais de saúde – principalmente nas práticas

educativas – o que concorria para uma percepção de invulnerabilidade desses indivíduos, deixando-os excluídos dos estudos de vulnerabilidade ao HIV/aids. Levantamento bibliográfico, realizado até então, vem demonstrando que as pesquisas nesta faixa etária são escassas, sejam elas de caráter comportamental ou epidemiológico, geralmente evidenciam homens e mulheres no período reprodutivo (15 a 49 anos) ou na senectude – a partir de 60 anos.

Por haver diferenças no comportamento, valores e atitudes de indivíduos com idade entre 50 e 59 anos daqueles que vivenciam a senescência por mais tempo, provavelmente, a representação social da aids para esses grupos etários pode diferir. Afinal, as representações sociais têm como foco a maneira pela qual os seres humanos compreendem as coisas que os cercam, criando teorias do senso comum a partir de suas experiências (MOSCOVICI, 2003).

Diante dessas considerações, torna-se evidente a importância da teoria das representações sociais para melhor compreender o modo como indivíduos ou grupos agem diante do HIV/aids, e a vulnerabilidade a que estão submetidos quando se encontram na faixa etária de 50 a 59 anos de idade.

Assim sendo, este estudo pretende responder à seguinte questão: quais as situações de vulnerabilidade ao HIV/aids que homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos e soronegativos, se submeteram ou estão submetidos? Dessa forma, este trabalho traz como objeto de estudo a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids de homens e mulheres, soropositivos e soronegativos, com 50 a 59 anos de idade, e se pautará nos seguintes objetivos:

- 1) Identificar situações de vulnerabilidade em relação ao HIV/aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as);
- 2) Apreender as representações sociais de homens e mulheres com 50 a 59 anos sobre aids;
- 3) Conhecer as implicações das representações sociais para aids na vulnerabilidade de homens e mulheres com 50 a 59 anos de idade.

2. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO

2.1 SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

“Cada corpo expressa a historia acumulada de uma sociedade, que nele marca seus valores, suas leis, suas crenças e seus sentimentos, que estão na base da vida social”.

Gonçalves (1990)

A sexualidade é uma forma de expressão pessoal – que tem o corpo como *locus* – e que se manifesta em todas as fases da vida, sendo resultante de um processo de construção social e não apenas de uma manifestação ou instinto orgânico, representado pelo ato sexual (ALFERES, 2000). Neste sentido, possui uma dimensão ampla, capaz de abranger uma multiplicidade de sentimentos como: prazer, amor, afetividade e paixão, podendo ultrapassar os limites dos sentidos corporais e atingir as fantasias (LEMOS, 2003).

Heilborn (2003, p. 198) compreende a sexualidade como um produto que perpassa aspectos culturais, pois “se há características distintas entre homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a vida reprodutiva, elas se devem a uma combinação de fenômenos que se processam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros”.

Compreender a sexualidade de pessoas com 50 a 59 anos de idade é extremamente importante quando se pensa na vulnerabilidade desse grupo ao HIV/aids. Afinal, nesta faixa etária “o sujeito está diante de uma situação que requer dele um reposicionamento diante de si (...) revendo valores e crenças sobre o que é o sexo, conseqüentemente adotando novas atitudes” (BRIGEIRO, 2003).

Para entender a sexualidade desses homens e mulheres com 50 a 59 anos de idade, é necessário levar em consideração que eles(as) foram criados(as) segundo normas e condutas morais, sociais e sexuais diferenciadas, porém mais rígidas do que as que orientam o comportamento dos jovens atuais (FRAIMAN, 1994). Contudo, é relevante recordar que eles(as) nasceram após a segunda guerra mundial, protagonizaram o movimento hippie, a revolução sexual e o movimento feminista, grandes influenciadores das mudanças de valores e expectativas com relação ao lugar, aos papéis e aos direitos de mulheres e de homens na sociedade.

É indiscutível que as relações de gênero, geração, classe e raça interferem na maneira como os indivíduos sofrem os efeitos de mudanças históricas, afinal, o envelhecer não é determinado apenas pela cronologia, influenciam neste processo a condição social e as singularidades individuais, provocando distintas modificações sócio-culturais, biológicas e psicológicas.

Envelhecer para muitos homens e mulheres na sociedade atual é estar constantemente se confrontando com o conflito entre a apologia da juventude e do culto ao corpo como uma forma de defesa à iminência de morte, e por isso nem sempre reagem bem às modificações biológicas da idade. Malysse (1998) e Luz (2003) ressaltam que na busca incessante por um corpo saudável e ideal estão incutidas representações e valores culturais da sociedade contemporânea, que induzem, inclusive, à obtenção do rejuvenescimento por meio do exercício físico e das cirurgias plásticas.

Py e Scharfstein (2001, p. 122) destacam que com a aproximação da velhice, o corpo, que experimenta inúmeras modificações, suscita sentimentos de perda e de impotência diante do “afastamento progressivo da juventude tão festejada, para inaugurar os caminhos da maturidade, que vão dar na velhice temida e negada”. As autoras enfatizam, ainda, que a dificuldade em aceitar o fato de que se está envelhecendo, culmina freqüentemente em separações conjugais. Isto porque, para algumas pessoas, é insuportável se ver envelhecendo através da imagem do outro. Fato comum entre os homens que (para aplacar o temor de tornar-se velho) buscam por parceiras mais jovens.

Algumas pessoas inibem sua sexualidade diante de mudanças corporais como a flacidez, aparecimento de rugas e presença de cabelos brancos. Contudo, Néri (2001) e Reis (2003) sinalizam que aspectos de gênero e classe social podem traduzir diferentes significados para alguns desses marcadores biológicos do envelhecimento. Como exemplo comparam que os cabelos brancos na mulher madura denotam descuido da aparência e perda de atributos da feminilidade, enquanto que para os homens bem-sucedidos financeiramente, são apontados como sinal de beleza e prestígio. Entre as pessoas com baixo poder aquisitivo, a presença dos cabelos brancos é simplesmente um atributo para considerá-las como velhas.

O cuidado com aparência física, principalmente entre as mulheres que vivenciam as transformações físicas e psíquicas resultantes do processo de envelhecimento, já havia sido sinalizado por Simone de Beauvoir (1980, p. 344) quando a mesma afirmava: “poder-se ia acreditar que é a mulher que mais ardentemente se embriagou de sua beleza, de sua mocidade, quem conhece os piores desatinos; mas não; a narcisista preocupa-se demais com sua pessoa por não ter previsto a inelutável decadência e organizado posições de retirada”.

Mas, as mudanças biológicas que acometem os indivíduos ao longo de suas vidas não se restringem apenas às modificações corporais, a resposta sexual também sofre alguns efeitos com o avançar da idade. No processo de envelhecimento, embora a maioria dos homens mantenha o desejo sexual, muitas vezes é preciso um pouco mais de tempo e estimulação tátil mais direta para que o pênis fique ereto. Além disso, as ereções tendem a ser menos firmes e só alcançam o máximo de rigidez segundos antes da ejaculação, a quantidade de sêmen e a intensidade da ejaculação se reduzem e o período refratário (período necessário para a obtenção de nova ereção após a ejaculação) torna-se mais longo (LOPES; MAIA, 1994).

Contudo, uma vez atingida a ereção, este homem tem a capacidade de mantê-la por mais tempo, sendo esta uma vantagem para a vivência sexual da mulher que envelhece junto com seu parceiro. Afinal, elas geralmente requerem mais tempo na fase de excitação (LEMOS, 2003).

Em nossa cultura uma mulher com idade entre 50 a 59 anos, atingiu o pico de sua maturidade sexual, resultante - sobretudo - da perda gradual de inibição e da aprendizagem proporcionada pela experiência. Entretanto, nessa faixa etária, a resposta sexual feminina pode apresentar alterações, principalmente em decorrência dos efeitos do climatério.

Para Botell, Riverón e Oviedo (1997) o climatério se divide em três etapas: pré-menopausa (início dos sintomas climatéricos até menopausa), menopausa (depois de 12 meses de amenorréia) e pós menopausa (período entre 5 e 10 anos após ocorrência da menopausa), e - que apesar de algumas variações - o climatério pode se estender dos 40 aos 60 anos. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tem utilizado o termo climatério em suas publicações e considera que este fenômeno pode se prolongar até os 65 anos de idade (BRASIL, 2004). Com base nesta assertiva, parti do pressuposto de que todas as mulheres desse estudo, poderiam estar vivenciando seus efeitos.

Entretanto, Mori e Coelho (2004) fazem uma crítica em relação ao termo climatério por considerar que este se associa à sintomatologia, à doença. Além disso, afirmam que há uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de eliminar os prefixos, sufixos e adjetivos para se referir a um momento característico como pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa. Devendo ser utilizada a palavra menopausa para referir-se ao fenômeno como um todo e não só o cessar do fluxo menstrual.

Brigeiro (2003) afirma que “um olhar antropológico sobre a menopausa, ressalta, logo à primeira vista, uma associação entre o fim da vida procriativa da mulher e o início de seu envelhecimento”. Para o autor, o processo de perda ou redução dos atributos

compreendidos como atrativos sexuais, tende a representar melhor o envelhecimento para as mulheres que vivenciam esta fase da vida, do que o fim da capacidade procriativa.

Devido à diminuição nos níveis de estrógeno e progesterona, comuns no climatério, algumas mulheres experimentam uma menor expansão e secura vaginal, o que pode muitas vezes acarretar em dor no ato sexual. Somam-se a isso, diminuição da duração do orgasmo, das contrações vaginais e da capacidade multiorgástica. Entretanto, a resposta clitoriana mantém-se intacta com o decorrer da idade, o que favorece ao alcance do prazer nas relações sexuais (LOPES E MAIA, 1994). Para Botell, Riverón e Oviedo (1997) é importante saber que nessa etapa de transição, as mulheres continuam tendo desejos e desfrutam do sexo. Os autores enfatizam ainda, que as normas, hábitos e costumes influenciam significativamente na conduta sexual.

Apesar de alguns pesquisadores sinalizarem o crescimento dos filhos e o provável abandono do lar (“ninho vazio”) como carga psíquica negativa para a mulher, nessa fase da vida (BOTELL; RIVERÓN; OVIEDO, 1997), outros autores assinalam que a mulher pode se sentir livre do temor da gravidez indesejada e das atenções aos filhos pequenos (PÉREZ, SANCHES E HIDALGO, 1998), o que pode torná-la mais tranqüila e dedicada a si mesma. Mori e Coelho (2004, p. 178) acrescentam que “o envelhecimento tem sido, para algumas mulheres, tempo de realização de sonhos e desejos postergados. Essas mulheres ocupam-se de si e saem do lugar de resignação que até então lhes era imposto”.

Além das alterações hormonais e psicológicas, o envelhecimento traz consigo uma maior probabilidade a doenças, podendo estas, interferir no exercício da sexualidade. Muitas patologias diminuem a capacidade física e provocam sérias repercussões psicossociais. Todavia, o envelhecimento não deve estar focalizado nas perdas físicas, mas, nos ganhos que equilibram as perdas, sejam eles: avanços na área de saúde, conquistas sociais ou realizações pessoais.

O envelhecimento repercute psicologicamente entre os homens que estão na faixa etária de 50 a 59 anos, embora pouco tenha sido publicado com este enfoque. Em contraposição, estudos que enfatizam as alterações psicológicas na mulher são numerosos e geralmente associam tais alterações ao climatério. Um olhar sob a perspectiva de gênero nos permite afirmar que a maior quantidade de estudos e pesquisas sobre a mulher climatérica objetiva, dentre outras coisas, destacar sua incapacidade reprodutora. O homem, por sua vez, ao ser capaz de reproduzir mesmo depois da andropausa pouco é mencionado nos estudos sobre envelhecimento, principalmente quando a sexualidade está em foco.

Gomes (2003) observa que a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietação do que a feminina porque os homens separam a sua atividade sexual das outras atividades da vida, onde são capazes de encontrar um direcionamento estável e integral. Contudo, os estudos que abordam a sexualidade masculina não se debruçam especificamente sob a faixa etária de 50 a 59 anos.

Entre os homens que vivenciam o envelhecimento, o medo da impotência sexual é constante (MALDONADO, 1994), já que na construção de gênero a potência sexual é um dos elementos mais importantes na composição da identidade masculina, qualquer que seja sua orientação sexual. Dessa forma, o conflito do homem jovem e “senhor” do seu corpo versus homem em processo de envelhecimento, expectador das mudanças corporais e suas conseqüentes limitações, constitui-se em um dos dilemas enfrentados por homens que transitam da fase adulta para a velhice.

Para camuflar estas imposições do tempo, muitos homens lançam mão das medicações para disfunções eréteis como forma de obter um corpo “saudável”, fisiologicamente apto ao prazer proporcionado pelo sexo. Esta conduta se baseia no desejo insistente de ter um desempenho semelhante ao dos jovens, a fim de postergar a chegada da velhice (PY e SCHARFSTEIN, 2001).

Sabe-se que a sexualidade masculina - independente da idade - está muito voltada ao ato sexual. Alguns estudos chamam a atenção para o caráter incontrolável, indomável, que os homens atribuem à sexualidade masculina, concebida como uma necessidade que requer satisfação imediata (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; SILVA, C., 2002; ALVES, 2003).

Para muitos homens, uma forma de exercer a sexualidade é através da infidelidade conjugal. Dificilmente os trabalhos científicos exploram a infidelidade masculina entre aqueles de 50 a 59 anos. Entretanto, estudos envolvendo homens com idade entre 18 e 49 anos concluíram que a infidelidade é vista pelos sujeitos, como uma forma de exercício da sexualidade, muitas vezes reforçando a masculinidade (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; SILVA, C., 2002; ALVES, 2003). Em outro estudo com homens e mulheres acima de 60 anos, a infidelidade masculina foi citada pelos sujeitos de ambos os sexos, relacionando-a, inclusive, ao risco de contaminação pelo HIV (SILVA, L., 2002).

A infidelidade masculina expõe o casal a uma situação de vulnerabilidade, pois nem sempre o uso do preservativo se faz presente nas relações extraconjugais. Este fato é importante quando se pensa nos indivíduos de 50 a 59 anos, tendo em vista que, em sua maioria, encontram-se casados(as) ou vivenciando um relacionamento estável.

Apesar das alterações biológicas e psicológicas inerentes ao envelhecimento interferirem na sexualidade de homens e mulheres de 50 a 59 anos, as mudanças sócio-culturais, também, repercutem na vida desses indivíduos e, conseqüentemente, na maneira como eles expressam e exercem sua sexualidade.

Neste sentido, o movimento das “Universidades Abertas à Terceira Idade” (UATI) destaca-se por sua contribuição em difundir conceitos e experiências práticas que representam uma nova forma de promover a saúde da pessoa que envelhece, a partir de uma ação interdisciplinar comprometida com a inserção desses indivíduos como cidadãos ativos na sociedade (VERAS e CALDAS, 2004).

No Brasil, o movimento tem crescido desde 1983, quando foi implantada a primeira UATI, existindo atualmente cerca de 150 programas desta natureza, cuja maioria dos participantes é do sexo feminino (VERAS e CALDAS, 2004). Embora algumas universidades restrinjam seu público-alvo aos idosos, a maioria já reduziu a idade mínima para 50 anos. Todas elas, além de promoverem uma maior integração entre os participantes, favorecem ao aumento da auto-estima e propiciam a inserção e ampliação da participação social.

O resultado destas iniciativas se evidencia nas mudanças de comportamentos e atitudes por parte dessas sujeitos que, não tão raro, freqüentam cada vez mais as academias, clínicas de estética, escolas de dança e outros ambientes construídos especialmente para pessoas com mais de 50 anos, como danceterias e casas de show.

Essa maior inserção social interfere no exercício da sexualidade, com assinala Vilela apud Iwasso (2005): “todo mundo promove bailes para a terceira idade, viagens, incentiva que eles saiam de casa e não pensam que vai rolar sexo. Mas se estão ativos para dançar, passear e estudar, também estão para namorar”. É válido ressaltar, que a oportunidade de ter relações sexuais, expõe esses indivíduos a situações de vulnerabilidade ao HIV, temática a ser abordada no capítulo a seguir.

2.2 VULNERABILIDADE DOS INDIVÍDUOS COM 50 A 59 ANOS AO HIV/AIDS.

O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por Mann e cols, em 1992, ao estabelecerem padrões de referência para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Para tanto, eles desenharam um mapa mundial das situações e contextos de vulnerabilidade, considerando a dinâmica da pandemia através da resposta específica das comunidades locais, das nações e da comunidade global ao HIV/aids (SOUZA, 2001).

A fim de analisar as diversas situações em todo o mundo frente ao HIV/aids, foram definidos três planos interdependentes para mensurar a vulnerabilidade: vulnerabilidade individual (cognitiva e comportamento pessoal), vulnerabilidade social (contexto social) e vulnerabilidade programática - anteriormente designada como “Programa Nacional de Combate à AIDS” (AYRES, 2003).

Inicialmente esses três planos eram avaliados por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV, estaria vinculada a índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001). Contudo, alguns anos depois - 1996 - Mann e cols retomam de modo mais amplo a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids, substituindo o extenso espaço ocupado pelos indicadores sócio-econômicos por uma ênfase nos direitos humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é tomada como fonte de critérios objetivos para avaliar desde situações individuais até a situação global da epidemia, além disso, contribui para a realização de diagnósticos de vulnerabilidade, definição de objetivos e estratégias para a sua redução (SOUZA, 2001). Nessa perspectiva, a vulnerabilidade designa indivíduos ou grupos fragilizados jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Fundamentados nos ideais de Mann, Ayres (1999) proporciona uma visibilidade subjetiva e condensada à vulnerabilidade individual, social e programática. Com este enfoque menos positivista, “os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas” (SANCHES, 1999, p.110).

Este capítulo destaca de modo específico e separadamente a influência da vulnerabilidade individual, social e programática na contaminação de indivíduos com 50 a 59 anos de idade, a fim de facilitar a compreensão da temática. No entanto, é válido salientar que a interação desses fatores de âmbitos e magnitudes distintas, amplia ou reduz a possibilidade

de uma pessoa se infectar pelo HIV, além de subsidiarem o diagnóstico da vulnerabilidade em indivíduos e/ou coletividades.

2.2.1 Vulnerabilidade Individual

A vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental, estando dessa forma, associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES *et al*, 2003; SANCHES, 1999).

Entretanto, para além de uma análise subjetiva, a vulnerabilidade individual também se estende às características biológicas. Dessa forma, as mulheres se mostram mais suscetíveis à contaminação pelo HIV do que os homens, pois além do sêmen apresentar maior concentração de HIV, a superfície vaginal é relativamente extensa (SILVEIRA *et al*, 2002).

Um dos motivos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos é o modelo ideológico relacionado à aids que a representa como sendo uma “doença do outro”, que possivelmente, está vinculado a um “grupo de risco” (SANCHES, 1999; PAULILO e JEOLÁS, 2005). Este modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV não aderindo a práticas de sexo seguro. Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 09) enfatizam: “o fato de ser entendida como uma doença ‘dos outros’ serve como justificativa para não se sentir vulnerável, nem ter interesse em receber informações”. Silveira *et al* (2002, p. 03) acrescentam que: “indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas”.

Um estudo sobre a autopercepção de vulnerabilidade às IST/aids com mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), constatou que 64% considera “impossível” ou “quase impossível” contrair o HIV (SILVEIRA *et al*, 2002). Em pesquisa realizada com universitários, de ambos os sexos, que estavam envolvidos em relações amorosas, Lima (2003) concluiu que: “o próprio e o parceiro são vistos como aqueles que têm menos probabilidade de contrair a doença [aids], enquanto que os chamados grupos de risco [prostitutas, toxicodependentes e homossexuais] são vistos como os mais vulneráveis”.

Lima (2003) sinaliza que a dificuldade em perceber-se vulnerável à infecção pelo HIV geralmente advém da confiança no(a) parceiro(a), na paixão e no amor. Tomados por

estes sentimentos muitos indivíduos, ainda que informados sobre os meios de transmissão e prevenção da aids, dispensam o uso do preservativo e se expõem ao risco de contrair o HIV.

Uma pesquisa envolvendo pessoas idosas concluiu que estas, mesmo possuindo um bom nível de conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção da aids, não utilizam o preservativo (MALTA, 2000; SILVA, L., 2002). Esse resultado comprova que o nível de informação, analisado isoladamente, não determina uma maior ou menor vulnerabilidade, reforçando a importância de considerar os aspectos subjetivos concomitantemente.

A confiança é citada em estudo de Costa e Lima (1998) como responsável pela percepção de invulnerabilidade à aids, sendo esta, decorrente de um processo de intimidade entre os parceiros. Lima (2003, p.230) acrescenta: “quanto maior a confiança no parceiro, menor a percepção de vulnerabilidade à SIDA”.

Em relação ao amor e a paixão, Costa e Lima (1998) referenciam em um dos seus artigos que existem oito tipos de amor (gostar, enfatuamento, amor vazio, amor romântico, amor companheiro, amor louco, amor total e não amor) resultantes da combinação de três componentes: intimidade, compromisso e paixão. Segundo as autoras, a maior vulnerabilidade à aids está associada a tipos de amor dotados da componente paixão. Lima (2003, p.231) contribui com essa afirmação assegurando que: “... a paixão, produzindo uma avaliação particularmente favorável da pessoa amada, induz também a uma percepção dela como segura relativamente à SIDA, mais segura até do que o próprio sujeito”.

É relevante considerar que os valores e as crenças também influenciam significativamente na adoção de práticas de sexo seguro, especialmente na utilização de preservativos. Nesse sentido, a religiosidade torna-se um fator importante, já que algumas religiões condenam o uso do preservativo e o divórcio, incentivando, muitas vezes, mulheres – e homens – a permanecerem casadas(os) mesmo diante da vivência de relações extraconjugais pelo(a) parceiro(a).

Embora a vulnerabilidade de indivíduos e coletividades esteja atrelada a características pessoais de magnitudes distintas, não se pode perder de vista a influência dos fatores sociais na determinação de uma maior ou menor probabilidade de infecção pelo vírus HIV. Partindo dessa premissa, uma abordagem mais detalhada sobre a vulnerabilidade social se faz necessária.

2.2.2 Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social tem uma forte influência tanto na vulnerabilidade individual quanto na programática, pois valoriza o impacto socioeconômico provocado pela aids e as construções sociais que interferem na vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, são relevantes a situação sócio-econômica, as relações de gênero e geracionais, os valores culturais, e outros que possibilitem o acesso do indivíduo às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade (SANCHES, 1999).

No Brasil cerca de 50% das pessoas entre 50 e 59 anos têm um rendimento nominal mensal de até 05 salários mínimos, sendo que destes, aproximadamente 40% possuem rendimento de até 01 salário (IBGE, 2003). Diante dessas cifras torna-se evidente a situação de pobreza a qual se insere grande parcela dos indivíduos nesta faixa etária. Esta situação de vulnerabilidade social implica em dificuldades de acesso a meios de informação, saúde e outros indicadores importantes.

É válido salientar que cerca de 11% dos indivíduos que estão na faixa etária de 50 a 59 anos não são alfabetizados (IBGE, 2003), o que além de dificultar o acesso às informações essenciais sobre a aids - como formas de transmissão e prevenção – aumentam, ainda mais, a vulnerabilidade dessa camada social menos favorecida.

Contudo, a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao aspecto negativo dos indicadores sócio-econômicos, as relações de gênero também são relevantes nesta temática por serem consideradas construções sociais e por repercutirem na saúde. Para Joan Scyth (1989, p. 14) a definição de gênero baseia-se na conexão integral entre duas proposições: “[1] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e [2] o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Estudos têm demonstrado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres é um dos fatores que dificultam conter a epidemia de aids. Afinal, no momento em que são definidos os roteiros “próprio do homem” e “próprio da mulher”, ambos se tornam mais vulneráveis (PAIVA *et al*, 1998).

A cultura machista e latina contribuem negativamente na vulnerabilidade dos homens, principalmente por dois motivos: (1) reforça o caráter impulsivo e necessário que o sexo deve se apresentar para que os homens possam provar sua masculinidade e virilidade e (2) concorda com a não utilização do preservativo para não “atrapalhar o prazer” e não por em risco sua reputação sexual (PAIVA *et al*, 1998). Além disso, eles têm dificuldade de

verbalizar suas necessidades de saúde, pois – em seu imaginário – pode significar demonstração de fraqueza e feminilidade (FIGUEIREDO, 2005).

Culturalmente espera-se que o homem satisfaça sexualmente uma(s) mulher(es), jamais recuse insinuações de uma parceira, e que consiga ereções imediatas e bem sucedidas. Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 11) sinalizam que “nessa situação, a mulher é considerada poderosa e exigente, a quem é preciso satisfazer a custo de manter sua honra masculina. Assim, a mulher tem o poder de legitimar se um homem é macho ou ‘viado’”.

Paiva *et al* (1998, p. 02) considera que as normas de gênero, também, estimulam a repressão dos homens que têm desejos homoeróticos, obrigando-os a vivenciarem suas experiências na clandestinidade, dificultando, dessa forma, a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais. A autora enfatiza ainda que:

... esses mesmos condicionantes do gênero masculino atuam no descontrole irresponsável dos homens que se alcoolizam porque precisam ser mais assertivos e menos tímidos; ou tornam menos nobre a responsabilidade pela contracepção ou reprodução compartilhada com a mulher.

No que diz respeito às mulheres, as relações desiguais de poder e a dependência econômica, principalmente nos países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas (SILVEIRA, *et al*, 2002). Soma-se a isso, o fato de não se perceberem vulneráveis principalmente quando cumprem o papel que socialmente se espera delas: monogamia e dedicação ao trabalho doméstico. Na maioria das vezes, priorizam o cuidado à família antes de cuidar de si e não conseguem negociar sexo seguro com o parceiro (PAIVA *et al*, 1998).

A dificuldade das mulheres em negociar sexo seguro não se restringe apenas às soronegativas para o HIV. Paiva *et al* (1998, p. 06) sinalizam que mesmo entre as soropositivas tal dificuldade persiste. Os parceiros de mulheres portadoras do HIV “se recusam a usar preservativos, pelos mesmos motivos dos outros homens: não gostam de usar o preservativo ou preferem se entregar e compartilhar o destino delas ‘por amor’, pelo ‘gozo solto’”. Estudo realizado com mulheres portadoras do HIV confirma que um terço dessas mulheres (que são sexualmente ativas) seguem sem usar preservativo (PAIVA, 2003).

Entretanto, é relevante enfatizar que muitas mulheres se recusam a exigir o uso do preservativo por questões religiosas ou simplesmente para não por em discussão a confiança conjugal, pois como assinala Silva, C. (2002, p.03) “o uso do preservativo masculino nas

relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal por funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado do casamento”.

Além dos entraves na prevenção ocasionados pelas construções de gênero, deve-se considerar que as relações geracionais também afetam diretamente a vulnerabilidade ao HIV de homens e mulheres com 50 a 59 anos. Para Britto da Motta (1999, p. 207): “gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social. Expressam relações básicas, por onde se (entre)tecem subjetividades, identidades e se traçam trajetórias”. Em relação à aids, o preconceito geracional constitui-se em uma barreira para a prevenção, já que alguns indivíduos mais jovens consideram que o sexo é uma atividade exclusiva da juventude ou que o avançar da idade encerra as atividades sexuais.

Iwasso (2005) aponta em uma das suas matérias jornalísticas a importância de considerar - e respeitar - a vida sexual de pessoas com mais de 50 anos como ferramenta para conter a crescente contaminação pelo HIV dessa população. O preconceito geracional torna-se evidente no depoimento de uma mulher de 59 anos, soropositiva, ao narrar: “eu e meu marido vamos à farmácia comprar preservativo e os vendedores riem da gente, fazem brincadeiras ofensivas, uma coisa totalmente desnecessária” (PACHECO apud IWASSO, 2005, p. 03).

Atitudes como esta, dificultam a existência de relacionamentos construtivos - para a prevenção da aids - entre pessoas de gerações distintas, muitas vezes, intimidando os indivíduos com mais idade a não adotarem práticas de sexo seguro e a se perceberem invulneráveis à contaminação pelo HIV.

Além das implicações das relações sociais e situação sócio-econômica na vulnerabilidade de pessoas com 50 a 59 anos ao HIV, o desenvolvimento de ações institucionais voltadas a essa epidemia, também determinam uma maior ou menor probabilidade de adoecimento ou morte pelo HIV/aids, influenciando na vulnerabilidade programática.

2.2.3 Vulnerabilidade Programática

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Para Ayres (2005) ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, e implantação e implementação de

programas de combate à aids e outros desta natureza, que propiciam a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Atualmente a Coordenação Nacional de IST/ aids mantém em vigor o seu terceiro projeto voltado para ações nesta área – AIDS III. Este projeto conta com financiamento do Banco Mundial e deverá ser executado até 2006 (2003-2006). Os principais objetivos são: promover a sustentabilidade e a gestão estratégica para a política de HIV/aids e outras IST na área de políticas públicas de saúde, e ampliação das ações nas áreas de promoção e prevenção à saúde e proteção aos direitos humanos, a fim de reduzir o impacto da epidemia de HIV/aids, prevenir novas infecções e garantir atenção à saúde com qualidade para as pessoas que vivem com HIV/aids (BRASIL, 2002).

Um outro objetivo do AIDS III diz respeito à implantação e implementação de ações de enfrentamento e redução de perdas em face das características da nova dinâmica da epidemia da aids no Brasil: interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização. O que chama atenção neste objetivo é a omissão do fenômeno do envelhecimento da epidemia, já que antes da elaboração do AIDS III esta tendência já era reconhecida no Brasil pelos órgãos competentes.

Em 2001, a revista *Súmula* - vinculada à Fiocruz - registrou que o aumento nos casos de contaminação pelo HIV entre as pessoas com 50 a 59 anos motivou o Ministério da Saúde em incluir esta população nos programas de prevenção das IST/aids, além de traçar estratégias de distribuição de preservativos femininos e masculinos para este público (BRASIL, 2001). Desde então, estudiosos e pesquisadores que se dedicam ao aprofundamento do fenômeno do envelhecimento da epidemia de HIV/aids no Brasil, aguardam por uma iniciativa do governo para tentar conter a crescente contaminação de pessoas com mais de 50 anos.

Em 01 de maio de 2005, jornais brasileiros - a exemplo da *Gazeta do Povo* (AUMENTAM..., 2005) e *O Estado de São Paulo* (IWASSO, 2005) - publicaram que o Programa Nacional de IST/aids e a Coordenação de Saúde do Idoso, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, firmaram uma parceria e elaboraram um documento que será enviado como referência aos programas estaduais e municipais de combate à aids. O objetivo é incluir pessoas com mais de 50 anos entre os grupos que precisam de atenção especial quanto à prevenção.

Essa parceria prevê a elaboração de folhetos explicativos, cartilhas, cartazes e campanhas publicitárias, que deverão ser veiculadas na televisão e no rádio a partir do segundo semestre. Além disso, pretende distribuir preservativos masculinos e femininos em programas voltados para a terceira idade e incluir a sorologia para o HIV nos procedimentos

feitos nesta faixa etária (IWASSO, 2005). Até então (agosto de 2006), o programa não foi totalmente implementado.

Apesar do reconhecimento dos órgãos governamentais frente à situação de vulnerabilidade dos indivíduos com 50 a 59 anos ao HIV/aids, certamente, a redução no impacto da epidemia e a prevenção de novas infecções não podem ser totalmente contempladas apenas com a existência de políticas públicas de combate à aids. É preciso que os programas sejam devidamente implementados por todas as instâncias, sobretudo, pelas unidades de saúde que oferecem serviços voltados à atenção primária.

No Brasil, tendo em vista as dificuldades sócio-econômicas enfrentadas por grande parcela da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) responde pela maioria dos atendimentos no setor – 57,2%. No entanto, embora se constitua em um serviço de extrema importância, o acesso às unidades de saúde nem sempre é facilitado. Entre as pessoas que buscam atendimento e não conseguem, os principais motivos indicados são: indisponibilidade de senha ou de vaga (48,9%) e falta de médicos - 25,5% (IBGE, 2003), o que remete à dificuldade desses serviços em atender à demanda, seja pela ineficácia ou por escassez de profissionais de saúde.

Por outro lado, os 5,01 milhões de pessoas que sentiram necessidades de saúde, mas não procuraram às unidades vinculadas ao SUS, alegaram que não o fizeram por falta de dinheiro, 23,8% (1,19 milhão); por julgarem o atendimento muito demorado, 18,1%; pela distância ou dificuldade de acesso, 12,7% e por incompatibilidade de horário, 12,7% (IBGE, 2003). Estes resultados confirmam, mais uma vez, a influência que as condições econômicas representam para a saúde e a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos pelo SUS.

Diante dessa situação, as pessoas que se encontram na faixa etária de 50 a 59 anos, se tornam ainda mais vulneráveis à infecção pelo HIV e às complicações decorrentes da aids. Afinal, os serviços públicos de saúde - principalmente os que estão voltados à atenção primária - são os principais responsáveis pela implementação das medidas de prevenção à aids.

É relevante considerar que nem sempre o acesso às unidades de saúde implica em facilidades na aquisição de preservativos. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, o acesso gratuito da população aos preservativos masculino e feminino é restrito. Nos Centros de Referência em IST/aids, os indivíduos, ainda que cadastrados, geralmente recebem uma quantidade insuficiente quando comparada à frequência sexual mensal dos brasileiros que é de 10,2 relações por mês (BRASIL, 2003).

O número insuficiente de preservativos a serem disponibilizados à população, também, se justifica no fato de que muitos municípios, ainda, possuem as ações de combate à Aids vinculadas ao Estado, o que – por vezes – pode comprometer a disponibilidade de recursos para as atividades de prevenção à aids (BRASIL, 2003).

Outra questão importante a ser sinalizada é o alto custo da camisinha masculina e principalmente da feminina. Esta, por sua vez, ainda é desconhecida por grande parte dos brasileiros (GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002). Tais situações contribuem na vulnerabilidade à infecção pelo HIV por grande parte da população.

Além da carência de preservativos, muitas unidades mantêm profissionais despreparados para lidar com a prevenção da aids entre os indivíduos com mais de 50 anos (SANTOS *et al*, 1997). Não tão raro, estão imbuídos de preconceito geracional e nem sempre questionam as pessoas de 50 a 59 anos quanto às suas atividades sexuais. Para muitos, o risco de infecção pelo HIV ainda é restrito aos jovens, negligenciando muitas vezes uma investigação mais apurada.

Em relação aos indivíduos soropositivos, Paiva (2003) ressalta que os profissionais da saúde raramente discutem com esses pacientes sobre a possibilidade de reconstruírem-se para uma nova vida, protegendo aos outros e a si mesmos da re-infecção. Camargo Junior (2003, p. 73) é taxativo ao afirmar que “a qualidade da atenção às pessoas com HIV/aids tem limites na qualidade geral da atenção à saúde na esfera pública”. O autor enfatiza, ainda, que a integralidade da atenção ao portador do vírus HIV é um desafio no Brasil.

Diante dessas considerações observa-se a importância de conhecer as dimensões da vulnerabilidade, que quando articulada à Teoria das Representações Sociais, aos condicionantes de gênero e geracionais, propiciam um melhor entendimento dos fatores que permeiam este objeto de estudo. Estes eixos teóricos serão apresentados no capítulo a seguir.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 EIXO TEÓRICO

Desde o seu surgimento, a aids tem despertado o interesse de pesquisadores(as) em todo o mundo que buscam compreender, sobretudo, questões que norteiam aspectos científicos e sociais relacionados à doença. Para tanto, é importante considerar que a construção científica e social desta epidemia se faz paralelamente, desde que a aids surpreendeu a comunidade científica e a sociedade civil caracterizada como uma “peste gay”, até então desconhecida.

No Brasil, a aids começou a ser difundida pela mídia antes mesmo de serem identificados os primeiros casos no país, o que a fez ser classificada – no início da década de 80 – como um “mal de folhetim”. As agências norte-americanas eram as principais fontes de informação da mídia no Brasil, exercendo grande influência no noticiário nacional e, conseqüentemente, no “imaginário social” a ela relacionada (GALVÃO, 2000).

Surpreendidas com a epidemia de HIV/aids, muitas pessoas foram motivadas a experimentar mudanças de atitudes, crenças e valores, que se alteravam constantemente, à medida que eram divulgadas as descobertas científicas. Moscovici (2003, p. 95) enfatiza que “o senso comum está continuamente sendo criado e re-criado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado”.

Considerando que a percepção dos indivíduos frente à vulnerabilidade ao HIV, advém do senso comum, a Teoria das Representações Sociais (TRS) foi adotada como referencial teórico deste estudo, pois para a aids, ela representa o modo como indivíduos e grupos agem diante da doença e da sua prevenção. Assim sendo, concordo com Jodelet (1998, p. 26) ao afirmar:

a abordagem das representações sociais leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo da assimilação (ou não assimilação) das informações, necessário se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da Aids nos anos 80.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem como formulador Serge Moscovici, psicólogo social francês, que, fundamentado no conceito de representações coletivas desenvolvido por Emile Durkheim, em 1912, propõe uma nova concepção teórico-conceitual capaz de atender às questões oriundas dos problemas da modernidade (NÓBREGA, 2003).

A Teoria das Representações Sociais estuda a maneira pela qual os indivíduos buscam compreender o mundo que os cercam, afinal, os seres humanos não apenas manipulam informações ou agem sem explicações, eles – sobretudo – pensam. Moscovici (2003) define as representações sociais como uma forma de conhecimento do senso comum, que coexiste, inclusive, com o conhecimento científico. Tura (2005, p. 25) as define como “uma forma de pensamento ou conhecimento específico, que, estando fortemente enraizado nas experiências socialmente compartilhadas, dirige as relações dos indivíduos entre si e com o mundo”.

Pereira (2001) destaca que as representações sociais têm um caráter dinâmico (podem ser o reflexo de determinações históricas ou atuais) e que são elaboradas a partir de referências individuais, fundamentadas em seus valores culturais e nas normas sociais. Dentre as suas funções, considero que a mais relevante para este estudo, diz respeito à possibilidade de orientar a comunicação intergrupal, propiciando, inclusive, a distinção de grupos e conseqüentemente a definição da identidade social do indivíduo. Isto ocorre na medida em há uma construção da realidade que é comum para determinado grupo de pertença (CARDOSO e ARRUDA, 2004).

Desde que a Teoria das Representações Sociais foi divulgada por Moscovici em 1961 – através de seu estudo sobre a Representação Social da Psicanálise – estudiosos assistem a uma grande expansão na utilização desta base teórico-metodológica. Os teóricos tentam integrar esta noção a numerosos outros terrenos de pesquisa, inclusive na área de saúde. Jodelet (1998, p. 18) enfatiza que a Teoria das Representações Sociais vem sendo utilizada em “estudos que analisam as relações entre conhecimento científico e profano, e no exame do papel que as concepções do senso comum exercem sobre a apreensão de certas doenças”.

Para este estudo, a representação social das pessoas com 50 a 59 anos para a aids, quando articulada ao modo no qual exercem a sexualidade, pode exprimir uma maior ou menor vulnerabilidade à infecção pelo HIV, principalmente, em decorrência das interações sociais que eles(as) vivenciam. Dessa forma, concordo com Silva, A. (2002, p. 17) ao enfatizar que para a Teoria das Representações Sociais “as comunicações e os comportamentos são orientados conforme os processos de interação social que transformam simbolicamente os objetos e as pessoas representadas”.

Ao definir como sujeitos do estudo, homens e mulheres com 50 na 59 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as) para o HIV, além de ter a contribuição de uma análise sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade, gênero e geração, vou ao encontro do que propõe Moscovici (2003, p.79) quando afirma que a Teoria das Representações Sociais “toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e previsibilidade”.

Para compreender o modo de elaboração e funcionamento das representações sociais, Moscovici apresenta como elementos estruturantes da sua teoria os processos de objetivação e ancoragem. Para Nóbrega (2003) a “objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar o objeto que é apresentado”. A objetivação tem uma função social relacionada à sua importância na comunicação entre as pessoas, pois, quando o indivíduo dissocia um conceito de sua bagagem ideológica ele tem a possibilidade de apropriar-se do conhecimento, conforme sua posição no sistema social (TURA, 2005).

A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e intrigante em uma realidade conhecida e condizente com uma categoria que o indivíduo pense ser apropriada. Está associada, portanto, a crenças, ideologias, valores e saberes pré-existentes ou dominantes no contexto social, o que favorece o seu fortalecimento em meio à sociedade (TURA, 2005). Moscovici (2003, p. 61) destaca: “ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa”. Entretanto, o que se percebe em relação à aids, é que embora muitos indivíduos tenham ancorado algumas informações sobre a doença – principalmente no que tange à prevenção – a objetivação gerada, não tão rara, se contrapõe com a não utilização do preservativo.

Esse tipo de atitude reafirma a importância em considerar a diversidade de fatores subjetivos, quando se busca conhecer a probabilidade de indivíduos ou grupos se infectarem pelo HIV. Desse modo, reiteramos a importância de uma análise a partir das perspectivas de gênero, geração e vulnerabilidade, por considerar que a influência destes *constructos* podem repercutir na opção em adotar medidas de sexo seguro e, conseqüentemente, determinar uma maior ou menor vulnerabilidade à contaminação pelo HIV.

O conceito de gênero, ao se deter na construção social e histórica do feminino e do masculino e nas relações sociais entre os sexos, permite a apreensão de desigualdades entre homens e mulheres, que envolvem, sobretudo, desigualdades de poder. Em nossa sociedade é possível constatar que o padrão dominante nas identidades de gênero de adultos envolve uma situação de subordinação e de dominação das mulheres, tanto na esfera pública como na privada (FARAH, 2004).

A categoria idade/geração também se expressa no marco das relações sociais de poder, todavia, possui uma compreensão maior em relação à temporalidade. Apesar das idades se configurarem como importante fator de organização social, as gerações são mais abrangentes, sobretudo, por serem construídas socialmente, determinadas pela sucessão de conjunturas históricas e pelo sentido coletivo em que se fundamenta (BRITO DA MOTTA, 1999). Desse modo, este estudo partiu do pressuposto de que os aspectos geracionais, bem como as construções de gênero, implicam na existência de diferentes elementos nas representações sociais dos sujeitos sobre a aids e sobre as questões relacionadas à sexualidade. De posse dessas representações sociais pôde-se verificar a sua influência na vulnerabilidade ao HIV/aids.

Ao tratar de vulnerabilidade, este estudo pretendeu se fundamentar no que propõe Mann e Ayres – já abordado em capítulo anterior – considerando que o comportamento individual, o contexto social e político podem interferir nas chances de contaminação pelo vírus HIV.

Considerando que as representações sociais se revelam em palavras e condutas, e que devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais, estou certa de a contribuição dos conceitos de gênero, idade/geração e vulnerabilidade na análise deste estudo, possibilitam o enriquecimento do mesmo, e o alcance dos objetivos.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa consiste em um estudo do tipo descritivo e exploratório, de abordagem multimétodos (qualitativo e quantitativo), já que para a Teoria das Representações Sociais a associação do método quantitativo com o qualitativo garante uma interpretação mais fidedigna das representações sociais apreendidas e uma complementaridade das descobertas.

Para Minayo (1995, p. 22) “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível em equações, médias e estatísticas”, enquanto que o método quantitativo tem elementos fortes de generalização. (POLIT; HUNGLER, 1995).

O procedimento quantitativo utilizado neste estudo restringiu-se ao tratamento estatístico realizado com os dados obtidos através de um dos instrumentos de coleta de dados (teste de associação livre de palavras), os quais foram processados através de um programa

informático (Tri-Deux-Mots) e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC), é importante destacar que seus resultados são analisados qualitativamente.

3.3 CENÁRIOS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Salvador, capital da Bahia, onde residem 2.631.831 habitantes (estimativa para 2004), sendo que destes, 163.064 (números de 2001) estão entre 50 a 59 anos de idade (IBGE, 2003).

Os cenários da pesquisa foram o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA/COAS, Centro de Referência Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), ambos administrados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, desde março de 2006, as três instituições vêm experienciando um processo de integração que tem por finalidade originar o Centro de Referência Estadual de IST e aids. Contudo, as descrições a seguir retratam o fluxograma de atendimento dessas unidades durante o período da coleta de dados.

O espaço destinado à prevenção, aconselhamento e testagem sorológica para o HIV e outras IST – antigo CTA/COAS – conta com uma equipe composta por 01 terapeuta ocupacional, 06 assistentes sociais e 02 psicólogas. O local serve de referência para as informações sobre prevenção das IST, onde são realizados, diariamente, atendimento à demanda espontânea e às pessoas encaminhadas por algum profissional da saúde. De janeiro a junho de 2006 foram atendidas 68 pessoas na faixa etária de 50 a 60 anos.

Antes de realizar a coleta de material sorológico para testagem laboratorial, todos os interessados devem participar do aconselhamento coletivo sobre a prevenção das IST/aids, ministrada por uma profissional da área das Ciências Sociais (terapeuta ocupacional ou assistente social ou psicóloga). São realizados, em média, 25 aconselhamentos por mês, abrangendo 10 pessoas por sessão.

Na oportunidade, a platéia é orientada sobre sinais e sintomas das principais IST, formas de transmissão e prevenção. A importância da utilização do preservativo é enfatizada, sobretudo, nos relacionamentos estáveis. Além disso, é feita a demonstração da forma correta de colocação dos preservativos masculino e feminino, e são esclarecidas as dúvidas mais frequentes em relação à temática. Dentre o perfil dos(as) usuários (as) que mais buscam o

serviço, estão aqueles(as) na faixa etária de 20 a 30 anos, sendo a maioria do sexo feminino, sobretudo, pelo alta frequência de gestantes.

Após o aconselhamento coletivo, os participantes são convocados para o aconselhamento individual, oportunidade em que podem expor suas dúvidas e problemas. Todos(as) os(as) usuários(as) que participam deste momento podem requerer uma identificação que garante mensalmente 12 (doze) preservativos masculinos gratuitamente. As pessoas interessadas em utilizar a camisinha feminina recebem inicialmente 02 unidades para teste. Caso façam a opção por este método, são disponibilizados mensalmente 08 preservativos.

Quando o resultado da sorologia confirmava soropositividade para o HIV, o(a) usuário(a) era encaminhado(a) para o CREAIDS, onde poderia obter acompanhamento médico (infectologia, dermatologia, psiquiatria, pediatria e ginecologia) e de enfermagem, avaliação com nutricionista, atendimento odontológico, terapia ocupacional, suporte psicológico, assistência social e farmacêutica. O serviço atende, exclusivamente, portadores(as) do vírus HIV ou indivíduos com aids, comumente oriundos de Salvador e região metropolitana.

De janeiro a dezembro de 2005, foram confirmados 269 novos casos de aids através do CTA/COAS. A maioria homens (150) de 20 a 30 anos de idade, com 4 a 7 anos de estudo, heterossexuais, contaminados por via sexual. Deste total, 14 casos em pessoas com 50 a 60 anos (11 em homens e 03 em mulheres).

Os(as) pacientes com resultado positivo ou reagente para outras IST, eram redirecionados(as) para o Centro de Referência Estadual de Doenças Sexualmente transmissíveis, onde poderiam ser atendidos(as) por uma equipe multidisciplinar capacitada para lidar com suas demandas. Pacientes encaminhados por outras unidades de saúde e advindos, espontaneamente, também eram atendidos nesse serviço.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 85 homens e mulheres com 50 a 59 anos de idade, sendo que destes, 36 eram soropositivos para o HIV e frequentaram o CREAIDS no período da coleta de dados. Também foram investigados 49 indivíduos soronegativos para o HIV – na mesma faixa etária – que compareceram ao CTA/COAS e ao Centro de Referência Estadual

de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dos 85 sujeitos que responderam ao instrumento de coleta de dados quantitativo (TALP), 43 (50,6%) participaram na composição do banco de dados qualitativo.

A opção por escolher indivíduos soronegativos que comparecessem a estas instituições se justificou por considerar que a motivação que os impulsiona a procurar essas Unidades de Saúde, por vezes, decorre da vivência de alguma situação que julguem ser arriscada para a contaminação por IST, inclusive a aids. Por outro lado, partiu-se da hipótese de que a palavra vulnerabilidade poderia fazer parte do repertório desses sujeitos, ou, simplesmente, ser de mais fácil compreensão. Em relação aos sujeitos soropositivos, optou-se pelos usuários do CREAIDS, pelo fato de estarem em um ambiente ambulatorial que atende um número elevado de pacientes das mais diversas faixas etárias.

Considerando que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, a população deste estudo foi constituída por sujeitos que pertenciam ao grupo de usuários(as) de serviços de saúde que assistem pessoas com IST/aids.

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A visita aos cenários do estudo ocorreu no dia 06 de outubro de 2005, na qual foi cedida aos coordenadores das instituições uma cópia do projeto de pesquisa e feita uma breve contextualização à cerca dos objetivos e finalidades do estudo. Na oportunidade, enfatizou-se o interesse em realizar a coleta de dados nestas instituições, sendo concedida liberação para entrada em campo tão logo o projeto recebesse aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O pré-teste dos instrumentos para coleta de dados ocorreu no dia 15 de dezembro de 2005, na qual foram entrevistadas 03 pessoas, uma de cada instituição. Verificou-se então, a validade desses instrumentos, os quais requereram apenas o acréscimo de alguns itens na identificação (local da entrevista, condição sorológica para o HIV, procedência, renda mensal e uso de drogas), a fim de definir melhor o perfil dos sujeitos do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 19/12/2005 e 05/04/2006. Foram utilizados o teste de associação livre de palavras e a entrevista semi-estruturada, no intuito de assegurar a apreensão de dados que posteriormente se complementaram e garantiram uma análise fidedigna dos resultados.

O teste de associação livre de palavras foi desenvolvido a partir da hipótese de que “a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável através das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade” (NÓBREGA; COUTINHO, 2003, p. 67). Esta técnica é amplamente utilizada nos estudos que objetivam apreender as representações sociais, por possibilitar uma análise qualitativa de dados que foram processados quantitativamente através de softwares, uma vez que estes, propiciam a interpretação dos resultados através de uma análise fatorial de correspondência (AFC).

A inserção dessa técnica às pesquisas que adotam a teoria das representações sociais objetiva identificar as representações latentes através da associação dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor (NÓBREGA e COUTINHO, 2003). A técnica consiste em solicitar aos participantes que digam o que pensam após terem sido estimulados por um termo que caracteriza o objeto da representação em estudo (SÁ, 1996). Nesta pesquisa foram utilizados cinco estímulos indutores, que se baseavam na evocação de palavras que vinham à mente quando se ouvia: **aids**; **sexo**; **sexualidade**; **práticas sexuais**; **vulnerabilidade ao HIV/aids** (Apêndice A).

A entrevista semi-estruturada, também, foi utilizada como técnica para coleta de dados, pois esta, segundo Gil (1994, p. 146) “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Essa técnica parte da elaboração de um roteiro (Apêndice B) que consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o(a) pesquisador(a) quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação (MINAYO, 1996). As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador, para facilitar a transcrição das falas.

Os primeiros 57 sujeitos que aceitaram participar do estudo foram solicitados a evocar palavras aos estímulos indutores, e, logo em seguida, convidados a responder aos questionamentos contidos no roteiro de entrevista semi-estruturada. Desses sujeitos, 43 concordaram em serem entrevistados. Os(as) que se recusaram, alegaram ter pressa, dificuldade para falar sobre a soropositividade ou, simplesmente, tinham receio de serem identificados(as). A partir da 58^a entrevista, procedeu-se apenas o teste de associação livre de palavras.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos no teste de associação livre de palavras foi realizada a análise fatorial de correspondência (AFC), obtida através do software Tri-Deux-Mots (anexos A e B). A AFC permite a apreensão das representações sociais a partir da frequência de evocação das palavras. Os dados são revelados em um plano fatorial apresentado graficamente, no qual são evidenciadas as variáveis fixas do estudo (idade, sexo, condição sorológica, religião, opção sexual e escolaridade) em relação às variáveis de opiniões – palavras evocadas pelos participantes (RIBEIRO, COUTINHO e SALDANHA, 2005). Todavia, o resultado é analisado qualitativamente, buscando-se o significado e o conteúdo semântico das palavras evocadas.

Morse (2005) destaca que para todos os métodos qualitativos quatro processos cognitivos se apresentam de maneira integral, são eles: **compreender, sintetizar, teorizar e recontextualizar**. A autora ressalta que para ter uma boa compreensão é imprescindível conhecer sobre o tema em estudo e ler tanto as investigações clássicas como as menos conhecidas. A etapa denominada de “sintetizar” exige que o(a) pesquisador(a) realize a fusão entre os vários depoimentos, a fim de definir os padrões de comportamentos e respostas típicos do grupo.

No que diz respeito à teorização, Morse (2005, p. 64) alerta que *“reconocer que la teoría es solo una herramienta para guiar la investigación es lo más importante en todos los métodos de investigación, incluyendo la cualitativa”*. A recontextualização é definida pela autora como a etapa mais importante, dentre outras coisas, pela possibilidade de novas contribuições.

Os dados extraídos por meio da entrevista semi-estruturada foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), que propõe as seguintes etapas para categorização dos dados: pré-análise; leitura flutuante das entrevistas; constituição do corpus; seleção das unidades de contexto e de registro; recorte; codificação e classificação; categorização e definições das categorias simbólicas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia (CEP/MCO/UFBA) no dia 27 de outubro de 2005, tendo sido aprovado no dia 14 de dezembro de 2005, através do Parecer/Resolução no 139/2005 (anexo C).

Em atendimento às questões éticas, os(as) participantes foram comunicados(as) – durante a coleta de dados – sobre os objetivos da pesquisa, solicitando-os(as) autorização para uso do gravador e que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), caso concordassem em participar da investigação. Acresce salientar, que foram contemplados todos os aspectos éticos e legais que envolvem as pesquisas com seres humanos, propostos pela resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.0 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Homens e mulheres constroem o mundo, mas o fazem com formas e categorias construídas pelo mundo social, que eles nem escolhem nem inventam”.

Pierre Bourdieu

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Participaram do teste de associação livre de palavras 85 sujeitos, 49 homens (23 soropositivos para o HIV e 26 soronegativos) e 36 mulheres – 13 soropositivas para o HIV e 23 soronegativas, com a média de idade de 53,7 anos e renda mensal variando de R\$ 50,00 a R\$ 8.000,00 (de zero a 26,7 salários mínimos)*. A religião católica foi predominante entre os sujeitos (61,2%), bem como a heterossexualidade (82,4%) e a procedência da capital - Salvador. Em relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos referiu ter cursado o 1º grau, 57,6%.

Entre os participantes, 43,6% afirmaram ser casados(as) ou vivenciavam uma união estável. A maioria das mulheres confessou não ter parceiro(s) sexual(is), 55,6%, enquanto que 61,2% dos homens tinham parceiras(os) eventuais. 53% dos participantes com sorologia negativa para o HIV referiu ter tido ou estar acometido por alguma IST. 57,6% dos sujeitos referiram ter usado ou usar algum tipo de droga. Dentre esses, 71,4% declaram ter feito (ou fazem) uso de drogas lícitas (álcool e/ou tabaco e/ou antidepressivos), enquanto que 28,6% confessou usar (ou ter usado) drogas ilícitas, sendo a maconha a mais utilizada.

No que diz respeito à entrevista semi-estruturada foram entrevistados 24 homens (55,8%) – 12 soropositivos e 12 soronegativos – e 19 mulheres (44,2%) – 06 soropositivas e 13 soronegativas. As variáveis sócio-demográficas, relacionadas a esses sujeitos, condiz com os dados referentes ao perfil daqueles que participaram apenas da TALP. Todas as informações alusivas ao perfil dos sujeitos do estudo estão descritas no apêndice D.

* O salário mínimo vigente durante o período da coleta de dados era de R\$ 300,00 (trezentos reais).

4.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDENCIA

Os resultados obtidos através da técnica de associação livre de palavras, resultantes da evocação aos estímulos indutores: **aids, sexo, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids** foram agrupados de acordo com o significado semântico. Estes, após serem submetidos a uma análise fatorial de correspondência (AFC) - obtida pelo processamento no software Tri-Deux-Mots - permitiram apreender as representações sociais dos sujeitos do estudo. O tratamento dos dados obtidos foi efetuado tomando como referência a frequência igual ou superior a 8 (oito) para evocações de um mesmo estímulo indutor.

Na composição do banco de dados processado pelo Tri-Deux-Mots, foram utilizadas as seguintes variáveis fixas: **idade, sexo, condição sorológica, religião, opção sexual e escolaridade**. Contudo, a análise fatorial de correspondência revelada no jogo de oposições demonstrou que as variáveis idade, religião, escolaridade e condição sorológica não apresentaram significância diante do percentual total de respostas.

Este resultado leva a constatar que não há oposições significativas entre as representações sociais de homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos ou soronegativos para o HIV, quando as mesmas são analisadas tomando como base a idade. É importante salientar que para processamento no software, a variável idade foi subdividida em dois grupos: 50 – 54 anos e 55 – 59 anos, tornando-se evidente – após processamento – que não há divergências nas representações sociais desses grupos etários, quem sabe por se constituírem num intervalo muito próximo. Em pesquisa realizada com homens e mulheres idosas do interior da Bahia a variável idade, também, não foi expressiva para as representações sociais sobre a transmissão e prevenção da aids (SILVA, PAIVA e SANTIAGO, 2006).

No que diz respeito à religião, apesar de não ter havido significância na análise fatorial para esta variável, sabe-se que as religiões regem e determinam uma estrutura para um sistema de crenças, valores, condutas e comportamentos que ao serem ancorados e objetivados podem influenciar nas representações sociais para a aids. Os trechos a seguir, extraídos das entrevistas semi-estruturadas, ilustram esta assertiva:

Aids? É... primeiro eu acho que é uma coisa até bíblica. Se você ler a bíblia você vai ver que no fim dos tempos a bíblia já dizia que ia ter essas doenças, e eu entendo mais porque leio a bíblia e vejo que é (E 28, mulher, soropositiva, evangélica).

Eu não procuro pessoas fora do meu casamento, uma pela minha religião e outra porque eu não tenho necessidade (E13, homem, soronegativo, evangélico).

Neste estudo, o percentual de pessoas que se declararam católicas foi de 61,2%, enquanto que 27% eram evangélicas (11,8% sem religião ou espíritas ou adeptas do candomblé). Entretanto, observou-se uma maior adesão entre as mulheres soropositivas à religião evangélica (41,7%).

Sabe-se que a religião serve como um apoio psicológico para lidar melhor com situações em que sua resolutividade foge ao alcance dos indivíduos, o que não é diferente para os (as) soropositivos(as) para o HIV (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; MIRANDA e BARROSO, 2002). Contudo, não foi investigado se essas mulheres já estavam vinculadas à religião evangélica antes de se descobrirem soropositivas para o HIV, ou se tornaram após o resultado. Em uma de suas pesquisas Saldanha (2003) observou um aumento de 50% da procura pela religião evangélica entre mulheres soropositivas, após diagnóstico de HIV, sendo alegado a obtenção de conforto e esperança de cura através da aproximação com Deus.

Sabe-se que a religião imprime para os seus seguidores princípios e mandamentos que regem – dentre outras coisas – a sexualidade, sendo sempre mais rigorosos para as mulheres do que para os homens, podendo, inclusive, ampliar sua vulnerabilidade à contaminação por alguma IST. Nesta pesquisa, conversas informais com os sujeitos do estudo permitiram inferir que o exercício da sexualidade quando fundamentado em ensinamentos religiosos, interfere na execução de práticas sexuais seguras, principalmente em relação ao uso de preservativos.

Tamayo *et al* (2001, p. 167) corrobora com esta ponderação ao enfatizar que “o uso do preservativo é objetivo de interdição da igreja católica que é dominante no país”, sendo também condenado pela igreja evangélica. Além disso, respaldadas(os) na crença de que “o que Deus uniu o homem não separará” muitos homens e mulheres permanecem com o(a) companheiro(a) mesmo diante da confirmação de relações extraconjugais por parte do parceiro(a), expondo-os a uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids.

Por outro lado, quando a bíblia descreve que a mulher não tem poder sob seu corpo, e sim, o marido (GOMES, 2006), reforça o poder de dominação do sexo masculino sobre o feminino intensificando, ainda mais, as desigualdades de gênero, dificultando a negociação do uso do preservativo.

Em relação à variável “condição sorológica”, a ausência de significância após AFC expressa que ser soropositivo(a) ou soronegativo(a) para o HIV não influencia na representação social dessa população, talvez pelo fato de que os soronegativos deste estudo eram usuários do CTA/COAS e/ou Centro de Referência Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que os aproxima da possibilidade de contaminação pelas IST/aids.

Outra variável que não apresentou significância foi a escolaridade. Vale ressaltar que, embora esse indicador seja importante para os estudos relacionados à soropositividade ao HIV – já que pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações – existe uma veiculação massiva de informações sobre a aids através da mídia, dos profissionais de saúde e da sociedade civil.

A análise obtida através dos fatores F1 e F2 está descrita na figura 1. O mapa fatorial é determinado pelas respostas mais frequentes e relevantes aos estímulos indutores. O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal, traduz as mais fortes representações e explica 26,8% de variância, valor a que foram somados os percentuais de 15,3% relativos ao fator 2 (F2) em azul, linha vertical do gráfico, alcançando 42,1% de variância total das respostas. Foram evocadas 992 palavras pelos 85 sujeitos, das quais 519 foram diferentes.

As palavras em verde referem-se às variáveis que o software apresentou como sendo relevantes diante do banco de dados processado. As demais palavras tiveram a sua cor definida (azul ou vermelho) de acordo com a contribuição para o fator (CPF) – descrito pelo software – de modo que as palavras que apresentaram um maior índice de CPF para o eixo 1 receberam a cor vermelho, enquanto que aquelas que obtiveram CPF maior para o eixo 2 receberam a cor azul. As evocações “doença ruim” e “doença contagiosa”, ambas referentes ao estímulo 1 (aids), tiveram pequena diferença nos valores de CPF para os fatores 1 e 2, recebendo, portanto, a cor azul e vermelha. Isto denota que essas palavras são relevantes para ambos fatores. É importante salientar que todas as palavras em azul ou vermelho são precedidas de um número referente ao estímulo em questão, conforme demonstrado no quadro 1.

No fator 1 (F1) evidenciou-se uma oposição entre os sexos, sendo destacadas as palavras evocadas por homens e mulheres (palavras em vermelho). As evocações localizadas no lado direito do eixo das ordenadas, F1+, refletem os universos semânticos citados com maior frequência pelos homens. Por outro lado, as palavras que se encontram no lado esquerdo, F1-, exprimem as evocações mais frequentes entre as mulheres.

Quadro 1 – CLASSIFICAÇÃO ORDINÁRIA DOS ESTÍMULOS INDUTORES

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

Diante disso, apreendeu-se a partir das respostas expressas pelos homens as seguintes palavras: **preconceito** (aids), **necessidade** (sexo), **prazer** (sexo e práticas sexuais), **ser mulher** (sexualidade), **ser homem** (sexualidade), **opção sexual** (sexualidade), **cuidado** (práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids) e **masturbação** (práticas sexuais). Já para as mulheres, os universos semânticos apresentados pela AFC foram: **doença ruim** (aids), **doença contagiosa** (aids), **bom** (sexo), **normal** (sexo), **prevenção** (sexo) e **sexo** (sexualidade).

Em relação ao segundo fator, F2 (linha vertical azul), o procedimento de análise baseia-se na opção sexual, já que para a AFC houve oposição entre as representações sociais de indivíduos homossexuais e bissexuais e indivíduos heterossexuais. As palavras localizadas na parte superior ao eixo das abcissas, F2+, referem-se às evocações de homossexuais e bissexuais, representadas pelos seguintes campos semânticos: **preocupação** (aids), **doença incurável** (aids), **doença ruim** (aids) e **doença contagiosa** (aids). As palavras situadas na porção inferior da linha horizontal em vermelho, F2-, dizem respeito às evocações de heterossexuais: **medo** (aids), **droga** (aids), **vida** (sexo), **homossexualidade** (sexualidade), **sexo anal** (práticas sexuais), **camisinha** (práticas sexuais), **sexo vaginal** (práticas sexuais) e **sexo desprotegido** (vulnerabilidade ao HIV/aids).

Considerando a conformação do corpus da pesquisa advindo da análise fatorial de correspondência e das entrevistas semi-estruturadas optou-se por construir categorias de análise que contemplassem os dados da representação gráfica e ao mesmo tempo possibilitassem a complementaridade destes resultados com os discursos.

4.3 HOMENS E MULHERES: implicações das representações sociais na vulnerabilidade ao HIV/aids.

Nas subcategorias que se seguem, serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao fator 1, demonstrando as oposições de respostas entre homens e mulheres, bem como as similitudes encontradas no discursos destes sujeitos.

4.3.1 Aids: doença ruim, contagiosa e que causa preconceito

Na análise do estímulo 1 (aids), para o eixo negativo do F1, observou-se que nas representações sociais sobre a aids, os homens (F1+) destacaram um aspecto social da doença (“**preconceito**”), enquanto que as mulheres (F1-) deram um enfoque maior aos desconfortos orgânico e psicológico (“**doença contagiosa**” e “**doença ruim**”), não omitindo, entretanto, aspectos sociais da doença apreendidos, na análise da representação social da aids, como sendo uma doença ruim.

A evocação da palavra preconceito por homens também foi evidenciada em outros estudos que apreenderam as representações sociais para a aids de soropositivos de 41 a 50 anos (CASTANHA, COUTINHO e SALDANHA, 2005) e profissionais da área da saúde com 24 a 33 anos de idade (RIBEIRO, COUTINHO e SALDANHA, 2005), comprovando, dessa forma, que “preconceito” é uma forte representação social para a aids no imaginário masculino, como demonstram os trechos abaixo:

Aids é uma doença sexualmente transmissível, causa morte, causa preconceito e o preconceito deixa a pessoa com mágoa, abatido... (E54, 57 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

No começo eu achava que não ia mudar muita coisa, mas mudou sim, pelo preconceito da sociedade. Teve gente até de meu comércio que achava que eu fazendo uma roska poderia contaminar as pessoas, isso magoa a gente, essa discriminação, esse preconceito... (E55, 50 anos, homem, soropositivo para o HIV).

A aids pra mim é uma doença que veio a ser a pior coisa do mundo, principalmente do meu. Muitas pessoas têm preconceito, tanto quem não tem

e quem tem. Eu mesmo, agora não, mais eu tinha preconceito comigo mesmo (E41, 50 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Para Werneck (2000, p. 98), “preconceito é uma recusa da diferença. Nossa recusa em aceitar as diferenças que coexistem também dentro de nós. Nossa mortalidade, nossas contradições e nossa vulnerabilidade. Nosso eu que só existe na relação com o outro”. Joffe (1995) acrescenta que as representações sociais que constroem o “outro” como aberrante ou anormal podem permitir que esse “outro” seja discriminado e maltratado. E quem são estes “outros”? O discurso abaixo, extraído durante a entrevista, demonstrou que – para este grupo de pertença – o outro pode ser homossexual ou profissional do sexo:

A aids pega através da estripulia do além. O além é o cara **novo** que pega travesti, pega esses tipos de mulher usada que faz vida, anda naquele ambiente ruim, a boate, o brega... (E01, 54 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Esse discurso deixou transparecer que para esse homem, a aids – além de estar ancorada à possibilidade de contaminação através de indivíduos com comportamentos de risco – também está ancorada a uma “doença de jovens”, reforçada pela palavra “novo” no contexto. Essa crença de que a aids está associada à juventude, possibilitou evidenciar – nas falas de homens soropositivos – um preconceito geracional. Desse modo, alguns homens referiram que estar soropositivo aos 50 anos, além de se defrontar com o temor de ter sua masculinidade em dúvida, é correr o risco de ser julgado pela sociedade como alguém que teve comportamentos desviantes para a idade. Os trechos a seguir evidenciam esse preconceito:

...porque quando o soropositivo é jovem é incoseqüência, e depois dos 50? Só pode ser safadeza mesmo! É... porque já tem tudo, já sofreu tudo, já sabe tudo, e deixa acontecer... então, é o que? (E33, 54 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Se eu tivesse com 20 anos... porque uma pessoa de 20 anos pega o que encontrar pela frente, jamais eu com 55 anos de idade vou andar pela rua atrás dessas meninas (profissionais do sexo). Se o povo fica sabendo com certeza vai falar, porque eles acham que só o jovem que pode ter (E47, 55 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Brito da Motta (1999) enfatiza que “numa perspectiva de idade/geração, ser jovem ou ser velho é uma ‘situação’ vivida, em parte, homoganeamente e, em parte, diferencialmente segundo o gênero e a classe social dos indivíduos de cada grupo etário”. Para este estudo, acrescento à idéia da referida autora, que a percepção de ser jovem ou ser velho perpassa aspectos relacionados à sexualidade, já que neste contexto, a representação de que a aids é uma doença que “só o jovem pode ter”, reforça o preconceito aos soropositivos com mais de 50 anos e induz a uma falsa percepção de vulnerabilidade por parte dos sujeitos soronegativos deste estudo.

Na alocução de mulheres soropositivas, também, foi possível constatar o preconceito geracional, podendo este, ser interpretado como um fenômeno social que possa tê-las influenciado a representar a aids como sendo uma “**doença ruim**”, já que a soropositividade aos 50 anos pode imprimir para elas o estigma de uma mulher imprudente para sua idade.

Pesa ser soropositiva nessa idade, com certeza! Porque o novo não sabe o que está fazendo e a gente de 50 já tem juízo (E17, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Não é como você ter a doença sendo jovem entendeu? Na minha cabeça e na de todo mundo, esta é uma doença mais de jovem. Não é legal! (E28, 55 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

As representações sociais para a aids “doença ruim” e “doença contagiosa”, evocadas pelas mulheres deste estudo, também foram evidenciadas em pesquisas envolvendo adolescentes (AZEVEDO, COUTINHO e SALDANHA, 2005), jovens e adultos (JODELET, 1998) e mulheres soropositivas de 25 a 51 anos (PEREIRA, 2001), comprovando que independente da faixa etária ou condição sorológica, a aids está ancorada ao perigo (doença contagiosa) e aos acontecimentos e fenômenos ruins à vida dessas mulheres (doença ruim).

A representação social de que a aids é uma doença ruim, foi constatada, principalmente, nos discursos de mulheres soropositivas, decorrente de sua vivência com o vírus HIV. Prejuízos orgânicos, sociais e psicológicos, são evidenciados em suas falas ao expressarem opiniões sobre a aids.

A pior coisa na vida é a gente não ter saúde. Hoje mesmo a consulta estava marcada para 08:00h e eu não cheguei no horário, porque não tinha ninguém para vir aqui comigo. Agora estou dando para desmaiar, eu estou sentada

aqui agora, daqui a pouco eu viro. Olha, eu estou dando trabalho aos outros, Ave Maria... (E17, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

É uma coisa muito triste, é tudo de ruim, não vejo nada assim que você pode dizer que é bom [...] é horrível, é horrível! Você tem que tomar remédio... o preconceito, ah... tanta coisa! E como no meu caso que ninguém sabe, ninguém, ninguém, ninguém! Fica mais difícil ainda (E28, 55 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A Aids para mim é uma contrariação, uma coisa inexplicável na pessoa, tira a alegria, a pessoa não tem mais aquela vontade de sair como era antes, não tem mais aquela animação, aquela alegria, ela tira tudo, a potência da alegria da pessoa (E53, 50 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Em relação à representação social da aids como “**doença contagiosa**”, observou-se – através dos discursos obtidos por meio das entrevistas semi-estruturadas – que as mulheres discorrem sobre o contágio a partir das formas de transmissão da aids, contudo, deixaram de destacar a transmissão vertical, o que pode ser explicado pelo fato delas já estarem fora do período reprodutivo. Deste modo, prevaleceu, entre a maioria, o consenso de que as principais vias de transmissão são a sexual e a sanguínea, como demonstram os trecho a seguir:

“Eu achava que pegava de qualquer maneira, mas eu tenho ouvido falar na televisão, inclusive, que pega mais no contato sexual, transfusão de sangue e que no beijo não pega” (E08, 58 anos, mulher, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

“Por sexo com qualquer pessoa que já tem, aí contamina a gente (E29, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV)”.

Pelo que já me passaram em palestra é no sexo oral e no sexo normal (E33, 54 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Nas entrevistas, foi possível observar que as mulheres soropositivas demonstraram estar mais informadas em relação às formas de transmissão e prevenção da aids, do que as soronegativas. Este resultado pode advir dos freqüentes momentos de educação em saúde (palestras em sala de espera e orientações no momento das consultas) e da curiosidade em buscar mais informações sobre um assunto que deixou de ser estranho para se tornar familiar, desde o diagnóstico de infecção pelo HIV. Além disso, a representação da aids para as mulheres como sendo uma **doença contagiosa**, está ancorada na experiência de ter se contaminado pelo HIV ou outra IST (das 19 mulheres entrevistadas, 11 já experienciaram alguma IST), reforçando, assim, o caráter contagioso da aids.

Contudo, constatou-se no discurso de algumas mulheres, sejam elas, soronegativas ou soropositivas, a coexistência de informações corretas sobre as formas de contágio e as “falsas crenças”, principalmente, no que tange à transmissão sanguínea do HIV. Nessa perspectiva, Jodelet (1998) enfatiza que as informações difundidas pelos canais oficiais podem atuar como um moderador das “falsas crenças” e explicar sua permanência “racional” mesmo entre os indivíduos que tenham um bom nível de informação. Além disso, as “falsas crenças” – diz a referida autora – têm caráter mutável, não são provenientes de um único universo de referência e estão condicionadas a fatores imaginários ou pertinentes.

Essas “falsas crenças” também foram evidenciadas nos discursos dos homens soropositivos e soronegativos para o HIV, investigados neste estudo, comprovando o quanto estas construções estão ancoradas no imaginário desses sujeitos. Os trechos das falas a seguir ilustram tal informação:

...pega injetando uma injeção ou no sexo sem a camisinha. De beijo eu não sei se sai [o vírus]... machucadura, algum ferimento que a pessoa tiver e pegar no machucado. Boca se tiver machucada ou ferida também pega, fora o resto é normal, não pega! (E53, 50 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Eu acho que pega através do beijo [...]. Para evitar é pela camisinha e evitar o beijo [...]. Dizem que ela vem através do mosquito também... (E11, 52 anos, mulher, não acometida por IST).

Eu acho que pega fazendo sexo sem camisinha, sexo com animal, com mula, porco...(E39, 57 anos, homem, não acometido por IST).

... a doença pega também através de uma cadeira quente, sabe que se alguém sentou tem que esperar esfriar, como uma cadeira de ônibus... (E01, 54 anos, homem, não acometido por IST).

Paulilo e Jeolás (2005, p. 19) ressaltam que as representações sociais da aids, ancoradas no modelo contagionista da doença, estão presentes na cultura ocidental e são mantidas com grande força metafórica. Para esses autores, essas representações podem influenciar na percepção de risco de infecção pelo HIV, uma vez que, “a idéia de que todo contato constitui risco faz o medo permanecer e mesclar-se às diferentes maneiras de se compreender a infecção pelo HIV”.

Diante do exposto, evidenciou-se que os homens e as mulheres de 50 a 59 anos, investigadas neste estudo, representam a aids com palavras que exprimem aspectos negativos associados à doença (doença ruim, doença contagiosa e preconceito). Os resultados comprovam que mesmo tendo passado 26 anos desde a descoberta do HIV, as “falsas

crenças” e o preconceito associado aos soropositivos (sobretudo aos que estão na fase de maturidade) parecem resistir ao tempo.

4.3.2 **Sexo, sexualidade e práticas sexuais:** normal para elas, prazer para eles!

No estímulo 2, o sexo foi representado pelos homens como uma “**necessidade**” orgânica e fonte de “**prazer**”, o que denota uma forma gratificante de viver, do ponto de vista psicológico e fisiológico. Já para as mulheres, o sexo é apenas “**bom**” e “**normal**”, exprimindo uma representação socialmente normatizada e esvaziada de subjetividade. É também submetido à vigilância quando evocada a resposta “**prevenção**”, aparentando um comportamento de cuidado, que torna coerente a concepção de sexo para essas pessoas – que freqüentam os cenários do estudo – e, portanto, mais próximas da probabilidade de adoecer por IST. Essa oposição das evocações entre os sexos confirmou que as relações de gênero perpassam as representações sociais do sexo para esses indivíduos.

Nas representações sociais das mulheres para o sexo, as evocações “bom” e “normal”, apontam para diferenças geracionais, dado que as mulheres jovens tendem a representar o sexo com palavras que remetem à visão romântica do amor (PEREIRA, 2001; ANTUNES *et al*, 2002; SALDANHA, 2003; PAIVA e AMÂNCIO, 2004; MIRANDA e BARROSO, 2002).

Para as mulheres de 50 a 59 anos deve-se ponderar que a experiência adquirida com os anos vividos, quase sempre implica em uma maturidade sexual, sendo vivenciada por muitos casais com uma mudança de foco, no que diz respeito à sexualidade. Através das entrevistas, foi possível perceber que nesta fase da vida – em alguns relacionamentos – o sexo deixa de se constituir em eixo central nas interações conjugais, culminando em uma crescente valorização do companheirismo, atenção e carinho, o que parece proporcionar maior satisfação para algumas mulheres. Assim, o sexo torna-se um complemento, algo “bom” e “normal”.

É importante ressaltar que muitas mulheres dessa faixa etária, em que pese a revolução sexual dos anos 60 do século passado, foram criadas com uma educação mais rígida do que a evidenciada nos dias atuais, em que a atividade sexual, não tão rara, se apresentava como um ato normativo na composição do papel de esposa ou puramente para procriação. Tal ideologia pode ser uma das justificativas para a evocação da palavra “normal”.

Por outro lado, a infecção dessas mulheres pelo HIV parece ter concorrido para a desestabilização de alguns relacionamentos – já que o companheiro foi apontado como o responsável pela contaminação – contribuindo para o desgaste da relação, imprimindo sentimentos de mágoa, raiva e revolta (MIRANDA e BARROSO, 2002) que, conseqüentemente, levaram à ausência da subjetividade na relação, como ilustram os trechos a seguir:

Esse problema (aids) foi de uma pessoa que eu vivi. Ele pegou de minha amiga, a dela já era muito avançada. Eu sabia disso, mas não sabia que meu marido transou com essa mulher. Depois que eu soube que ela morreu, perguntei a ele e ele disse que foi. Ai eu fiquei arrasada. Se hoje eu encontrar com ele eu mato, eu mato! (E53, 50 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A melhor coisa que meu marido fez foi se matar quando ele se descobriu soropositivo, porque se não, eu tinha acabado com ele, por ele ter feito isso com a minha vida (E23, 53 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Embora do ponto de vista das relações, seja importante a presença da subjetividade nas representações sociais para o sexo, quando são articulados sexo e vulnerabilidade à infecção pelo HIV, essa visão se torna arriscada, pois o amor, a confiança e a intimidade ajudam a construir a percepção da invulnerabilidade. Costa e Lima (1998, p. 49) corroboram com esta discussão, quando afirmam que “as diferentes formas de perceber e avaliar a relação e o parceiro podem ter reflexos concretos no modo como os indivíduos percebem a sua invulnerabilidade à sida quando envolvidos numa relação amorosa”.

Para o estímulo em análise, as mulheres, também, evocaram a palavra “prevenção” o que torna subjacente a possibilidade da presença de um conteúdo latente de repressão sobre o que pensar, dizer e agir na esfera do exercício da sexualidade. Isto possivelmente decorre do processo de socialização experimentado pelas mulheres, principalmente, por aquelas que possuem mais de 50 anos, uma vez que vivenciaram o movimento dialético entre a repressão e a liberdade, seja na esfera pública (social e política) ou na esfera privada (domicílio e seu próprio corpo).

Além disso, esta evocação denota um comportamento de cuidado, o que é esperado para as pessoas que freqüentam serviços de saúde, em especial os que se dedicam à assistência de pessoas acometidas por infecções sexualmente transmissíveis. Desse modo, essas mulheres portadoras de IST, já foram orientadas quanto à utilização do preservativo nestes serviços de saúde, o que reforça a importância do uso da camisinha como forma de

prevenir a infecção pelo HIV, significando uma ação de cuidado consigo. Entretanto, sabe-se que essa informação tende a ser ancorada, mas, nem sempre implicará na objetivação desta conduta.

Não se pode omitir a importância da mídia nesta evocação, sobretudo, porque as informações midiáticas repercutem na elaboração das representações sociais. Há de se considerar que muitas campanhas publicitárias transmitem às mulheres a responsabilidade pela prevenção do HIV e controle da epidemia, já que as aconselha a usar o preservativo ou a convencer seus parceiros a usá-lo (GONÇALVES e VARANDAS, 2005).

Evidenciou-se, ainda, que a infidelidade do parceiro confirmada pelo diagnóstico de infecção pelo HIV ou outra IST, também reforçou a idéia de pensar em “prevenção” como sendo importante quando o assunto é sexo, como demonstram os discursos a seguir:

Meu marido me deixou com esse problema que eu estou (IST não especificada) e daí, depois que eu tive consciência, eu não faço mais nada com ele, porque ele não usa camisinha (E02, 55 anos, mulher, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

Hoje se eu pudesse recomeçar tudo, mesmo meu marido que eu confiasse e tal, eu não teria relação sem camisinha, a menos que eu visse um resultado de exame dele (E28, 55 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Não tenho marido há muitos anos e se eu tivesse algum parceiro eu usaria a camisinha, tinha que usar ou então não tinha sexo (E34, 59 anos, mulher, não acometida por IST).

Os homens representaram o sexo (estímulo 2) através das evocações **necessidade** e **prazer**, coincidindo com o resultado evidenciado em outros estudos e com as observações de pesquisadores que reafirmaram o caráter de indispensável que o sexo possui, para a população masculina, como forma de obtenção de prazer/orgasmo (VILLELA E BARBOSA, 1996; ROSO, 2000; HEILBORN, 2003; ANDRADE e NÓBREGA-THERRIEN, 2005; FIGUEIREDO, 2005). Destaca Silva, C. (2002, p. 05) ao estudar o significado da infidelidade entre homens casados e sua articulação com a prevenção da aids, que “há o entendimento e a crença em uma ‘natureza’ masculina determinada pela necessidade do sexo, pelo instinto animal ‘incontrolável’”. Os trechos a seguir ilustram:

...porque sexo pra mim é tudo! Sexo é farinha, é carne, é tudo! Eu não me sustento sem sexo! Eu precisava de no mínimo, no mínimo, uma vez por dia, no mínimo (E44, 50 anos, homem soropositivo para o HIV).

...o homem não se contém, ele não consegue... têm muitos homens que não conseguem, eles não resistem a uma mulher (E43, 51 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Considerando que 24 (49%) homens eram casados ou vivenciavam um relacionamento estável, deve-se ponderar, ainda, o papel que o sexo representa nos enlacs matrimoniais. Silva, C. (2002, p. 08) enfatiza:

O entendimento da sexualidade na vida conjugal vai além da obrigatoriedade imposta pela condição de estar casado e da ‘necessidade’ masculina de sexo e também da satisfação propiciada pelo orgasmo. Há, na verdade, uma valorização do sexo no casamento, entendido como um complemento essencial da relação conjugal, revelando um novo entendimento de **prazer**.

As representações sociais para o sexo evocadas pelos homens, demonstraram estar em consonância com as representações que definem a sexualidade (estímulo 3) para esses sujeitos (F1+). Desse modo – para os homens – as identidades de gênero que definem o que é “**ser homem**” e “**ser mulher**”, bem como a “**opção sexual**”, ditam o comportamento sexual e social que as pessoas devem adotar, como forma de exercer sua sexualidade. Vitiello *apud* Pereira (2001, p. 07) destaca: “a sexualidade inclui o conhecer-se masculino e feminino e as relações a estes sentimentos de feminilidade, masculinidade, desejo, amor, perda, dor, intimidade...”, entre outros.

Parker (1991, p. 74) assinala que na cultura sexual brasileira, o homem e a mulher não são definidos apenas na oposição de um com o outro, dizem respeito, também, a uma variedade de figuras adicionais que incorporam possibilidades – positivas e negativas – de machos e fêmeas. Para esse autor, o “ser homem” pode se associar a imagens tais como, “o machão, o corno e a bicha ou o viado”, enquanto que o “ser mulher” pode se associar às seguintes figuras: “a virgem, a piranha e até o sapatão”.

O homem é educado desde pequeno para ser “macho”, provedor, protetor e para suportar suas dores físicas e emocionais sem chorar. Giffin (2005, p. 51) afirma que “embora as masculinidades variem com diferenciações internas de raça, classe, idade, etnia ou orientação sexual, todas significam não ser como as mulheres”. Nessa perspectiva, a imagem

identitária masculina – inclusive dos sujeitos deste estudo (82,4% heterossexuais, n=70) – está ligada, dentre outras coisas, ao não ser mulher ou homossexual, a ser forte, decidido, corajoso, violento, capaz e heterossexual.

No trecho a seguir, evidenciou-se no discurso do entrevistado n°. 50, a importância em atender aos desejos sexuais femininos e de não recusar uma mulher que se colocasse disponível para o sexo, mesmo que isto implicasse em ser infiel. Certamente, esses comportamentos estão imbricados na essência da sexualidade masculina e são determinantes para qualificá-lo como homem.

... já tive outras pessoas [mulheres], umas 10, 15, não sei... mas [...] eu nunca seduzi ninguém [...], as outras que fizeram comigo, mas eu por mim não. Minha esposa é acima de tudo. As pessoas não acreditam, mas é verdade, é verdade mesmo, eu não gosto de mentira comigo, eu só menti para minha esposa, eu não podia dizer a ela: ‘eu tenho uma namorada!’ (E50, 57 anos, casado, soropositivo para o HIV).

Enquanto os ideais de masculinidade exigem que o indivíduo assuma o papel de dominador, em que o sexo se apresenta como “necessidade”, aqueles que definem o “ser mulher”, principalmente depois dos 50 anos, parecem ser a repressão sexual – a mulher não deve manifestar o seu desejo sem o estímulo do parceiro, de modo a não parecer “avançada”, pois o desejo sexual feminino deve ser sempre despertado pelo homem; o conformismo, mesmo diante da infidelidade do parceiro; a obediência ao esposo e aos valores morais impostos pela sociedade e, a heterossexualidade.

As construções sociais que diferenciam homens e mulheres se dão a partir da complexidade de articulações e combinações que resultam na constituição de várias identidades dos sujeitos. Segundo Louro (2004, p. 205), essas diversas identidades são “transitórias e contingentes, inacabadas e históricas e vividas constantemente com tensões e conflitos”. Para esta autora, as articulações entre raça, classe, (acrescento aqui geração) nacionalidade e sexualidade, complicam a análise esquemática e dicotômica entre os pólos masculino e feminino, destacando que é o conceito de diferença que adquire maior relevância.

Ressalta-se, ainda, que o advento da epidemia da aids propiciou uma mudança no foco da representação social para a sexualidade, que até então estava fortemente materializada nos corpos, denotando que “nem mesmo os corpos – tradicionalmente considerados como pertencentes ao âmbito da natureza – escapam da cultura” (LOURO, 2004, p. 206). Entender

sexualidade nessa perspectiva cultural faz sobressair as identidades que se diferenciam do padrão instituído pelo grupo de pertença dos sujeitos sociais.

Assim, homens e mulheres que se enquadram nos modelos tradicionais de “ser homem” e “ser mulher” são considerados heterossexuais, os (as) que não se adequam são homossexuais, e os (as) que guardam características dos dois modelos podem ser definidos (as) como bissexuais. Vale enfatizar que, na cultura sexual brasileira, a identidade sexual também esta voltada para a noção de atividade e passividade, na qual ter relações sexuais ativas com pessoas do mesmo sexo, nem sempre altera a concepção de identidade heterossexual (PARKER, 1991). Neste estudo, apreendeu-se que este conteúdo está presente no discurso dos homens quando evocaram “opção sexual” para o estímulo sexualidade.

As concepções de masculinidade compartilhadas socialmente repercutem na vulnerabilidade ao HIV/aids, já que quando o homem recusa à utilização do preservativo ou tem múltiplas parceiras, ele assume um papel cultural, embora o perceba como natural. Reconhecer essas construções históricas e sociais é importante para desconstruir as normas das relações de gênero.

Enquanto os homens não demonstraram dificuldades para associar palavras para o estímulo sexualidade, muitas mulheres informaram que não sabiam o seu significado, deixando de responder ou respondendo com poucas palavras. Para a maioria delas, o vocábulo sexualidade provavelmente teria relação com o **sexo** pela semelhança de radical semântico. Dados semelhantes foram encontrados por Pereira (2001), ao estudar mulheres soropositivas para o HIV e por Paiva e Amâncio (2004), ao investigarem jovens universitárias, que evocaram a mesma resposta para este estímulo.

A representação social “sexo” para o estímulo sexualidade denota uma compreensão restrita em relação ao termo, uma vez que a sexualidade não se limita a genitalidade (VALA e MONTEIRO, 2000; LEMOS, 2003), possui uma dimensão ampla, englobando a multiplicidade de sentimentos “envolvidos quando olhamos, tocamos, sentimos o cheiro, ou ouvimos a voz de quem desejamos” (LEMOS, 2003, p. 35).

Durante as entrevistas, algumas mulheres (soronegativas para o HIV) comentaram sobre seu desejo sexual, embora ressaltassem que esta “vontade” não tinha a mesma proporção que a dos homens. Villela e Barbosa (1996) ponderam que enquanto o sexo se apresenta para os homens como uma “necessidade”, para as mulheres a “vontade” é o principal determinante sexual feminino. É importante destacar que essa conduta é moralmente aceita, sendo já estereotipada pela sociedade. O trecho a seguir comprova esse aspecto da sexualidade feminina:

Porque a pessoa, também não vive sem sexo, até um certo período de idade... o homem, eu acho que nunca deixa [de ter relações sexuais] só quando morre, e a mulher, deve ser na faixa de uns 80 anos que ela não tem mais vontade de fazer sexo (E08, 58 anos, mulher, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

Na análise dos dados qualitativos constatou-se que mulheres com sorologia positiva para o HIV (exceto uma que vivencia um relacionamento estável) referiram ter havido mudanças na sexualidade pós-contaminação, sobretudo, da atividade e do desejo sexual. Para essas, a vida sexual não existe mais! Desse modo, ao solicitá-las evocações para esse estímulo, muitas responderam prontamente: “não tenho mais sexo!”, o que comprova a associação entre sexualidade e sexo para esses sujeitos. Os trechos abaixo ratificam:

Eu não tenho mais relação, não faço sexo, não faço nada! Vivo minha vida normal como se eu fosse “moça” de novo (E29, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

Não faço nada, vivo só para meus filhos, não tenho mais relação (E23, mulher, soropositiva).

Paiva (2002, p. 61) salienta que essas mulheres “abrem mão de sua vida sexual, às vezes definitivamente, com medo de infectar ou então de serem abandonadas por futuros parceiros, com dificuldades de se comunicar sobre sexo e sobre o diagnóstico”. Entretanto, minhas observações como pesquisadora/entrevistadora permitem afirmar que embora o cessar das atividades sexuais soe como uma lamentável privação para parte das mulheres soropositivas, ao que parece, muitas estavam seguras de que “homem só traz problema”, e que por isso preferiam seguir a sua vida, sem nenhum outro parceiro.

Constatou-se ainda, que em oposição ao discurso de mulheres portadoras do HIV, os homens soropositivos não demonstraram repressão sexual após confirmação diagnóstica, o exercício da sexualidade parece não ter sofrido muitas alterações. Resultado semelhante foi detectado por Miranda e Barroso (2002), em estudo envolvendo homens com sorologia positiva para o HIV, com idade entre 24 e 65 anos. Embora algumas vezes tenham que evitar relações sexuais em decorrência de infecções oportunistas, eles não descartam a possibilidade de se envolver sexualmente e, não tão raro, estão abertos a novos relacionamentos conjugais. Os discursos abaixo certificam:

...não estou tendo relação, mas... eu vou me casar em abril, ai eu vou fazer com a camisinha, ela não tem o vírus, mas ela sabe [que o noivo tem o vírus HIV] (E56, 55 anos, homem, evangélico, soropositivo para o HIV).

Tem mais de um ano que eu não pego mulher nenhuma, mas eu vou voltar a pegar mulher, a demora é eu ficar bom da tuberculose (E44, 50 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Se para os homens investigados neste estudo, o sexo foi representado como uma forma de obter “prazer”, coerentemente ele mostrou-se cauteloso quanto às **práticas sexuais** (estímulo 4). Nesse sentido, é preciso ter “**cuidado**”, mesmo considerando que as práticas sexuais são “**prazerosas**”, incluindo a “**masturbação**”. Já para as mulheres, nenhuma evocação foi significativa após AFC, o que culminou na ausência de palavras no gráfico para este estímulo.

As práticas sexuais mais conhecidas são o sexo vaginal, sexo oral, sexo anal e masturbação. Embora a masturbação seja vista pela cultura acidental como algo sujo, pecaminoso e feio, e não como fonte de prazer (LE MOS, 2003), a evocação dessa palavra pelos homens estudados, denota uma mudança cultural influenciada com o advento da aids. Não se pode esquecer que uma das formas de evitar a infecção pelo HIV é através do sexo sem penetração.

Entre os homens investigados, o acometimento por alguma IST pode tê-los aproximado da masturbação em decorrência da impossibilidade de se relacionar sexualmente; seja por vivenciarem alguma fase do tratamento que contra-indique o sexo (como descrito anteriormente pelo E44) ou por conflitos conjugais.

A utilização dessa prática é destacada por Rios (2003), em estudo etnográfico, como sendo comum entre as pessoas, inclusive as de mais idade. Estudo realizado por Reis (2003) envolvendo mulheres de 45 a 55 anos, residentes em Salvador/BA, detectou que algumas delas buscam práticas sexuais solitárias como uma alternativa à ausência de parceiros. Para Vasconcelos (1994) ela pode, ainda, ser utilizada como um suplemento da relação sexual, principalmente se houver uma necessidade de sexo mais freqüente do que a(o) parceira(o).

Para contextualizar a evocação da palavra “cuidado” pelos homens, me aproprio de uma afirmação de Miranda e Barroso (2002, p. 207), quando dizem : “Os papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham ‘cuidado com’ e as mulheres ‘cuidem de’”. Para essas mesmas autoras, o “cuidar com” diz respeito aos objetos menos concretos, sendo caracterizado por compromissos mais gerais, destaco como exemplo, aqueles referentes às atividades desenvolvidas no espaço público, à possibilidade de ser traído, à

profissão e aos bens financeiros. O “cuidar de” envolve as respostas às necessidades particulares, concretas, físicas, psíquicas e emocionais dos outros, como o cuidar dos filhos, do lar, do esposo e das atividades referentes ao espaço privado.

Os discursos mostraram que – para as práticas sexuais – os homens reconhecem a necessidade de ter, principalmente, “cuidado com” a escolha da parceira, o que implica em não se envolver com pessoas que os levem ao risco de contaminação ou de re-infecção por IST/aids, como demonstram as elocuições abaixo:

Eu hoje em dia estou com 54 anos, tenho 4 filhos grandes, não quero conta com mulher de rua, que vende seu corpo para fazer vida, eu me cuido só com a minha esposa (E06, 54 anos, homem, não acometido por IST).

Olha, eu estou me protegendo, outra coisa, além de me proteger eu só tenho relacionamento com uma pessoa certa, e que seja fiel, porque se for infiel eu saio fora, porque a mulher que tem vários parceiros para mim, eu estou fora (E57, 56 ano, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

... eu costumo usar o preservativo [...] você tem que ter o cuidado de não ter a reinfecção, que vai ser pior (E36, 51 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Em relação às mulheres, não houve evocação de palavras para o estímulo 4. Possivelmente, em decorrência da dificuldade de falar sobre assuntos referentes à sua intimidade, sobretudo, entre as pessoas que possuem mais idade. Antunes *et al* (2002), em um estudo realizado com 394 jovens adultos de 18 a 25 anos, apontaram que as mulheres têm mais vergonha em falar para o parceiro sobre as práticas sexuais mais prazerosas do que os homens (37% contra 53%). Soma-se a isso, o desconhecimento em relação ao termo, que foi mencionado por algumas depoentes.

Dos resultados apresentados, verifica-se que os condicionantes de gênero e geracionais estão imbricados às representações sociais dos homens e mulheres estudados, para a sexualidade, sexo e práticas sexuais. Não se pode perder de vista que a submissão da mulher madura, aliada aos ideais de masculinidade cultivados e executados por muitos homens, podem repercutir em uma maior vulnerabilidade desses sujeitos ao HIV/aids – assunto a ser abordado na subcategoria que se segue.

4.3.3 Vulnerabilidade ao HIV/aids: é preciso ter cuidado

Para o estímulo 5, vulnerabilidade ao HIV/aids, a AFC revelou que para os homens o vocábulo “**cuidado**” foi significativa, denotando a importância de realizar sexo seguro. Todavia, não se afastam da perspectiva do “cuidado com”, quando o representam como o cuidado com a prevenção da aids e o cuidado consigo. As mulheres não tiveram nenhuma evocação significativa para este estímulo.

Nos discursos dos homens soronegativos para o HIV, a percepção de cuidado em relação à vulnerabilidade ao HIV/aids, está vinculada à execução de práticas sexuais seguras, representadas pela utilização do preservativo e pela restrição das atividades sexuais com pessoas as quais se tem confiança. Resultado semelhante foi constatado em pesquisa realizada em um Centro de Referência de Infecções Sexualmente Transmissíveis de Fortaleza com homens acometidos por IST (ANDRADE e NÓBREGA-THERRIEN, 2005). Um outro estudo envolvendo 597 homens de 21 a 50 anos registrou que o sexo seguro foi entendido por 65% da amostra, como sendo, o sexo com preservativo e por 55%, como sendo, sexo com uma parceira conhecida (VIEIRA *et al*, 2000).

O sexo seguro é se proteger com a camisinha! (E37, 50 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Tem que evitar ter relação sem camisinha e ter relação sempre com uma pessoa de garantia (E54, 57 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Tem que usar [a camisinha], tem que usar não tem jeito! Porque se eu estou vendo que sem ela eu vou pegar doença então eu vou pegar logo o meu preservativo, entendeu? (E15, 51 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV)

Os homens soropositivos para o HIV representaram o cuidado como forma de diminuir a vulnerabilidade a aids, enfatizando a importância em cuidar da própria saúde (como forma de prevenir infecções oportunistas), e em preservar outras pessoas da contaminação pelo HIV.

Eu agora respeito a aids e não faço sexo com ninguém sem camisinha para evitar de contaminar alguém que não tem e me proteger... (E43, 51 anos, homem, soropositivo para o HIV)

... sabendo que a doença existe tem que usar a camisinha ou ter um parceiro certo. E se por acaso ele for um desassuntado igual a mim que não teve sorte de não ter a doença... é não ter a possibilidade da cabeça dele ser burra e espalhar a doença pra todo mundo como muita gente está fazendo (E51, 55 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Tenho cuidado agora! Evito perder noite, evito tomar sereno, uso muita vitamina C para não contrair gripe... (E42, 53 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Em relação às mulheres, é importante ressaltar que esse foi o estímulo que apresentou menor número de evocações, na qual comumente recebi como resposta: “não sei” ou “nunca ouvi esta palavra”. Ressalta-se, ainda, que por se perceberem invulneráveis à contaminação pelo HIV, o termo “vulnerabilidade ao HIV/aids” não faz parte do universo semântico e do imaginário dessas mulheres.

Durante as entrevistas, a maioria das mulheres soronegativas para o HIV – ainda que contaminadas por alguma IST – responderam negativamente ao serem questionadas sobre a possibilidade de se contaminar pelo vírus da aids. Através dos discursos notou-se que algumas mulheres não se percebiam vulneráveis. Este mesmo resultado foi constatado por Silveira *et al* (2002) ao avaliar a autopercepção de vulnerabilidade às IST entre 1.543 mulheres adultas. Os trechos abaixo confirmam:

Eu? Não, jamais! Principalmente porque eu já tenho casa [estar casada] então... não tenho chance de pegar de jeito nenhum (E34, 59 anos, mulher, não acometida por IST).

Eu acho que não tenho chance porque meu pensamento é conviver com meu esposo até o final da vida (E40, 58 anos, mulher, não acometida por IST).

Poderia! Em função do que eu disse antes, por conta de muita confiança. Mas, o momento que eu estou passando agora de estar sendo investigada [para sífilis] em função do meu marido...[...] daqui pra frente já não confio como eu confiava antes (E52, 53 anos, mulher, soronegativa para o HIV).

Não vou pegar não, com certeza! Eu tenho certeza (E49, 56 anos, mulher, casada, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

As entrevistadas n° 34 e n° 40 deixaram transparecer em seus discursos que o fato de estarem casadas parece induzi-las à crença de não serem vulneráveis. Na fala da E40, presume-se, ainda, que ela identifica o risco de infecção pelo HIV a partir do seu próprio comportamento, não considerando o risco de contaminação através do comportamento do marido. Desta forma, a pretensão de conviver para sempre com o esposo, propicia a percepção de invulnerabilidade ao HIV. Para a depoente n° 52, a confiança no parceiro (ainda, que parcialmente) pareceu dificultar a autopercepção de risco ao vírus da aids. Nota-se ainda que, mesmo diante da possibilidade de estar infectada por uma IST, não é o uso do preservativo que é citado como forma de prevenção, mas sim, a mudança no grau de confiança no parceiro.

A entrevistada n° 49, mesmo sendo questionada sobre os motivos que a fazia crer na certeza de que não seria contaminada, insistia em responder vagamente: “por que eu tenho certeza!”. A não percepção do risco pode ser explicada por um otimismo realista, que pode propiciar a sensação de invulnerabilidade, o que não é diferente para a infecção pelo HIV. Costa e Lima (1998) chamam atenção que:

a estimativa de probabilidades de o próprio [indivíduo] viver um acontecimento negativo é sempre inferior comparativamente com a média dos indivíduos em geral e, inversamente, verifica-se uma sobreavaliação das probabilidades relativas do próprio [indivíduo] de vivência de acontecimentos positivos. Esta tendência otimista constitui uma distorção perceptiva inerente ao julgamento produzido, refletindo uma percepção de invulnerabilidade.

A maior parte dos homens soronegativos para o HIV também descartou a possibilidade de algum dia se infectar pelo vírus da aids. O mesmo resultado foi detectado por Vieira *et al* (2000) ao investigar 597 homens de 21 a 50 anos em São Paulo.

Alguns discursos demonstraram que a vivência da infecção por alguma IST e/ou as implicações de idade/geração, influenciaram as respostas à este questionamento e reafirmaram a importância do cuidado para diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids:

Não, eu acho que não! Porque eu tenho certeza que a partir de hoje em diante, eu vou ter muito mais cuidado de que eu tinha antes; com certeza, pode ter certeza disso! (E37, 50 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Olha se não botaram em mim até agora, daqui para frente eu acho que é difícil, não há quem fale. Porque ao menos eu já vivi 55, 56 anos, então eu já

vivi uma vida que quase ninguém teve o privilegio de chegar onde eu estou, quer dizer vivendo e, também, com saúde. A única coisa que eu tenho, e não estou caindo das pernas, é um problemzinho desse (sífilis) [...] Então eu não vou procurar fazer nada para chegar um problema desse [aids], eu já passei por risco, eu já passei, agora... (E16, 55 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Eu acho que hoje mais não. Se eu não fui [contaminado pelo HIV] até agora, agora eu não vou mais não! Porque agora eu estou ficando velho... (E01, 54 anos, homem, não acometido por IST).

A idade cronológica foi utilizada pelos depoentes como um demarcador social, já que a condição de “estar ficando mais velho” determinou para os sujeitos mudanças de comportamento, em relação ao exercício da sexualidade. Gomes (2005) afirma que a experiência individual de tempo é construída a partir de interações sociais que, mesmo baseada nas vivências pessoais, são categorizadas socialmente.

Embora a maioria dos homens e mulheres tenha afirmado não se sentir vulnerável à infecção pelo HIV, os homens identificaram que, de modo geral, o homem tem mais chance de se contaminar do que a mulher. As mulheres, por sua vez, asseguraram que a mulher é mais vulnerável do que o homem. Nesse caso, a representação da aids associada à “doença do outro” parece ser reafirmada.

As justificativas para a vulnerabilidade, apresentadas pelas mulheres, apontaram aspectos biológicos e relacionados ao comportamento de homens e mulheres:

A mulher, porque o homem é mais fácil colocar [o vírus] na mulher, do que a mulher no homem (E23, 53 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A mulher tem mais chance por que se contamina do homem, porque é o homem que traz todas as doenças para a mulher, principalmente aquela mulher zelada, que é casada (E02, 55 anos, mulher, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

A mulher. Porque uma mulher não sai com qualquer homem, ela fica escolhendo! E o homem sai com tudo quanto é mulher (E17, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A observação feita pela E23 é pertinente, pois considerando que a superfície vaginal exposta ao sêmem é bastante extensa, e que este apresenta maior concentração de HIV do que a secreção vaginal, a mulher biologicamente torna-se mais vulnerável (SILVEIRA *et al*, 2002).

Em relação ao discurso da E02, faço um questionamento: por que para ela as mulheres zeladas (que são casadas) são mais vulneráveis que as outras? Acredito que uma das réplicas para esta questão seja a dificuldade das mulheres casadas em negociar práticas sexuais seguras.

Entretanto, Guimarães (1996, p. 110) destaca que essa dificuldade não se resume à discussão sobre sexo seguro, sendo “necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas inter-relações de gênero”. Essas construções sociais provavelmente estão presentes no discurso da entrevistada nº 17, quando aponta as diferenças no comportamento de homens e mulheres.

Os condicionantes de gênero, também, estiveram incutidos nos discursos dos homens, quando afirmaram que o homem era mais vulnerável do que a mulher, em decorrência do comportamento masculino. Sabe-se que a construção simbólica da masculinidade determina certas características que propiciam ao homem liberdade sexual, seja na escolha de suas parceiras, na opção em utilizar o preservativo, na adoção de práticas sexuais, ou mesmo, na sua relação com o mundo. Os trechos abaixo demonstram algumas destas características:

O homem, porque ele pega todo tipo de mulher, gosta de farra... (E39, 57 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Eu sou homem, mas penso que é o homem, porque o homem é muito gaiato, vou falar a verdade. Eu tiro por mim [...] O homem é mais safado do que a mulher (E15, 51 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Acho que são os homens, porque a mulher às vezes nem ligam de pedir para usar a camisinha, mas às vezes elas se preocupam em colocar... e o homem não. Têm muitos que nem ligam! (E44, 50 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Do conteúdo apresentado nesta subcategoria, apreendeu-se que apesar da importância de se ter cuidado – expressa pelos homens – a vulnerabilidade ao HIV/aids é evidenciada nos discursos como algo distante do imaginário dos sujeitos soronegativos, prevalecendo entre eles(as) uma auto-percepção de invulnerabilidade.

Na próxima categoria estão descritos e discutidos os resultados referentes à oposição entre os indivíduos heterossexuais e, os homossexuais e bissexuais.

4.4 IMPLICAÇÕES DA OPÇÃO SEXUAL DE HOMENS E MULHERES NA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.

Na subcategoria que se segue serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao fator 2, demonstrando as oposições e similitudes de respostas dos homens que fazem sexo com homens (sujeitos homossexuais e bissexuais) e heterossexuais para todos os estímulos. Vale ressaltar que 82,4% dos sujeitos se consideraram heterossexuais, 12,9% bissexuais e 4,7% declararam ser homossexuais. Todos os homossexuais e bissexuais eram homens.

4.4.1 Vida, amor, atração sexual, medo ... dinamite!!!

No fator 2, lado positivo, observou-se que para os homossexuais e bissexuais só houve significância para a AFC de palavras referentes ao estímulo 1 (aids), sendo esse agravo representado como uma **doença contagiosa, incurável, ruim** e que causa **preocupação**. Nota-se que essas palavras possuem cunho negativo, denotando uma situação de desesperança, que pode ser justificada pelo fato de que 12 pessoas (80%) de uma amostra de 15 homossexuais e bissexuais serem soropositivos para o HIV. Soma-se a isso o fato de serem julgados socialmente por terem um comportamento sexual que foge das regras morais e sexuais impostas pela sociedade.

Como a evocação “doença contagiosa” foi significativa para os fatores 1 e 2, notou-se que – de modo semelhante ao F1– o contágio foi representado à partir das formas de transmissão. Além disso, estiveram presentes, nos discursos dos homossexuais e dos bissexuais, as “falsas crenças” e as formas corretas de transmissão do HIV, como ilustram os seguintes discursos:

Pelo sexo, droga injetável [...], sexo oral... eu acho também que um pernilongo picando em mim e aplicando na pessoa (E55, 50 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Ela [a aids] só transmite no ato sexual, ou através da transfusão de sangue [...]. Agora eu acho que existem também outras formas, por exemplo, problema dentário. Muitas vezes a pessoa está com um problema dentário, está com um sangramento na gengiva, está com um problema no dente e não

sabe... e sei lá se envolve realmente em praticas de sexo oral e tudo mais. Eu acho que este também é um fator que concorre bastante para a contaminação (E42, 53 anos, bissexual, soropositivos para o HIV).

A contaminação através da picada de mosquito, ilustrada pelo entrevistado E55, também foi apontada em um estudo realizado na favela da rocinha e em outro com 100 mil norte-americanos, que do total da amostra, 45% e 57 % respectivamente, acreditavam nessa via de transmissão do vírus HIV (FERNANDES, 1994).

A condição de “**doença incurável**” contribuiu para que muitos sujeitos associassem a aids à morte, além de ter trazido à tona o medo de se reinfectar. Esses motivos demonstraram ser a causa de **preocupação** para muitos dos entrevistados, o que reafirma que esta é uma **doença ruim**.

Aids? É uma doença sexualmente transmissível e... como eu falei pra você, eu associo aids à morte. Às vezes fica na minha cabeça... eu tento tirar... não consigo! Vou batalhar para isso (E33, 54 anos, homem, bissexual, soropositivo para o HIV).

... você adquirir uma doença que por enquanto é incurável, não é nada de grandioso. Alguma coisa assim, relativamente boa que aconteceu na sua vida, não é! É uma desgraça que aconteceu, uma desgraça que você está tentando controlar ela (E35, 56 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Muita gente pensa que a pessoa que está contaminada vai contaminar o outro, mas não sabendo o medo de ser outra vez, de se infectar com a pessoa, porque em ninguém está escrito “eu sou!”. Eu tenho medo que toda pessoa eu acho que deve ter (E36, 51 anos, homem, bissexual, soropositivos para o HIV).

Para os heterossexuais a aids foi representada pelas evocações **medo** e **droga**. Essas mesmas representações sociais foram apreendidas em estudo com 408 universitários brasileiros (CAMARGO, 2000).

Moscovici (2003) enfatiza que o medo do desconhecido motiva as pessoas a criar representações sociais de novos fenômenos, inclusive a aids. Neste estudo, a evocação “medo”, embora tenha tido alta frequência entre os heterossexuais (F=53), parece repercutir de modo diferente entre soropositivos(as) e soronegativos(as).

Na fala de alguns (algumas) soropositivos(as), observou-se que o medo está associado a uma sensação de aprisionamento, que os (as) destrói [dinamite] e os (as) condena

à morte. Sentimento parecido com o que Cardoso e Arruda (2004, p. 154) evidenciaram ao estudar pacientes soropositivos(as) para o HIV, quando um dos sujeitos “descreve o ser soropositivo como tendo uma ‘bomba relógio’ dentro de si”. Além disso, expressam o medo de contaminar outras pessoas, como apontam os trechos abaixo:

Aids para mim é um terror! Assim como uma dinamite que pode explodir e acabar com tudo... porque a partir daquele momento que a pessoa apanha aquela doença ela está condenada à morte. É como se estivesse em uma cadeia para nunca mais sair, 100 anos de cadeia, nunca ninguém vai sair daquela cadeia. E a aids é a mesma coisa, uma dinamite com a pessoa (E51, 55 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

Evito muito o sexo, porque não quero contaminar ninguém, eu tenho medo que mesmo usando camisinha... tenho medo! Então não quero que ninguém passe o que eu passei (E41, 50 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

Já entre as pessoas soronegativas para o HIV, o medo se restringiu ao risco de contaminação pelo vírus da aids. Algumas pessoas demonstraram um sentimento de insegurança, justificado pelo fato de que poderiam necessitar de sangue algum dia e, por conseguinte, se infectarem pelo HIV. O trecho abaixo evidencia:

Aids é uma doença incontrolável, que a pessoa por mais que se cuide nunca está seguro, está sempre com desconfiança [...]. Eu tenho medo, evito o máximo que eu posso, mas, mesmo assim a gente corre risco, não é? Sei lá, eu posso precisar de um sangue, e posso pegar aids por meio do sangue contaminado (E03, 51 anos, mulher, heterossexual, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

No discurso acima, nota-se que o medo contribuiu para que a depoente tivesse uma maior percepção de vulnerabilidade ao HIV, o que corrobora com Lima (1998, p. 16) quando a mesma afirma que “a percepção de riscos tem muito mais a ver com medo do que com uma estimativa correta de probabilidades” .

Chamou-me a atenção a quantidade de sujeitos que afirmaram ter medo de serem contaminados “inocentemente”, de forma proposital e perversa por indivíduos HIV positivo. Costa e Lima (1998, p. 51) enfatizam que “a visão fatalista associada à comparação do fenômeno a uma epidemia (embora a sua transmissão se efetue de forma ativa e não passiva)

é explicada pela presença e difusão acelerada da doença, responsável pela propagação social do medo”.

Contudo, o medo de serem contaminados de forma vil pelos(as) soropositivos(as) parece estar vinculado, também, à construção social do portador do HIV que – ao serem enquadrados como indivíduos sem quaisquer valores morais – acabam sendo, muitas vezes injustamente, caracterizados(as) como pessoas más, vingativas e egoístas. Isto pode decorrer do processo de formação da identidade, na qual as pessoas tendem a diferenciar os outros indivíduos ao seu redor como “bons” ou “maus” (JOFFÉ, 1995).

Eu não vou dizer que não posso pegar aids, por que a gente está aqui nesta terra e só Deus pode defender a gente, por que pode ser que eu não tenha numa relação, mas pode ser que eu sei lá... Deus me livre e guarde [...] eu já ouvi muitas conversas por aí de gente que está doente e coloca o sangue na seringa e sai furando um bocado de gente (E03, 51 anos, mulher, heterossexual, acometida por IST).

Muita gente bota droga no copo da bebida, uma droga muito potente. Por que o certo é beber, pegar o copo e jogar fora lá no banheiro; e quando voltar pega outro, pega outra cerveja e bebe. Mas, a maioria faz isso: bota a cerveja, bebe, vai no banheiro e larga o copo pelo meio da festa. Aí vem um cara, vai e bota uma droga dentro, aí a pessoa fica ali com ele [...] Ele está doente [de aids], ela não está sabendo de nada; aí apanha e leva para o motel, leva para o mato, seja onde for. Chegando lá, faz sexo sem camisinha mesmo, quando terminar larga ela lá. Ela está drogada, já está de aids (E51, 55 anos, homem, heterossexual, não acometido por IST).

O entrevistado nº 51 faz menção ao uso de drogas, sugerindo que o usuário vivencia uma perda da razão, que pode acarretar na contaminação pelo HIV. O conteúdo das entrevistas demonstrou que, para a maioria dos heterossexuais, a **droga** está ancorada a uma dupla exposição dos usuários de drogas ao HIV. Além da possibilidade de contaminação pela via parenteral, os(as) heterossexuais enfatizaram que as drogas (lícitas ou ilícitas) reduzem as probabilidades de práticas de sexo seguro, o que pode torná-los mais vulneráveis ao vírus da aids.

Apesar de eu já ter usado tóxico, eu acho que o que me contaminou foi o sexo, porque quando eu tomava cocaína na veia eu mesma me aplicava e eu mesma comprava minha seringa, minhas agulhas, nunca me apliquei com agulha de ninguém (E53, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

... principalmente quem usa droga, tem muito mais chance de pegar e transmitir do que quem não usa (E41, 50 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

...não se envolver na droga, porque a droga quando alguém se envolve não tem limite [...]. O homem às vezes entra numa bebedeira e chega numa repartição de mulher [prostíbulo] de qualquer maneira, e se ela já tiver o problema [aids] ela não quer nem saber se o cara é casto! Ela já está acabada, pode até nem pensar mais se o cara também está acabado (E16, 55 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Durante as entrevistas, o uso da droga também apareceu nos discursos dos homossexuais e bissexuais. Apesar desses sujeitos não terem evocado a palavra “droga” para este estímulo, considero pertinente apresentar tal resultado, já que aponta para uma situação de vulnerabilidade vivida por estes indivíduos. Um dos depoentes denuncia:

A droga eu acho que está deixando as pessoas muito vulneráveis, pelo meu conhecimento de uso de droga, essas coisas, eu vejo que as pessoas terminam não olhando o lado da doença, terminam em bacanal, a droga faz terminar em bacana [...]. Das drogas que eu usava eu não me contaminei porque eu não usava injetável, nunca usei, nunca gostei e condeno até hoje quem usa cocaína injetável, acho uma coisa ridícula! Se bem que eu também falava que não is usar crack e... de repente... Olha eu vou até calar minha língua! (E55, 50 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Olha o que favorece é o seguinte, um momento de festa que ele está bebendo, está ali curtindo e daqui a pouco não se lembra de nada, não se importa com nada e aí vai num relacionamento... e aí naquele relacionamento ele não sabe que aquela pessoa está doente e quando pensa que não... já pegou (E57, 56 anos, homem, bissexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O sexo (estímulo 2) foi representado como algo extremamente positivo para os(as) heterossexuais, simbolizando **vida**, o que remete ao ato de viver e sentir-se vivo. Quanto à sexualidade (estímulo 3), responderam “**homossexualidade**”. Esta evocação está em consonância com o que discorro na análise do F1 para este mesmo estímulo, reiterando que a auto-identificação de indivíduos que possuem comportamentos sexuais aceitos culturalmente, culmina na identificação “dos outros” como sendo “diferentes” por terem condutas sexuais que se esquivam dos padrões tradicionais. Desta forma, a homossexualidade é representada pelos heterossexuais como “algo” a não ser seguido, uma forma de exercício da sexualidade que foge completamente daquilo que determinam as normas sociais.

Nesse contexto, ressalta-se, ainda, a possibilidade de um conteúdo latente que remete a homofobia, sendo este, um entrave para a prevenção do HIV, pois – como averiguou Costa e Lima (1998, p. 56) – “quanto mais homófobo é o sujeito, menor será a sua percepção de vulnerabilidade à Sida”.

Em relação ao estímulo 4, as práticas sexuais foram representadas pelos heterossexuais através do “**sexo vaginal**”, “**sexo anal**” e “**camisinha**”, o que reforça a importância da prevenção e do sexo seguro durante o ato sexual para esses sujeitos.

Nas entrevistas, o **sexo vaginal** foi destacado como sendo a prática sexual adotada e permitida pela maioria dos heterossexuais. Tal resultado parece apontar para a “existência da valorização da heterossexualidade reprodutiva, monogâmica, conjugal”, uma vez que a prática do sexo vaginal é definida como boa, natural e/ou normal. Contudo, o modo de compreender esta modalidade sexual pode se constituir em um fator capaz de aumentar a vulnerabilidade ao HIV, tendo em vista a associação da aids a comportamentos “anormais”, como a homossexualidade, o uso de drogas e a prática do sexo anal (GUERRIERO, AYRES E HEARST, 2002, p. 12).

Algumas pesquisas que estudaram homens adultos (com idade inferior a 50 anos), heterossexuais e casados, detectaram que o sexo anal, por vezes, tem sido executado nas relações extraconjugais (GUERRIERO, AYRES E HEARST, 2002; SILVA, C. 2002). Contudo, neste estudo, as entrevistas demonstraram que para o **sexo anal** os depoentes alegaram que essa prática ia de encontro ao que era “natural” e que poderia favorecer a contaminação pelo HIV.

Aspectos geracionais devem ter influenciado esse resultado, dado que os indivíduos (sobretudo as mulheres) que viveram sua juventude nos “Anos Dourados”, foram educados rigidamente em relação aos comportamentos sexuais, o que pode ter repercutido nas representações sociais desses sujeitos para o estímulo em questão. Além do mais, há um mito socialmente construído que apregoa que o sexo anal deve ser exercido “entre homens e com mulheres profissionais do sexo, e não com uma mulher ‘honesta’, subentendida como a esposa” (LEMOS, 2003, p. 93).

Os discursos abaixo certificam as assertivas anteriores:

Mesmo que o homem tenha sexo com a esposa dele, ele não vai ultrapassar da faixa, para mim é aquilo ali (sexo vaginal). Porque o pênis, ele tem que ter contato com a vagina, não é com a outra parte (ânus). A partir dali... do ânus da mulher, ele pode se ferir e daí vir um problema, está entendendo? Para mim é aquela parte que Deus deixou, então aquilo ali é o lugar

suficiente. Porque mesmo que ela seja virgem, ela (vagina) abre espaço, o de traz não abre espaço, ele (o pênis) vai ser ferido, vai ser um maltratado[...]. a pessoa que faz isso tem chance de pegar aids (E01, 54 anos, homem, heterossexual, não acometido por IST).

Eu tive um marido que ele gostava [de sexo oral e anal] sabe, ai ele veio falar comigo se eu fazia essas coisas e eu mandei ele ir embora. Eu falei: “olha, minha frente é suficiente pra manter um homem, eu nem preciso fazer boquete, nem dar meu traseiro” (E53, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Apesar da AFC não ter considerado como significativa nenhuma das evocações dos homossexuais e bissexuais para esse estímulo, nas entrevistas eles apontaram que as práticas sexuais relacionadas ao homossexualismo os colocam em uma posição de extrema vulnerabilidade. Para esses sujeitos (todos do sexo masculino), o sexo anal oferece um risco maior para os homens, o que repercute em sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

...a vagina da mulher ela é mais protegida do que um ânus, porque um ânus não foi feito para sexo, mas a vagina sim. Então a vagina tem mais proteção, digamos assim, para o vírus. Protege mais do que o ânus [...]. Por isso que eu falei para você que as mulheres homossexuais, elas são mais difíceis de pegar [aids], porque elas não transam como homem, ela não tem penetração igual a homem. Homem com homem já é mais perigoso do que o homem com a mulher (E35, 56 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

O uso da **camisinha** foi reconhecido pelos(as) heterossexuais como sendo imprescindível ao ato sexual. Tal resultado já era esperado, considerando que os sujeitos do estudo estavam inseridos em unidades de diagnóstico e/ou tratamento e/ou acompanhamento de infecções sexualmente transmissíveis, que reiteram a todo o tempo a importância da utilização do preservativo.

Na hora de fazer um sexo tem que usar a camisinha, mesmo que a pessoa não queira, mas tem que usar (E53, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

... é não deixar de usar a tal da camisinha, nunca deixar, fazer daquilo um hábito. A mesma coisa que é sua alimentação, tal e tal, você não pode ficar sem ela (E10, 58 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

No entanto, o conteúdo das entrevistas comprovou que alguns indivíduos heterossexuais – principalmente os(as) soronegativos(as) para o HIV – nem sempre fazem uso do preservativo, como assinalam os depoentes:

Evita [a aids] com camisinha, que eu infelizmente nem sempre uso. Nem sempre não, 90% das vezes eu não faço uso (silencio prolongado), não vou dizer 90% não, 98% são sem camisinha (E46, 53 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Pode evitar [a aids] se todo mundo fizer como a lei fala, que tem que usar a camisinha, porque têm pessoas como eu que não usa (E15, 51 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

Vieira *et al* (2000) verificaram em uma amostra de 597 homens (de 21 a 50 anos de idade) residentes em São Paulo, que o uso do preservativo esteve associado à idade, sendo menos utilizado pelos homens com 40 a 50 anos de idade –70% disseram não usar. Como não foram encontrados estudos na faixa etária de 50 a 59 anos, os índices de uso do preservativo, provavelmente, se equivalem ou superam estes achados.

É importante salientar que as pessoas que estão com 50 a 59 anos de idade vivenciaram uma fase de transição – no que diz respeito ao exercício da sexualidade – marcada pelo descobrimento da penicilina. Até então, o condom era utilizado pelos homens nas relações sexuais com prostitutas para evitar a contaminação por IST, principalmente a sífilis e a gonorréia. Entretanto, a propagação do uso da penicilina reduziu a preocupação das pessoas em prevenir-se das IST. Além disso, com o movimento de liberação sexual, houve uma diminuição da procura por profissionais do sexo, o que concorreu para que o condom tivesse seu uso cada vez mais reduzido (BERQUÓ e SOUZA, 1994).

Na fala dos entrevistados percebeu-se que o incômodo proporcionado pela camisinha seja no homem ou na mulher, repercute diretamente na opção em utilizá-la. Guerriero, Ayres e Hearst (2002) salientam que a modificação estética, a alteração da sensibilidade, a dificuldade de colocar o preservativo durante o ato sexual e o medo de perder a ereção, foram alguns dos motivos – citados por homens adultos – como capazes de interferir na utilização do preservativo.

Em relação às mulheres, é imperioso frisar que aos 50 anos de idade, já pode estar ocorrendo redução da lubrificação vaginal em decorrência da diminuição na produção de estrogênio. O uso do preservativo, nestas condições, pode provocar desconforto para a mulher (sensação de queimor), já que alguns preservativos possuem pouca solução lubrificante.

Alguns discursos ilustram:

Tanto homem como mulher prefere fazer a nú [...]. Eu acho que o homem não gosta de usar camisinha porque se sente incomodado porque aperta e não desfaz o liquido como deve, que é normal. A mulher não gosta que use por causa do liquido da camisinha. Eu não gosto porque aquele líquido parece que queima, larga o óleo da camisinha e larga a gente com aquilo que é muito remoso por dentro, dá coceira (E53, mulher, soropositiva).

Eu acho que os homens não gostam porque o sexo é gostoso sem camisinha (risos). A gente usa forçado, porque está se protegendo, mas dizer que é legal, legal, legal, bom, bom, bom, não é não. Não é porque o relacionamento com camisinha, a gente demora muito de gozar, demora muito mais! É um negocio muito chato, muito incômodo (risos), a sensação não é igual não (E57, 56 anos, homem, bissexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O amor e/ou a paixão, também, estiveram contidos no discurso dos(as) heterossexuais, sendo estes apontados como um entrave para o uso do preservativo. Segundo Paulilo e Jeolás (2005, p. 181) a camisinha interfere no encantamento do amor, da paixão, pois, tem que ser prevista, estar sempre à mão, o que dificulta a espontaneidade do sentimento e do ato amoroso. Os autores acrescentam: “o desejo e o prazer supõem se abandonar ao outro e o discurso da prevenção vem se contrapor justamente a esta entrega confiante”. Uma mulher soropositiva para o HIV, afirmou ter sido irresponsável em não usar ou exigir o uso do preservativo, mas, ela justifica:

Eu fui irresponsável, eu fui irresponsável, muito! Talvez por amor... (E28, 51anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Há de se considerar, ainda, que apesar das construções de gênero destacarem a relação de poder e de dominação do homem sobre a mulher; no ato sexual, não tão raro, esses papéis parece que se invertem. Neste caso, a mulher tem o domínio da sedução. Ele tentará agradá-la, mesmo que isto implique em não utilizar o preservativo. Por outro lado, “diante da necessidade do prazer e do descontrole do seu corpo, o homem não se contém e tem relações desprotegidas”. Ele acaba sendo vítima do seu “instinto indomável” (ANDRADE E NÓBREGA-THIRRIEN, 2005), como mostram os discursos abaixo:

...o homem não se contém, ele não consegue... tem muitos que não conseguem, eles não resistem a uma mulher. Ai às vezes ele está com uma camisinha no bolso, mas com o bom charme daquela mulher ele se descuida e vai sem a camisinha (E43, 51 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

O homem é praticamente um bobo diante da mulher, quando ele acha uma mulher que ele gosta ele vai, e ali, às vezes, está o esparro, a infelicidade dele é ali! [...] Olha ai o que aconteceu comigo, eu peguei uma gonorréia numa simples feira trabalhando. Arranjei uma mulher... e a mulher gostou de mim e eu gostei da mulher e ... a gente tomando cerveja eu fui sem me proteger e olha o que foi que aconteceu! (E57, 56 anos, casado, soronegativo para o HIV).

O conteúdo das entrevistas dos homens homossexuais e bissexuais demonstrou que, por vezes, o desejo sexual foi tão grande que eles abdicaram o uso do preservativo. Além disso, comentaram que a confiança depositada no(a) parceiro(a), não tão raro, os impulsionou a abolir a utilização do condom nas relações sexuais. Em estudo etnográfico, Rios (2003) destaca que os homossexuais geralmente usam preservativo na primeira relação sexual, mas, quando a relação se torna duradoura (talvez entre o terceiro e sexto mês) eles abandonam os preservativos como prova de amor e de crença na fidelidade do outro. Esses fatores foram apontados como situações de vulnerabilidade que eles vivenciaram, ou que identificaram como arriscados para contaminação pelo HIV. Eles afirmam:

Às vezes está ali naquele beijinho, coisa e tal, naquele fogo todo e não tem o preservativo, aí diz: “Vamos fazer assim mesmo!” Aí acontece o risco. Você vê que nenhum dos dois sabe que tem o vírus e um contamina o outro (E36, 51, homem, bissexual, soropositivo para o HIV).

Foi de um parceiro que eu tive, que eu estava fazendo exame direto e dava sempre negativo e depois a gente se conheceu, passamos 4 meses usando camisinha e depois disso, a gente resolveu abolir a camisinha. Foi quando eu... eu aboli porque foi meu erro. Não foi nem tanto paixão, foi mais confiança. É aí que você se estraga! (E35, 56 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Através dos discursos dos heterossexuais foi possível apreender que a confiança depositada na esposa, “mulher de casa”, contribui para que alguns homens utilizassem o condom somente nas relações extraconjugais com a “mulher da rua” ou com a “mulher de rua”. Silva (2002) acrescenta que “a relação conjugal não é tida como perigosa por ser a

relação sexual lícita, que está sob a ‘proteção’ da casa, sobre a qual o homem acredita ter controle e poder”. Nesse contexto, a camisinha foi abolida, como elucidam os trechos abaixo:

Com a mulher de casa às vezes é sem, com as da rua eu vou com a camisinha (E54, 57 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Meu marido não usava camisinha por que ele dizia: “se tem mulher dentro de casa para que usar camisinha?” (E02, 55 anos, mulher, heterossexual, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

Eu nunca usei camisinha. Meu marido eu não sei se usa, só se for pela rua, que comigo nunca usa (E38, 55 anos, mulher, heterossexual, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

É importante salientar que a não exigência do uso da camisinha por parte das mulheres – mesmo diante da possibilidade de se recontaminar ou adquirir nova IST – não significa que elas não considerem importante o uso do preservativo. O que ocorre é que na maioria das vezes, elas têm dificuldade em negociar o uso do preservativo, pois geralmente dependem (principalmente financeiramente) do companheiro para sobreviver, temem que eles sejam violentos e receiam a separação, uma vez que, a sociedade, ainda, discrimina a mulher separada (ROSO, 2000; GUERRIERO, AYRES E HEARST, 2002).

Ademais, estão aliadas “as expectativas relacionadas ao modelo de ser mulher, associadas ao estereótipo de que esposa compreensiva e conformada com a vida privada de seu companheiro são atributos ainda preponderantes nas relações conjugais contemporâneas” (ROSO, 2000, p. 06). Essas construções sociais, além, de dificultar na adesão ao uso do preservativo podem induzir muitas mulheres a permanecerem expostas ao risco de contrair alguma IST.

A não utilização do preservativo pelos(as) heterossexuais que vivenciam relacionamentos estáveis pode advir, ainda, da crença de que quando se tem parceiro(a) fixo(a), a preocupação em se proteger de IST passa a ser do outro (BARROSO, MIRANDA e PINHEIRO, 1998). O problema é que nem sempre a proteção do “outro” se dá com o uso do preservativo. Para alguns (algumas) depoentes a prevenção das IST/aids é pensada no sentido da mulher ir ao médico sempre que pode, achados correlatos foram encontrados por Roso, 2000. Um dos heterossexuais afirma:

Eu já fui um elemento que já gostei muito de mulheres, mas hoje não! Hoje eu tenho aquelas, uma ou duas que eu me relaciono, sei que sempre vão ao médico, sei que estão sempre se protegendo, então eu evito ficar com qualquer uma porque aí eu estou... a porta esta sempre aberta para qualquer tipo de infecção no meu corpo (E57, 56 anos, homem, portador de IST, soronegativo para o HIV).

Essa transferência ao(à) parceiro(a) da responsabilidade em se prevenir do HIV, também, foi evidenciada nos discursos dos homossexuais e bissexuais, o que comprova que esta ideologia de “o outro” é responsável pela prevenção independente da opção sexual. Um dos bissexuais comentou que, mesmo estando infectado pelo HIV, o(a) parceira(o) deve ter um “jeitinho” para convencê-lo a usar o preservativo, como demonstra o trecho:

Eu nunca usei a camisinha e para eu usar a camisinha eu tenho que falar com a pessoa: olha, não deixe, faça com que... coloque em mim”[...] Eu preciso de uma pessoa compreensiva para eu ter relações e essa pessoa eu dizer assim:olha, eu só tenho assim, com preservativo! E você tem que me obrigar a usar, tem que fazer de um tudo, tem que ter jeitinho, porque se não for assim... (E50, 57 anos, masculino, bissexual, soropositivo para o HIV).

É sabido que a não utilização do preservativo pode tornar os indivíduos mais susceptíveis à contaminação pelo HIV. Neste estudo, a maioria dos sujeitos heterossexuais (mesmo tendo confessado a resistência em usar o condom), reconheceu que o **sexo desprotegido** pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV/aids (estímulo 5). Suponho que essa evocação pode ter sido induzida pelo fato de que 67,1% dos(as) heterossexuais estavam acometidos(as) por alguma IST ou aids, tendo como principal causa de contaminação o não uso do preservativo. Essa suposição pôde ser comprovada na maioria das respostas desses sujeitos ao serem questionados a respeito dos motivos que julgavam favorecer a um homem ou a uma mulher se contaminar pelo vírus da aids, como destacam os trechos abaixo:

O não uso do preservativo, para quem usa droga é a seringa contaminada... é a não prevenção, mesmo (E18, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Não proteger, não usar a camisinha, aí pega... (E53, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Fazer o sexo sem camisinha, principalmente, o sexo oral, vaginal ... (E37, 50 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O que facilita é o desespero de ter relação e não botar a camisinha, não se prevenir. Para dar a garantia tem que botar a camisinha, não tem jeito!(E54, 57 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O sexo desprotegido foi, ainda, citado como resposta ao questionamento feito, exclusivamente aos heterossexuais soropositivos, sobre a possibilidade da sua contaminação pelo HIV ter decorrido de alguma situação de vulnerabilidade que eles tenham vivenciado no passado. Os discursos elucidam:

Essa doença [aids] deve ter sido transmitida de alguma mulher que eu fiquei por ai, foi falta de uso da camisinha (E47, 55 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

Eu suspeito de duas pessoas que eu tive relação sem camisinha no passado...(E43, 51 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

As evocações para esse estímulo, feitas pelos homossexuais e bissexuais, não foram significativas na AFC. No entanto, as entrevistas demonstraram um resultado importante em relação a esses indivíduos. Enquanto os homens soropositivos heterossexuais apontaram que o sexo com “mulheres de rua” ou a ida a prostíbulos pode ter ocasionado a sua contaminação pelo vírus da aids, os homossexuais e bissexuais destacaram que as festas de “sexo livre” (“orgias” realizadas em espaços formais ou em casas de amigos), freqüentadas por homens que fazem sexo com homens, contribuem para uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids. Alguns desses depoentes sugerem que a sua contaminação pode ter ocorrido em uma dessas festas:

... eu viajei há uns dois anos atrás, fiz uma viagem para as Ilhas Canárias na Espanha, e confesso que realmente eu fui assim na noite, eu fui em alguns lugares onde rolava um sexo assim... muita loucura realmente! Não vou dizer a você que eu não me envolvi, me envolvi! Pois era uma coisa bastante diferente para mim, então eu acredito que foi daí que a coisa aconteceu. Tinha muita gente, muitos estrangeiros, muita gente... apesar de eu ter tomado bastante cuidado, ter usado camisinha e tudo, mas eu acho que começou ai. Eu usei [camisinha], mas os outros não usaram, era assim um lugar muito... era uma promiscuidade muito grande, mas por um momento eu fui feliz, não vou dizer que paguei caro (E42, 53 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Eu acredito que eu peguei o HIV com bebida, às vezes com a droga que foi usada ou dormindo em casa de alguma pessoa contaminada que sem saber aconteceu algum problema à noite e não estava usando [o preservativo]. Porque eu mesmo, já dormi em casa de homossexual, dormi vestido e acordei nú. O que aconteceu à noite eu não sei, a bebida é demais! (E36, 51 anos, homem, bissexual, soropositivo para o HIV).

Nesses “encontros” entre os homossexuais é comum um homem ser penetrado por vários outros, seguidamente. Rios (2003, p. 04), enfatiza que “neste tipo de interação erótica, é bastante comum o compartilhamento de camisinhas: sem trocar o preservativo, um mesmo sujeito penetrar vários homens”. O autor ressalta, ainda, que o uso da camisinha (quando utilizada) se restringe ao sexo anal, sendo raramente utilizada no sexo oral.

Desse modo, ressalta-se a necessidade de ser enfatizado nas atividades educativas, que em relação à vulnerabilidade ao HIV/aids, o compartilhamento de preservativos é tão arriscado quanto o de seringas e agulhas. Reafirma-se, então, que conhecer as representações sociais dos diversos grupos de pertença, é de suma importância para um efetivo direcionamento dos conteúdos das campanhas de prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que as representações sociais sobre aids, sexo, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids se constituem em uma ferramenta útil para conhecer a vulnerabilidade de homens e mulheres com 50 a 59 anos. Os depoimentos revelaram que as construções de gênero e a representação social da aids associada à “doença do outro” – o(a) jovem que tem comportamentos de risco – são fatores determinantes para a percepção de invulnerabilidade ao HIV/aids entre pessoas deste grupo etário.

Desta forma, considero importante identificar os multi-elementos que se entretecem nas relações de gênero, que ao definir o que é “ser homem” e o que é “ser mulher” tornam ambos mais vulneráveis ao HIV/aids. Afinal, quando as mulheres investigadas deixaram transparecer em suas falas que o conformismo e a obediência ao esposo e aos valores morais impostos pela sociedade regem seus comportamentos sexuais, certamente, devem aceitar a recusa do uso do preservativo pelo parceiro e as relações extraconjugais entendidas por eles como “normais” na concepção da masculinidade.

Na fala dos entrevistados evidenciou-se que a representação da aids como sendo uma doença de jovens, corrobora para a existência de um preconceito geracional, que aflige, principalmente, os indivíduos soropositivos. Nesse sentido, resalto a necessidade de capacitar os profissionais da saúde, que muitas vezes, imbuídos desta ideologia, podem erroneamente não suspeitar de infecção pelo HIV quando estão diante de pessoas que se encontram na maturidade ou velhice. Fato que pode influenciar no aumento da morbimortalidade por HIV/aids nesses indivíduos.

Conforme apresentado, o preconceito relacionado à aids está ancorado na recusa da diferença, e culmina na perpetuação do estigma relacionado aos homossexuais e às profissionais do sexo como responsáveis pela disseminação do HIV. Essa atitude corrobora para que os homens que fazem sexo com homens se sintam em situação de desesperança, evidenciada em suas representações sociais para a aids: doença contagiosa, incurável, ruim e que causa preocupação.

A vulnerabilidade social e programática em que vive a maioria dos homens e mulheres de 50 a 59 anos no Brasil, parece ter implicações na permanência das “falsas crenças” (associadas à transmissão do HIV) no imaginário dos sujeitos do estudo. Afinal, a carência de informações em relação à aids, pode advir do baixo nível de escolaridade e da ausência de campanhas de prevenção direcionadas para as pessoas desta faixa etária. Além

disso, essas formas equivocadas de representar o contágio da aids, concorre para a disseminação do medo de se contaminar (mesmo que seja de forma proposital) e representa diferentes maneiras de se compreender a infecção pelo HIV.

Os depoimentos relatam que na evocação da palavra masturbação subjaz a necessidade de obtenção de prazer e a percepção de cuidado, já que – em tempos de aids – esta prática sexual oferece menor exposição ao risco de contaminação ou reinfeção pelo HIV. O sexo vaginal também foi entendido pelos sujeitos como sendo de baixo risco, ao concordar com as leis da natureza e da sociedade. Contudo, pode deixá-los(as) mais expostos(as) ao vírus da aids.

Conforme apresentado neste estudo, a vivência da sexualidade pelos homens é regida pelos ideais de masculinidade (que reforçam o caráter indispensável e incontrolável do sexo), o que pode favorecer a ocorrência de relações sexuais desprotegidas. Para as mulheres, a sexualidade teve um entendimento restrito ao sexo, representado por palavras esvaziadas de subjetividade. Isto pode ter decorrido da vivência de uma maturidade sexual (em que o sexo se apresenta como um mero complemento), do entendimento de que o sexo significa um ato normativo na composição do papel de esposa ou, simplesmente, ser o reflexo de sentimentos de mágoa e revolta por terem sido contaminadas de forma “passiva”.

As palavras “homossexualidade” e “sexo anal” foram evocadas pelos heterossexuais nos estímulos sexualidade e práticas sexuais, respectivamente, sendo consideradas, para estes sujeitos, como arriscadas para a contaminação pelo HIV. Entretanto, evidencia-se a possibilidade de um conteúdo latente que remete à homofobia, sendo este, um entrave para a prevenção do HIV. Mas, os homens que fazem sexo com homens, também reconheceram que as práticas sexuais relacionadas ao homossexualismo os colocam em uma posição de extrema vulnerabilidade.

Estar soropositivo(a) para o HIV remete a prejuízos psicológicos, orgânicos e sociais. A sensação de tristeza, desânimo, fracasso, finitude, aprisionamento, medo e condenação, foram expressas nos discursos dos sujeitos e denotam sofrimento psicológico. As conseqüências orgânicas vão além dos desconfortos associados às patologias secundárias, estes, se estendem à rígida terapia medicamentos para manter-se vivo(a). Os prejuízos sociais ressaltados pelos(as) sujeitos incluem a dependência em relação à outras pessoas e o fato de ter que esconder a sua condição sorológica para se esquivar do preconceito.

Contudo, evidenciou-se que a soropositividade tem repercussões diferentes na sexualidade de homens e mulheres. Enquanto elas, comumente, vivenciam o cessar das

atividades sexuais em decorrência do medo de contaminar outras pessoas e de revelar a sua condição sorológica; eles, dificilmente, experimentam repressões sexuais.

Considerando que a maioria dos sujeitos do estudo estava acometida por alguma IST, e que são assistidos por um Centro de Referência especializado, a percepção de invulnerabilidade ao HIV citada dos depoentes, sugere a necessidade de rever a abordagem utilizada pelos profissionais da saúde. Acredito que conhecer e compreender os motivos que os(as) fazem sentir a contaminação pelo HIV como uma realidade distante é um caminho viável para reverter tal situação.

Das falas das mulheres, observou-se que a crença de que ser mulher, heterossexual, ter se casado virgem e ser monogâmica é entendida como fator de proteção para a contaminação pelo HIV. Os homens atribuíram esta proteção à heterossexualidade e à idade.

As principais situações de vulnerabilidade ao HIV identificadas pelos sujeitos foram o uso de drogas, o excesso de confiança no(a) parceiro(a), a dificuldade de inserir o preservativo nas relações estáveis, relações sexuais desprotegidas com a “mulher da rua” e/ou com a “mulher de rua” e a participação em orgias.

Mesmo não se percebendo vulnerável à infecção pelo HIV, as mulheres identificaram que “as outras” mulheres são mais vulneráveis que os homens, em decorrência da maior quantidade de vírus contido no sêmen e da dificuldade de mulheres casadas negociarem práticas sexuais seguras. Os homens, também, afirmaram que “os outros homens” eram mais vulneráveis por não conseguirem resistir a uma mulher, por usarem droga, serem homossexuais, ou por não utilizar o preservativo.

De modo geral, os sujeitos reconheceram o risco do “sexo desprotegido” na vulnerabilidade ao HIV/aids, e afirmaram que é preciso ter “cuidado”. Mas, os discursos demonstraram que esta população não costuma usar o preservativo. Dentre os entraves para o seu uso estão o incômodo provocado no homem e na mulher, o amor, a paixão, a crença de que a relação sexual com a esposa não é tida como perigosa e que quando se tem parceiro(a) fixo(a), a responsabilidade de se proteger é do “outro”.

Diante dos achados, reafirma-se a importância das implicações das representações sociais na vulnerabilidade dos indivíduos que se encontram com idade entre 50 a 59 anos e, dessa forma, subsidiar atividades educativas direcionadas a esta faixa etária.

Os resultados são relevantes por sua possibilidade de subsidiar, além de trabalhos educativos com a população em foco, políticas públicas que dediquem um olhar diferenciado a esse grupo etário em suas necessidades de saúde, sobretudo em relação à prevenção e controle do HIV/aids.

REFERÊNCIAS

ALFERES, Valentim Rodrigues Alferes. Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia social**. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. cap. 6, p. 126-158.

ALVES, Maria de Fátima Paz. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 25 jul. 2005.

ANDRADE, Laurinete S.; NÓBREGA-TERRIEN, Sílvia Maria. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v 17, n. 2, 2005, p. 121-126.

ANTUNES, Maria Cristina *et al.* Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4 supl., ago/2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 25 jul. 2005.

AUMENTAM casos de aids entre idosos. **Gazeta do Povo**. Paraná, 01 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=2556>>. Acesso em: 29 mai. 2005.

AZAMBUJA, Karina Ferreira. Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no estado do rio de janeiro. In: FÓRUM, 1.; CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMERICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 2.; 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: Hospital Universitário Gafreé e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro, 2000. p. 287 e 288.

AZEVEDO, Regina Lúcia Wanderley de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Adolescência, sexualidade, Aids e prevenção: Representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 211-228.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Ed. 34, 1999, p. 49-72.

_____. **Risco e Vulnerabilidade do adolescente para o HIV/Aids.** Disponível em: <http://www.imediata.com/infoaids/tubos_de_ensaio/vulnerabilidade.ppt#275,17, Colaboradores:>. Acesso em: 07 jul. 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita ; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In:_____. SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2. 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: ABIA, 1997, p. 20 -37.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-140.

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

BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; MIRANDA, Carla Correia Lima; PINHEIRO, Patrícia Neyva Costa. A aids sob o olhar da companheira contaminada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 03, jul./set. 1998.

BEAUVOIR, Simone de. Da maturidade à velhice. In:_____. **O segundo sexo.** Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1980. cap. 5, p. 343-362.

BERQUÓ, Elza; SOUZA, Marta Rovey de. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, Maria Andréa (org.). **Aids e sexualidade:** o ponto de vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994, p. 162-182.

BRANDÃO JUNIOR, Paulo Starling. **Biossegurança e AIDS:** as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. 2000, 138 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo.

BRASIL. Aids entre idosos reorienta política de prevenção do Ministério da Saúde. In: **Súmula.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2001.

_____. **Boletim epidemiológico Aids/DST.** Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro – Junho 2005.

_____. **Carta-consulta/Projeto de apoio à sustentabilidade e gestão estratégica das políticas de controle do hiv/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis – Aids III.** Brasília: 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2005.

_____. **Comportamento da população brasileira sexualmente ativa.** Programa Nacional de DST/Aids, 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 05 mai. 2005.

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

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: 2004.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005, p. 97-104.

BOTELL, Miguel Lugones; RIVERÓN, Tânia Y. Quintana; OVIEDO, Yolanda Cruz. Climatério y menopausia: importância de su atención en el nivel primário, **Revista cubana de medicina general integral**, Ciudad de La Habana, v.13, n.5, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 mar. 2005.

BRIGEIRO, Mauro. Envelhecimento bem-sucedido e sexualidade: relativizando uma problemática. In: BARBOSA, Regina Maria et al. **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**, Campinas: Unicamp, 2003, p. 171-206.

BRITTO DA MOTTA, Alda. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, v.13. Campinas: Unicamp, 1999, p. 191-221.

CAMARGO, Brigido Vizeu. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, Edição especial temática, 2000, p. 97-110.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, ago. 2003, p. 70-80.

CARDOSO, Gisele Pereira; ARRUDA, Ângela. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.01, 2004, p. 151-162.

CASTANHA, Alessandra Ramos. COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 173-190.

CORTES, Celina. AIDS: agora na 3ª idade: a retomada da atividade sexual e a resistência ao uso da camisinha fazem crescer o número de casos da doença entre os idosos. **Isto É**, ed.1667, 02 set. 2001. Disponível em: <<http://www.hortela.hpg.ig.com.br/terceiridade.html>>. Acesso em: 02 jan.2002.

COSTA, Carla; LIMA, Maria Luísa. O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA, **Revista Psicologia**, Portugal, v. 12, n.1, 1998, p. 41-62,.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.12 n.1, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 03 jul. 2005.

FERNANDES, João Cláudio L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 02, abr./jun. 1994, p. 11-180.

FIGUEIREDO, Regina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Intervenção Comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP, **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.4, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 mai. 2006.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 mai. 2006.

FRAIMAN, Ana Perwin. **Sexo e afeto na terceira idade**: aquilo que você queria saber e não teve com quem conversar. 3.ed.São Paulo: Gente, 1994.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de reconstrução de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000.

GIFFIN, Karen. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.01, 2005, p. 47-57.

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

GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. As representações sociais do corpo e da sexualidade no protestantismo brasileiro, **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, v. 1, ano 6, 2006, p. 01-38.

GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho. Temporalidades e relações geracionais: reconstruindo a imagem. In: BRITTO DA MOTTA, Alda; AZEVEDO, Eulália Lima; GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho. **Reparando a falta: dinâmica de gênero em perspectiva geracional**. Salvador: UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2005, p. 99-114.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão, **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

GONÇALVES, Erli Helena; VARANDAS, Renata. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 01, 2005, p. 229-235.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo C. M.; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 27 dez. 2004.

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

HEILBORN, Maria Luiza. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDEMBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffione; GOMES, Mara Helena de Andréa (orgs.). **O clássico e o novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 197-208.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2005.

IWASSO, Simone. AIDS se alastra entre os mais idosos. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 01 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=2556>>. Acesso em: 29 mai. 2005.

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

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

LEMOS, Elisabeth Flor de. **Sexualidade na 3ª idade**. Florianópolis: Ediograf, 2003.

LIMA, Maria Luísa. Terramotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. In: _____; CASTRO, Paula; GARRIDO, Margarida. **Temas e debate em psicologia social**, Lisboa: Livros Horizonte, 2003, p. 225-245.

LOPES, Gerson; MAIA, Mônica. **Sexualidade e envelhecimento: envelhece...sendo com sexo**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

LOURO, Guacira Lopes. Sexualidades contemporâneas: políticas de identidade e pós-identidade. UZIEL, Anna Paula; RIOS, Luís Felipe; PARKER, Richard Guy (orgs.). **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids**. Rio de Janeiro: Pallas (Programa em Gênero e Sexualidade)/IMS/UERJ e ABIA, 2004, p. 203-212.

LUZ, Madel. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. In: _____. **Novos Saberes e práticas em Saúde Coletiva. Estudo sobre racionalidades medicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 87-134.

MALDONADO, Maria Tereza. Amor, sexualidade e erotismo nos maiores de 40, **Revista Brasileira de sexualidade humana**, São Paulo, v.5, n.2, 1994, p. 185-192.

MALTA, Maria Tércia Barroso Pereira. A idade na AIDS – Informar para viver. Um estudo do nível de informação, prevenção e fonte de informação sobre DST/AIDS. In: FÓRUM 2000; FÓRUM, 1.; CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 2., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: Hospital Universitário Gafreé e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro, 2000. p. 655 e 656.

MALYSSE, Stephane. Em busca do corpo ideal. **Revista Sexualidade, Gênero e Sociedade**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n.7 e 8, abr 1998, p. 12-17.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

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

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Mulheres e homens enfrentando a infecção pelo HIV/AIDS. In: BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; VIEIRA, Neila Francenely Cunha; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos (org). **Saúde da Família**: abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002, p. 19-215.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lucia Decnop. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v.17, n.2, 2004, p. 177-187.

MORSE, Janice M. (ed.). “Emerger de los dados”: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. In: _____. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Alicante, Antioquia: Publicaciones Universidad de Alicante/ Editorial Universidad de Antioquia, 2005, p. 53-78.

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

NERI, Anita Liberalesco. O fruto dá sementes; processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papirus, 2001, p. 11-52.

NÓBREGA, Sheva Maia da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; JESUINO, Jorge Correia (orgs.). **Representações Sociais**: teoria e prática, 2.ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. 56 p.

NÓBREGA, Sheva Maia da; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete (orgs.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p.11-31.

PAIVA, Mirian Santos. **Vulnerabilidade de Gênero**. Portugal, 2004. Material didático para discussão do conceito de vulnerabilidade, 03 páginas digitadas.

PAIVA, Mirian Santos ; AMÂNCIO, Lígia. **Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil – Portugal.** 2004. Trabalho de pós-doutorado – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PAIVA, Vera *et al.* A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, Santiago/Chile, v.3, p.34-38, 1998.

PAIVA, Vera *et al.* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.18, n.6, nov./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 04 mar. 2006.

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial, **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, ago. 2003, p. 58-69.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1991.

PAULILO, Maria Ângela Silveira; JEOLÁS, Leila Sollberger. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, 2005, p. 15-184.

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

PÉREZ, J. Sempere; SÁNCHEZ, C. Mouriño; HIDALGO, M. González. Menopausia e depresión, **Revista Psiquiatría Pública**. Madrid, v.10, n.4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 mai. 2005.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** Trad. de Regina Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PY, Ligia; SCHARFSTEIN, Eloísa Adler. Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivências dos afetos e consciência da finitude. In: NERI, Anita Liberalesco (org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais.** Campinas, SP: Papirus, 2001, p. 117-150.

REIS, Ana Paula dos. Inscrições corporais e menopausa, Signos da meia-idade numa perspectiva antropológica. In: BARBOSA, Regina Maria et al. **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Unicamp, 2003, p. 207-243.

RIBEIRO, Cristiane Galvão; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. O atendimento e o tratamento no contexto da aids: representações sociais de profissionais e pacientes. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 191-210.

RIOS, Luís Felipe. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 19, supl. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 04 mar. 2006.

ROSO, Adriane. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da aids. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.16, n.2, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996, 189p.

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

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

SANTOS, Inês Maria Menezes dos *et al.* Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos. **Revista Contexto Enfermagem**, Florianópolis/ RJ, v.6, n. 2, mai/ago. 1997

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

SEGATTO, Cristiane. AIDS depois dos 50. **Época**, ed. 285, 03/11/2003. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT625845-1664-2,00.html>>. Acesso em: 01 dez. 2003.

SILVA, Antônia Oliveira. **Situações de trabalho, saúde mental e qualidade de vida: um enfoque transcultural**. Projeto de Pesquisa. UFPB. 2002, 27p.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

SILVA, Lucineide Santos. **Aids: transmissão e prevenção sob a ótica de idosos aposentados de Feira de Santana – BA**. 2002. 46p. Monografia (graduação em enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

SILVA, Lucineide Santos; PAIVA, Mirian Santos; SANTIAGO, Uânia Cristina Felix. Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da aids. In: **Aids congress.net: prevenção da sida um desafio que não pode ser perdido**. Santarém, Portugal: Normagrafe, Ltda, 2006, p. 109-113.

SILVEIRA, Mariângela, *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, dez. 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 10 nov. 2004.

SOUZA, Claudia Tereza Vieira de. Aspectos conceituais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, segundo Mann & colaboradores. In:_____. **Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Programa Rio”**. 2001, p. 12-24. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

TAMAYO, Álvaro *et al.* Propriedades axiológicas e uso do preservativo, **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, 2001, v. 14, n.01, p. 16-175.

TURA, Luiz Fernando Rangel. Representações coletivas e representações sociais: notas introdutórias. In: TURA, Luiz Fernando Rangel; MOREIRA, Antônia Silva Paredes (orgs.). **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005, p. 15-27.

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global AIDS epidemic: executive summary. May, 2006. In: _____. **2006 report on the global AIDS epidemic: may 2006**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. Disponível em:<http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 14 jun. 2006.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia Social**. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VASCONCELOS, Maria de Fátima de O. Sexualidade na 3ª idade. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994, p. 77-86.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 n.2, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 03 mai. 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2000, p. 997-1009.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Repensando as relações entre gênero e sexualidade... . In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (orgs). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/IMS/UERJ, 1996, p. 189-199.

WERNECK, Jurema. O desafio das Ialodês: mulheres negras e a epidemia de HIV/aids. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, MAISA; WHITE, Evelyn C. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Crioula, 2000, p. 95-102.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A - Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras

Título do projeto: Vulnerabilidade ao HIV/ aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos

Mestranda: Lucineide Santos Silva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirian Santos Paiva

Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras

Data: ___/___/200__

Local: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Condição sorológica para o HIV: () soropositivo(a) () soronegativo(a)

Sexo: _____

Tipo de ocupação: _____

Religião: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Procedência: () capital () interior

Opção sexual : Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()

Parceria Fixa: Sim () Não ()

Uso de Drogas: Sim () Qual(is): _____ Não () Já Usou () Qual(is):

Já foi acometido(a) por alguma DST: Sim () Qual(is): _____ Não ()

II. PERGUNTAS:

1. Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando se fala a palavra **AIDS**

2. Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando se fala a palavra **SEXO**

3. Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando se fala a palavra **SEXUALIDADE**

4. Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando se fala a palavra **PRÁTICAS SEXUAIS**

5. Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando se fala a palavra **VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS?**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada

Título do projeto: Vulnerabilidade ao HIV/ aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos

Mestranda: Lucineide Santos Silva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirian Santos Paiva

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Data: ___/___/200__

Local: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Condição sorológica para o HIV: () soropositivo(a) () soronegativo(a)

Sexo: _____ **Tipo de ocupação:** _____

Religião: _____ **Escolaridade:** _____

Idade: _____ **Estado civil:** _____

Procedência: () capital () interior

Opção sexual : Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()

Parceria Fixa: Sim () Não ()

Uso de Drogas: Sim () Qual(is): _____ Não () Já Usou () Qual(is): _____

Já foi acometido(a) por alguma DST: Sim () Qual(is): _____ Não ()

II. Aids

- O que é?
- Como alguém pode contrair o vírus da aids?
- Como as pessoas podem evitar essa doença?
- O que você faz para se prevenir da infecção pelo HIV?

III. Vulnerabilidade ao HIV/aids

- Na sua opinião, quais os motivos que favorecem a um homem ou a uma mulher se contaminar pelo vírus da aids?
- Quem tem mais possibilidade de se contaminar pelo vírus HIV, o homem ou a mulher? Por que?

▪ Aos soronegativos:

- Você acha que algum dia pode se contaminar pelo vírus da aids? Por quê?

▪ Aos soropositivos:

- Você considera que a sua contaminação pelo HIV pode ter sido resultante de alguma(s) situação(ões) de vulnerabilidade que você vivenciou? Por quê? Qual (is)?
- O que significa para você estar soropositivo com 50 ou mais anos?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TÍTULO DO PROJETO: Vulnerabilidade ao HIV/ aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de identificar situações de vulnerabilidade em relação ao HIV/aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos e soronegativos. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Lucineide Santos Silva.

O trabalho requer a participação voluntária de pessoas com 50 a 59 anos de idade, soropositivos ou soronegativos para o HIV, para responderem a um questionário contendo perguntas em relação à aids, sexo, sexualidade, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids. Os depoimentos serão gravados em fita de áudio, na qual o(a) participante poderá requerer a escuta ao final da entrevista, estando permitida a retirada ou acréscimo de informações. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (05) cinco anos, sendo posteriormente incinerado.

Este estudo embora não ofereça riscos físicos às pessoas nele envolvidos, poderá causar constrangimento ao usuário devido à exposição de sua condição de soropositivo ou por tratar de assuntos relacionados à sua intimidade.

Visando reduzir estes riscos, será preservada a privacidade e o anonimato, bem como o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da entrevista. Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos. Os pesquisadores não estão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da mestranda.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a autora através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelos telefones (71) 3245-8224 ou 3245-8366.

Agradecemos sua atenção.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A - IMP DICIONÁRIO TRI-DEUX-MOTS

*IMP*ortation des MOTs - obtido através do software Tri-Deux-Mots

TRI-DEUX Version 2.2

IMP

Le fichier de sortie mots courts tri,s est luci.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera luci.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est luci.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 7
 Nombre de lignes maximum par individu 3

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 8
 il sera laiss, en fin de mot
 Nombre de lignes lues en entr,e 85
 Nombre de mots ,crits en sortie 992
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractšres

Impression de la liste des mots

abfam1	abfa	1 abraç4	abra	1 absul	absu	1 absu3	abs1
1							
aceit1	acei	1 acont5	acon	1 adol2	adol	1 adult5	adul
1							
afeto2	afet	2 afin2	afin	1 aids2	aids	1 aids5	aid1
3							
alegr2	aleg	3 alegr4	ale1	1 alert5	ale2	1 aliv2	aliv
1							
amag1	amag	1 amame1	amal	1 amiz4	amiz	2 amoe2	amoe
1							
amor1	amol	1 amor2	amo2	17 amor3	amo3	2 amor4	amo4
5							
ampr5	ampr	1 angus1	angu	1 anima2	anim	1 arnam3	arna
1							
arrep4	arre	1 assom1	asso	1 atenç1	aten	1 atenç5	atel
1							
atraç3	atra	6 atraç4	atr1	1 aucon5	auco	1 bapar3	bapa
1							
beijo4	beij	1 bemes2	beme	1 bemes4	bem1	1 bemvi2	bem2
1							
bisex3	bise	1 bisex4	bis1	1 boa3	boa3	2 bom2	bom2
21							
bom4	bom1	3 bomba5	bom2	1 bomre2	bom3	1 cabeç3	cabe
1							
camfu5	camf	1 camis1	cam1	6 camis2	cam2	6 camis3	cam3
1							

camis4 1	cam4	5	camis5	cam5	8	canta3	cant	1	caric4	cari
carin1 1	car1	1	carin2	car2	8	carin3	car3	1	carin4	car4
casa2 1	casa	1	casal4	cas1	2	caut2	caut	1	cntes1	cnte
comha2 1	comh	1	comp2	com1	1	compl1	com2	1	compo3	com3
compr2 2	com4	1	compt2	com5	3	comuh2	com6	1	condel	cond
confi4 2	con1	1	conh3	con2	1	conhul	con3	2	consc1	con4
consc2 1	con5	1	consc3	con6	1	consc5	con7	1	const2	con8
contg1 1	con9	1	contl1	on10	1	contl3	on11	1	contr1	on12
convi3 1	on13	1	convul	on14	1	corfr5	corf	2	corp2	cor1
cost4 2	cost	1	crit3	crit	1	criti5	cri1	1	crpbo3	crpb
ctaid5 3	ctai	1	cuidal	cuid	6	cuida2	cui1	6	cuida3	cui2
cuida4 1	cui3	4	cuida5	cui4	7	cump2	cump	1	curti3	curt
dcon1 1	dcon	10	dcont1	dcol	1	delic3	deli	1	dente5	dent
depco4 1	depc	1	depg4	depl	1	deprs1	dep2	3	desan1	desa
desas1 2	des1	1	desas2	des2	1	desav1	des3	1	descol	des4
desct2 3	des5	1	descu5	des6	2	desej2	des7	5	desej3	des8
desej4 1	des9	2	desem1	es10	1	deses1	es11	3	deses5	es12
desfal 1	es13	2	desft1	es14	1	desho2	es15	1	desho4	es16
despc5 1	es17	1	despr2	es18	1	desri5	es19	1	deus1	deus
deus2 1	deu1	1	diarr1	diar	1	dific1	difi	2	difip2	dif1
difip3 1	dif2	1	din4	din4	1	dincl	din1	15	disac4	disa
discr1 1	dis1	4	discu2	dis2	1	disex3	dis3	1	diver4	dive
divt3 8	div1	1	dment3	dmen	1	doce4	doce	1	doenç1	doen
doenç2 4	doe1	1	doenç3	doe2	1	doenç5	doe3	2	doho1	doho
doho5 5	doh1	1	dor1	dor1	3	dpraz2	dpra	1	drogal	drog
droga5 1	dro1	3	druim1	dru1	10	dst1	dst1	3	dsvid1	dsvi
dtrat1 1	dtra	1	educ5	educ	2	emoç5	emoç	1	encer2	ence
envol4 1	envo	1	esc3	esc3	1	escfo2	esc1	1	escol1	esc2
escol2 2	esc3	1	escol3	esc4	2	escpe2	esc5	3	escpe4	esc6
espab4 1	espa	1	esper1	esp1	1	esper2	esp2	1	esque5	esqu

exage2 2	exag	1	excal	exca	1	expec4	expe	1	exper4	expl
expli5 1	exp2	1	expor5	exp3	2	exter5	exte	1	facil5	faci
falta2 1	falt	1	famil	fami	1	fami3	fam1	1	famil2	fam2
famor1 1	fam3	1	famor5	fam4	1	fanta3	fant	1	fanta4	fan1
faten5 1	fate	1	fazbe2	fazb	1	fazex4	faz1	1	fazex5	faz2
fazgo3 3	faz3	1	fazgt2	faz4	2	fel	fel	1	felic2	feli
felic4 3	fell	1	fescl5	fesc	1	fhigh1	fhigh	1	filho2	filh
fimdo5 2	fimd	2	fogo2	fogo	1	forfa2	forf	1	forfa3	for1
forfa4 3	for2	7	funda2	fund	1	gandi4	gand	1	gosta2	gost
gosta3 2	gos1	1	gosta4	gos2	1	harmo2	harm	1	heter3	hete
heter4 1	het1	3	higie4	higi	1	homda5	homd	1	homem1	hom1
homem3 1	hom2	7	homex4	hom3	1	homfe4	hom4	1	homg2	hom5
homm3 1	hom6	1	homos3	hom7	5	homos4	hom8	1	homos5	hom9
igno5 1	igno	1	imag2	imag	1	imag3	ima1	1	imat2	ima2
impa1 1	impa	1	impor2	impl	3	impor3	imp2	2	impos2	imp3
impul5 1	imp4	1	incen3	ince	1	indom5	indo	1	infel1	infe
infer1 1	inf1	1	inform5	inf2	1	inova4	inov	1	instr1	inst
inutil 3	inut	1	iresp1	ires	2	iresp2	ire1	1	iresp5	ire2
isol1 1	isol	1	jovem1	jove	3	julga1	julg	1	liber2	libe
liber4 1	lib1	1	libid2	lib2	1	librd3	lib3	1	librd4	lib4
lim5 1	lim5	1	limit1	lim1	1	limit2	lim2	1	limit5	lim3
louc1 1	louc	1	luta1	luta	1	lvnor5	lvno	1	mahu1	mahu
manei5 1	mane	1	mania2	man1	1	mania4	man2	1	manis3	man3
marav2 1	mara	3	marid2	mar1	1	mast4	mast	5	matde2	matd
medav1 4	meda	1	medct1	med1	2	medo1	med2	9	medo2	med3
medve2 1	med4	1	menav3	mena	1	mgcon5	mgco	1	momt4	momt
mortel 1	mort	17	motiv3	moti	1	mruim1	mrui	1	mulbo3	mulb
mulh2 1	mull	2	mulh3	mul2	7	namor2	namo	1	namro2	nam1
nbebe5 1	nbeb	1	ncont5	ncon	1	ncuid5	ncui	2	ncural	ncul
ndrog5 2	ndro	1	ndsex3	ndse	1	neces2	nece	5	neces3	nec1

neces4 1	nec2	2	negli2	negl	1	nexis2	nexi	1	nfumo5	nfum
ngsi4 1	ngsi	1	nimpo2	nimp	2	ninte2	nint	2	nlget5	nlge
nntp5 2	nntp	1	normal	norm	4	norma2	nor1	10	norma3	nor2
norma4 1	nor3	3	norma5	nor4	1	nparf5	npar	2	npcon5	npco
npop5 1	npop	1	nprev1	npre	1	nprev5	npr1	1	nrecs5	nrec
nseri5 1	nser	1	nsiho2	nsih	1	ntempl	ntem	1	nter1	ntel
ntnai3 1	ntna	1	ntpab5	ntpa	1	nunic1	nuni	1	nvale4	nval
obrig4 2	obri	1	opsex3	opse	7	orgia3	orgi	1	otimo2	otim
par2 1	par2	3	par2sexo4	par1	1	parct1	par2	1	parct2	par3
parfil 1	par4	1	parfi2	par5	3	parse2	par6	1	parse3	par7
parse4 1	par8	1	patp5	patp	1	pavor1	pavo	1	pdeus2	pdeu
pecad5 3	peca	1	pensa1	pens	1	pensa2	pen1	1	peri5	peri
perig1 1	per1	4	persel	per2	1	pesbo3	pesb	1	pesoc5	pes1
pess3 1	pes2	1	pestel	pes3	1	pleni3	plen	1	posed3	pose
posex3 1	pos1	1	possi5	pos2	1	praes4	prae	1	praho4	pra1
prapc2 8	pra2	2	prati4	pra3	6	pratr2	pra4	1	pratr4	pra5
pratr5 5	pra6	1	praze2	pra7	13	praze3	pra8	3	praze4	pra9
precol 9	prec	9	preco2	pre1	1	preco3	pre2	1	preoc1	pre3
preoc5 5	pre4	1	preop4	pre5	1	prevel	pre6	8	preve2	pre7
preve3 1	pre8	1	preve4	pre9	4	preve5	re10	6	prevs1	re11
probl2 1	prob	1	probl4	pro1	1	profi4	pro2	2	promi4	pro3
promi5 1	pro4	3	prost3	pro5	1	protg1	pro6	1	protg2	pro7
protg3 2	pro8	1	qafs5	qafs	1	qna5	qna5	1	qpcai5	qpca
qtaid5 3	qtai	1	qtmc5	qtmc	1	qualu4	qual	1	quape5	qual
qvcnv1 1	qvcn	1	raiva2	raiv	1	recip4	reci	1	recpr2	rec1
rejei1 1	reje	2	relat4	rela	1	relax2	rel1	1	relci2	rel2
remel 1	reme	1	remem1	rem1	1	repri2	repr	1	repro2	rep1
requil 1	requ	1	resdi3	resd	1	resg2	res1	1	resp2	res2
resp3 1	res3	1	resp01	res4	2	respo2	res5	1	respo3	res6
respo4 1	res7	2	rest2	res8	1	risco2	risc	1	ruim1	ruim

ruim2	ruil	1	ruim3	rui2	1	ruim4	rui3	1	sabca3	sabc
1										
sabon3	sabl	1	sabvc3	sab2	1	sado4	sado	1	samor3	samo
1										
satis2	sati	2	satis3	sat1	1	saude2	saud	2	saude4	saul
1										
sctral	sctr	1	sdeus1	sdeu	2	secui1	secu	1	secui5	sec1
1										
segen3	sege	1	segur1	seg1	1	segur2	seg2	3	sensi3	sens
1										
sensu3	sen1	2	senti3	sen2	1	seres5	sere	1	serfr1	ser1
1										
serhu4	ser2	1	serim5	ser3	1	serin1	ser4	1	serin5	ser5
2										
sexan1	sexa	1	sexan2	sex1	1	sexan4	sex2	6	sexde1	sex3
2										
sexde3	sex4	1	sexde5	sex5	6	sexli2	sex6	1	sexnt4	sex7
1										
sexo1	sex8	5	sexo2	sex9	3	sexo3	ex10	16	sexo4	ex11
9										
sexo5	ex12	1	sexop2	ex13	2	sexop3	ex14	3	sexop4	ex15
1										
sexor1	ex16	1	sexor2	ex17	1	sexor4	ex18	7	sexp4	ex19
1										
sexra4	ex20	1	sextm5	ex21	1	sexva2	ex22	1	sexva3	ex23
1										
sexva4	ex24	11	sfsd4	sfsd	4	sidal	sida	1	siglo1	sigl
1										
sofre1	sofr	3	sofre3	sofl	1	solid2	sol	1	solid3	soll
1										
sonho1	sonh	1	surp1	surp	1	tatool	tato	1	tcara3	tcar
1										
tesao2	tesa	1	tesao3	tes1	2	tesb4	tes2	1	traid5	tra
1										
traiq4	tral	1	tranq2	tra2	1	trans1	tra3	1	trata1	tra4
2										
trata5	tra5	1	trave3	tra6	1	trist1	tris	10	trist2	tril
1										
trist5	tri2	2	trsan1	trsa	2	trsan5	trs1	1	ttsr2	ttsr
1										
tudo2	tudo	2	umpe4	umpe	2	uniao2	unia	1	uniao3	uni1
1										
usam3	usam	1	usoan5	usoa	1	usopr2	usol	1	usopr5	uso2
2										
vacin1	vaci	1	vaida3	vaid	1	vale4	vale	1	vale5	vall
1										
valse3	val2	1	vcural	vcur	1	vcurt1	vcu1	1	velhi2	velh
1										
vergo5	verg	1	vicio2	vici	1	vidal	vida	1	vida2	vid1
4										
virgi3	virg	1	virus1	vir1	1	virus5	vir2	1	vital3	vita
1										
vivme1	vivm	1	vonta4	vont	1	vulne5	vuln	1		
Nombre de mots entr,s				992						
Nombre de mots diff,rents				519						

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 992 609 383

100 61.4 38.6

Question 016 Position 16 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 992 553 439
 100 55.7 44.3

Question 017 Position 17 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 992 428 564
 100 43.1 56.9

Question 018 Position 18 Code-max. 5
 Tot. 1 2 3 4 5
 992 639 217 95 26 15
 100 64.4 21.9 9.6 2.6 1.5

Question 019 Position 19 Code-max. 3
 Tot. 1 2 3
 992 754 91 147
 100 76.0 9.2 14.8

Question 020 Position 20 Code-max. 4
 Tot. 1 2 3 4
 992 37 555 264 136
 100 3.7 55.9 26.6 13.7

Question 021 Position 21 Code-max. 0
 Tot. 0
 992 992
 100100.0

ANEXO B - AFC : Analyse des correspondances

TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 54
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 18
 Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 54
 Le nombre de colonnes actives est de 18

M,moire disponible avant dimensionnement 469898
 M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 467092
 M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 463204

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.295142

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.079118
 Pourcentage du total = 26.8

Facteur 2

Valeur propre = 0.045199
 Pourcentage du total = 15.3

Facteur 3

Valeur propre = 0.038144
 Pourcentage du total = 12.9

Facteur 4

Valeur propre = 0.027510
 Pourcentage du total = 9.3

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

--------*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
amo2	64	2	-115	12	171	32	23	1	amor2
amo4	12	0	-117	4	158	8	-197	17	amor4
atra	-106	2	-222	16	-106	4	-308	51	atrac3
bom2	-291	55	115	15	54	4	-22	1	bom2
cam1	-182	6	95	3	16	0	-158	13	camis1
cam2	-250	12	-98	3	118	5	-46	1	camis2
cam4	-219	7	-492	66	-44	1	-212	20	camis4
cam5	-38	0	-62	2	174	16	-69	3	camis5
car2	10	0	-48	1	248	32	76	4	carin2
cuid	270	14	69	2	-32	0	-214	24	cuidal
cui1	234	10	-7	0	-657	167	33	1	cuida2
cui3	1101	150	125	3	-37	0	-110	4	cuida4
cui4	591	76	194	14	158	11	-204	26	cuida5
dcon	-320	32	264	38	-39	1	230	47	dcon1
des7	-46	0	121	4	154	8	-300	40	desej2
din1	-202	19	392	125	-35	1	264	93	dincl1
dis1	71	1	116	3	95	2	-141	7	discr1
doen	-83	2	132	8	84	4	126	11	doenç1
doho	-346	15	201	9	-15	0	-392	55	doho1
drog	-6	0	-349	33	12	0	3	0	drogal
dru1	-298	28	324	57	42	1	-63	4	druim1
for2	48	1	-34	0	159	11	11	0	forfa4
hom2	513	57	119	5	143	9	90	5	homem3
hom7	-61	1	-433	51	13	0	242	26	homos3
mast	381	22	-1	0	-446	64	131	8	mast4
med2	-60	1	-330	53	88	4	234	44	medo1
med3	102	1	168	6	-920	218	93	3	medo2
mort	-65	2	-5	0	146	23	-76	9	mortel
mul2	443	43	182	13	174	14	-3	0	mulh3
nece	484	36	219	13	41	1	-80	3	neces2
norm	-273	9	-76	1	-23	0	-191	13	normal
nor1	-400	50	15	0	-148	14	-191	33	norma2
opse	559	68	-184	13	120	6	129	10	opsex3
per1	-162	3	-53	1	87	2	21	0	perig1
pra3	52	0	116	4	105	4	-215	25	prati4
pra5	-77	1	187	15	124	8	89	6	pratr4
pra7	367	54	46	2	90	7	-100	12	praze2
pra9	666	69	99	3	-103	3	99	4	praze4
prec	373	39	-14	0	-258	38	199	32	precol
pre3	-291	24	505	125	96	5	269	58	preocl
pre6	-47	1	-30	0	112	6	-176	22	prevel
pre7	-347	19	-164	7	39	0	59	2	preve2
pre9	104	1	-252	14	-203	11	-25	0	preve4
re10	272	14	98	3	198	15	-105	6	preve5
sex2	-56	1	-519	88	74	2	66	2	sexan4
sex5	-12	0	-466	71	70	2	395	84	sexde5
sex8	-99	2	-82	2	-75	2	67	2	sexo1
ex10	-230	26	-47	2	-207	44	-68	7	sexo3
ex11	64	1	-53	1	-127	9	259	54	sexo4
ex18	-73	1	-219	18	94	4	-19	0	sexor4
ex24	-104	4	-177	19	31	1	28	1	sexva4
sfsd	217	6	152	5	-599	92	-225	18	sfsd4
tris	-195	12	-122	8	-354	80	-246	54	trist1
vid1	-134	2	-429	40	-70	1	313	35	vida2
* * * * *									
* * *1000* *1000* *1000* *1000*									
* * * * *									

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.      F=1  CPF      F=2  CPF      F=3  CPF      F=4  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151      219   61       15    0       99   26      136   67
0152     -333   93      -22    1     -150   39     -206  102
0161       76    7       -11    0      175   73     -162   87
0162      -92    8        13    0     -211   88      195  105
0171      173   25      164   39     -193   63     -134   42
0172     -110   15     -104   24      122   40       84   26
0181      135   24       40    4      118   39       46    8
0182     -289   41      225   44      -86    8     -194   53
0183     -216   10     -689  176      -60    2      256   40
0184      420    7       43    0    -2283  447      133    2
0185     -520    6     -990   35     -458    9    -1269   96
0191     -196   64      -38    4        -3    0       -16    1
0192     1496  231     321   19     -717  110      146    6
0193      514   89       91    5      234   38       33    1
0201     -799   53    1399  283     112    2      990  233
0202     -181   40     149   48       14    1       -83   24
0203      108    6     -568  315     -95   10      164   43
0204      962  220       76    2     110    6     -303   63
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

