

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSO* EM PSICOLOGIA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES JOVENS ASSOCIADAS
AO SEXO, RISCO E PRÁTICAS PREVENTIVAS**

Goiânia, 2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSO* EM PSICOLOGIA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES JOVENS ASSOCIADAS
AO SEXO, RISCO E PRÁTICAS PREVENTIVAS**

Tese apresentada ao Programa Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Doutorado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), como requisito para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Doutoranda: Maria Eliane Liégio Matão

Orientador: Prof^o Dr Pedro Humberto Faria Campos

Área de concentração: Processos Psicossociais

Goiânia, 2012

Matão, Maria Eliane Liégio.
M425r Representações sociais de mulheres jovens associadas ao
sexo, risco e práticas preventivas [manuscrito] / Maria Eliane
Liégio Matão. – 2012.
XXX f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Departamento de Psicologia, 2012.

“Orientador: Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos”.

1. Mulheres - Comportamento sexual. 2. Doenças
sexualmente transmissíveis - Prevenção. 3. Representações
sociais. I. Título.

CDU: 316.6:616.9(043)

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Autora: Maria Eliane Liégio Matão

Título: Representações Sociais de Mulheres Jovens Associadas ao Sexo, Risco e Práticas Preventivas

BANCA EXAMINADORA:

Dr Pedro Humberto Faria Campos (Presidente)
Professor Titular - Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dr^a Maria Imaculada de Fátima Freitas
Professora Titular - Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais

Dr^o Elionai Dornelles Alves
Professor Titular - Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília

Dr^a Milca Severino Pereira
Professora Titular - Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dr^o José Rodrigues do Carmo Filho (Suplente)
Professor Adjunto - Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dr^o Cristiano Coelho (Suplente)
Professor Adjunto - Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dr^a Denise Teles Freire Campos
Professor Adjunto - Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Goiânia, 25 de agosto de 2012.

As fontes primárias revelam o desenvolvimento num jogo dialético de renovação e tradição, cujo movimento só pode ser captado pela análise minuciosa dos acontecimentos de toda uma época

Guelfi, 1987, (adaptado)

Aos inesquecíveis Vô Tônico e Vó Nêga (*in memoriam*)

A minha saudade imensa!

A falta de vocês é como sol sem calor.

Ao afilhado Rafael,

Que chegou há pouco tempo e é fonte de alegria!

A sua presença pequena e frágil se faz gigante e me fortalece.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
Pela proteção.

Ao Professor Pedro Humberto Faria Campos, meu orientador,
Pelas contribuições e por fazer essa caminhada possível de ser percorrida, apesar dos obstáculos.

Aos professores que integram a banca examinadora,
Por mais uma vez estarem ao meu lado com o apoio necessário

À minha mãe, Fátima,
Por todo amor e dedicação incondicional.

Ao meu irmão, Paulo,
Incansável em suas manifestações de estímulo e cuidado.

Aos amigos, e são muitos,
Pela constante demonstração de carinho, respeito e solidariedade.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho de pesquisa foi conhecer e analisar o sistema de Representações Sociais elaboradas por mulheres jovens acerca das práticas sexuais preventivas e do risco para DST/HIV/Aids, com vistas à compreensão de seu sistema sócio-cognitivo no que tange a essa temática. O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, em quatro cidades do Estado de Goiás, especificamente Região Noroeste de Goiânia, Heitorai, Jaraguá e Luziânia, selecionadas conforme critérios de maior possibilidade de semelhança quanto ao modo de vida dos sujeitos. Participaram 112 mulheres sexualmente ativas nos últimos doze meses, com idade entre 18 e 35 anos, usuárias do serviço público de saúde referência para o setor do município pesquisado. O instrumento de pesquisa adotado foi questionário, do tipo autoaplicável. As representações sociais foram identificadas por meio de questões de associação livre aos indutores sexo, DST, e risco de pegar DST. O teste de centralidade foi realizado para as evocações obtidas ao termo sexo, no sentido de se verificar a conexidade entre elementos centrais, ou seja, que tipo de relação os elementos constituintes da representação social mantêm entre si. Para tanto, foi realizada uma análise de similitude e construída a árvore representacional, em que se verifica a força das ligações entre as categorias. O estudo das práticas sexuais foi operacionalizado por quatro questões sobre: as práticas preventivas (com utilização da técnica de substituição, “zona muda”); a proximidade de pessoas que já foram acometidas por uma DST; os hábitos sexuais em mulheres, e as razões para o uso ou não uso do preservativo. Os resultados indicam que, muito provavelmente, as evocações dos termos prazer e amor constituem o núcleo central da representação social desse grupo acerca de sexo. O primeiro termo está associado a prevenção, desejo, medo, gravidez, doenças e camisinha; enquanto o segundo se associa às cognições confiança, carinho, intimidade. No que se refere à existência de fidelidade ao parceiro, verificou-se que este comportamento é percebido em maior percentual como realizado por algumas poucas mulheres, e que a exposição pela via sexual por prática desprotegida ou relacionada a características de parceiro com algum fator de risco para DST é realidade para muitas. No campo da representação, a vida sexual está dividida em dois polos, um ligado a existência de amor e o outro ao prazer. A prática de prevenção está incorporada pelos sujeitos como crença porque previne contra doenças sexualmente transmissíveis, porém mostrou-se absolutamente condicionada na medida em que há forte associação entre amor e confiança, casos em que o uso de preservativo é considerado dispensável. Com base nas representações estudadas, pode-se apontar que, no sistema sociocognitivo destas mulheres, a percepção de risco é relativizada, diminuída na presença de envolvimento emocional. O reconhecimento, da parte delas, de se encontrarem em um contexto no qual nem a prevenção, nem a fidelidade é prioritária, associado ao reconhecimento de convivência próxima com mulheres que já tiveram DST ou se contaminaram com o HIV, resulta em uma percepção relativa do risco, ou seja, da própria condição de vulnerabilidade. Pode-se afirmar que, apesar do conhecimento adquirido sobre o risco e a necessidade de prevenção, a representação do sexo como fundado em uma articulação entre prazer e amor, é o determinante na adoção das práticas sexuais. Os resultados permitem pensar que o afeto vem diluir a percepção de risco.

Descritores: Sexualidade; Comportamento Sexual; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The purpose of this research was to learn about and analyse the social representation system among young women concerning preventive sexual practices and the risk of STD/ HIV/ AIDS with a view to understanding their socio-cognitive system regarding these issues. The study – of an exploratory and descriptive nature – adopted a qualitative approach and was carried out through field research in four cities in the state of Goiás, Brazil, namely Goiania (Northwestern section), Heitorai, Jaragua and Luziania, according to selection criteria for greater possibility of similar lifestyles among subjects. Participants included 112 women who were sexually active in the last 12 months, aged between 18 and 35 years, and users of the existing public health care service in the municipality under research. The research tool used was a written questionnaire answered by the subjects themselves. Social representations were identified by means of questions that could be freely associated to the following prompting terms: sex, STD, and risk of catching an STD. The centrality test was carried out for evocations of the term sex in order to verify the connection among central elements, *i.e.*, the type of relation that is sustained among the elements that constitute social representation. To that end, a similarity analysis was carried out and a representational tree was built, where the strength of the linkages among the categories is verified. The study of sexual practices was operationally conducted through four key questions about: preventive practices (using the substitution technique, or “mute zone”); the proximity to people who have been struck by an STD; sexual habits in women, and reasons for using or for not using a condom. The results indicate that the evocations “pleasure” and “love” very probably constitute the central core of this group’s social representation of sex. The first of the two terms is associated to prevention, desire, fear, pregnancy, diseases and condom; whereas the second term is associated to evocations of confidence, affection, intimacy. As regards faithfulness to the partner, it was noted that this behavior is perceived at a higher percentage as being practiced by few women, and that exposure via unprotected sexual practice or via sexual practice involving the characteristics of a partner who has some risk factor for STDs is a reality for many of the subjects. From a representational perspective, sexual life is divided into two poles: one linked to the existence of love and the other to love. Preventive practice has been incorporated by the subjects as a belief because it prevents STDs, but evidence has shown it is absolutely conditioned inasmuch as there is a strong association between love and confidence – in which case it is deemed that the use of a condom can be waived. Given the representations researched in this study, it can be stated that, in the socio-cognitive system of these women, the perception of risk is subject to relative variables and that it is lessened in the presence of emotional involvement. Their recognition of the fact that they are in a context where neither prevention nor faithfulness is a priority, coupled with the recognition that they live close to women who had STD or who were infected by HIV, results in a relative perception of risk, *i.e.*, of their own condition of vulnerability. It can be stated that, despite the knowledge gained about risk and the need for prevention, the representation of sex as founded on an interaction between pleasure and love is the determining factor of the sexual practices adopted. The results allow us to think that affection reduces the perception of risk.

Descriptors: Sexuality; Sexual Behavior; Vulnerability.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i> , em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i> , em português: Ácido Desoxiribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy, em português: Terapêutica Anti-retroviral de Alta Eficácia.
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> , em português: Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IF	Inibidores de Fusão à Membrana
IP	Inibidores de Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos
NC	Núcleo Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNA	<i>Ribonucleic Acid</i> , em português: Ácido Ribonucleico
RS	Representações Sociais
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
rang	Ordem média de evocação
SIMI	Análise de Similitude
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
THR	Teoria de Homeostase do Risco
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i> , em português: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
UNESCO	<i>United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization</i> , em português: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
ONU	Organização das Nações Unidas

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Coeficiente Alfa de Cronbach's relativo ao questionário aplicado.....	48
TABELA 2	Distribuição das mulheres por município de residência. Goiás, 2011....	51
TABELA 3	Distribuição das mulheres segundo faixa etária. Goiás, 2011.....	52
TABELA 4	Distribuição das mulheres por escolaridade, estado civil, raça e religião. Goiás, 2011.....	52
TABELA 5	Distribuição das categorias obtidas a partir das evocações de jovens mulheres ao termo indutor Sexo. Goiás, 2011.....	53
TABELA 6	Distribuição das mulheres em relação à ocupação exercida. Goiás, 2011.....	56
TABELA 7	Distribuição da auto percepção de fatores associados a DST. Goiás, 2011.....	59
TABELA 8	Distribuição quanto à percepção que colegas têm acerca de fatores associados a DST. Goiás, 2011.....	60
TABELA 9	Distribuição quanto à percepção que mulheres da cidade de residência têm acerca de fatores associados a DST. Goiás, 2011.....	61
TABELA 10	Distribuição da auto percepção das jovens mulheres quanto à vulnerabilidade ao risco de infecção pelo HIV/aids. Goiás, 2011.....	62
TABELA 11	Distribuição conforme as pessoas que as jovens mulheres conhecem que já tiveram alguma DST: Goiás, 2011.....	62
TABELA 12	Distribuição da percepção que jovens mulheres têm das práticas sexuais com relação ao tipo e quantidade de parceiro. Goiás, 2011.....	63
TABELA 13	Distribuição das justificativas adotadas por jovens mulheres para uso do preservativo. Goiás, 2011.....	64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Elementos da RS de “Sexo” em jovens mulheres. Goiás, 2011.....	54
QUADRO 2	Elementos da RS de “doença sexualmente transmissível” em jovens mulheres. Goiás, 2011.....	57
QUADRO 3	Elementos da RS de “risco de pegar uma DST” em jovens mulheres. Goiás, 2011.....	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas. 49

FIGURA 2 Árvore máxima da representação social de SEXO em jovens mulheres.

Goiás, 2011..... 56

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE QUADROS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I. SEXUALIDADE NA CULTURA E A EPIDEMIA DA AIDS	17
1.1 Desenvolvimento da Sexualidade Humana	17
1.1 Das Doenças Sexualmente Transmissíveis à Feminização do HIV/AIDS.....	20
1.2 Risco: Relações Entre Teoria e Prática.....	29
1.3 Adesão às Práticas Preventivas e o Controle da Epidemia de HIV/AIDS	34
1.4 Teoria das Representações Sociais	35
1.4.1 Relações entre Práticas Sociais e Representações Sociais	37
1.4.2 O Estudo das Práticas Sociais no Campo da Teoria das Representações Sociais	40
1.4.3 Abordagem Estrutural: Teoria do Núcleo Central.....	42
1.4.4 Representações Sociais e “Zona Muda”	44
CAPÍTULO II. SEXO, RISCO, DST/AIDS E PRÁTICAS PREVENTIVAS: UM ESTUDO EMPÍRICO.....	47
2.1 Método.....	47
2.1.1 Sujeitos	47
2.1.2 Instrumento.....	48
2.1.2.1 Análise das Evocações.....	49
2.1.2.2 Análise de Similitude.....	50
2.1.2.3 Análise da zona muda.....	51
2.1.2.4 Análise dos Comportamentos e das Práticas Sexuais.....	51
2.2 Resultados.....	51
2.2.1 Caracterização das Participantes	51
2.2.2 Representações Sociais Associadas ao Sexo, DST e Risco.....	53
2.2.3 Práticas Preventivas	58
2.3 Discussão	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	83

INTRODUÇÃO

Por ser a saúde da mulher a área de minha dedicação acadêmica há mais de vinte anos, ao domínio teórico-prático agregaram-se valores que comportam as dimensões política, social e humana. Gradativamente, têm possibilitado a ampliação da ação pedagógica junto aos discentes, mas também perceber a saúde da mulher como um campo de contradições e paradoxos relacionados às questões objetivas e subjetivas do viver em sociedade. A ocorrência da epidemia do HIV/Aids entre as mulheres, me mobiliza no sentido de aliar conhecimento científico específico com a contextualização dos fatos, aspecto inegavelmente fundamental para melhor compreender as formas de viver das pessoas.

A pandemia trouxe consigo, além da destruição do sistema imunológico das pessoas infectadas, também sérias implicações sociais. Desde que surgiu, apresentou, de forma incontestável, uma estreita relação entre comportamento e atitude relacionados com a vida sexual. Especificamente no que se refere à vivência da sexualidade, há uma pluralidade de fatores implicados, dentre os quais, certamente, se colocam, com forte ênfase, as relações de gênero numa perspectiva relacional e transversal.

Nesse contexto, também se destacam questionamentos relativos ao sexo, práticas preventivas, fidelidade, confiança, afeto, saúde e doença, vida e morte. Nesse contexto, também se destacam questionamentos relativos ao sexo, práticas preventivas, fidelidade, confiança, afeto, saúde e doença, vida e morte. De certo modo, esse aspecto determinou limites às pessoas, bem como mudanças nas formas de pensar, agir, perceber e conviver em sociedade.

Estudar a temática exige um olhar multifacetado capaz de permitir a apreensão de toda a amplitude presente no processo das relações intersubjetivas. Além disso, pensar acerca das interações relacionais exige postulados que permitam transpor a visão mecanicista, linear, de causa e efeito. Exige, pois, alcance para diferentes vértices e ângulos.

Entretanto, as temáticas implícitas nas questões relativas ao HIV/Aids podem causar conflitos e constituir ameaça às crenças e aos valores das pessoas. Tal perspectiva pode dificultar, e muitas vezes até impedir, a percepção dos riscos aos quais se submetem, com impacto direto na capacidade de reflexão acerca da totalidade de condições presentes, assim como na adesão às medidas preventivas.

A questão central que funda a intenção investigativa do presente trabalho pode ser formulada em termos da relação entre uma forma de pensamento – na verdade, um sistema

sociocognitivo elaborado e mantido pelas mulheres envolvidas neste contexto – e o conjunto de condutas que colocam essas mulheres em posição de vulnerabilidade. Ou seja, estudos recentes vêm levantando a hipótese que algum elemento cognitivo e emocional específico (como o amor ou confiança) poderia relativizar a avaliação de risco em população que tem informação adequada e adesão a uma crença geral de importância do preservativo. Assim, se tornou necessária a interrogação das crenças acerca das DST/HIV/Aids não mais em forma simples de uso ou não uso do preservativo, mas em termos de um sistema de representações-práticas (LALHOU, 2008; CAMPOS, 2003; ABRIC, 1994). Disto pode-se formular a questão: como se organiza o sistema de representações e práticas que regulam a conduta social de jovens mulheres?

Para responder a pergunta estabeleceu-se como objetivo para o presente estudo, identificar as representações sociais elaboradas por jovens mulheres acerca das práticas sexuais preventivas e de risco, para DST/HIV/Aids, com vistas à compreensão estrutural do seu sistema sócio cognitivo.

O trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro deles é destinado ao registro de conteúdos que compõem o corpo teórico conceitual com maior interface e que sustenta a investigação proposta. A abordagem se caracteriza como sucinta e tem início com a apresentação de aspectos da sexualidade humana, em especial das implicações decorrentes da conjuntura histórica e da organização sociocultural que influenciam a adoção de percepções, comportamentos e expectativa dos papéis sexuais. Em seguida, o enfoque é para as doenças sexualmente transmissíveis, este um problema comum diretamente ligado ao exercício da sexualidade que afeta pessoas em todo o mundo. Dentre elas, o HIV/Aids ganha destaque em razão de ainda se constituir em pandemia dinâmica, multifacetada e complexa que continua como ameaça à vida das pessoas. Para além do aspecto infeccioso e letal do agravo, a estreita ligação de aspectos da sexualidade e práticas sexuais com a sua ocorrência, exige considerar questões acerca de risco e de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids, assim como sobre adesão às práticas preventivas e as principais estratégias já dotadas para controle da epidemia. O último tema abordado no Capítulo I é do referencial teórico metodológico adotado no estudo, qual seja, a teoria das representações sociais, segundo Moscovici, a partir da abordagem estrutural, também conhecida como teoria do núcleo central, desenvolvida por Abric (1998).

No segundo capítulo, estão os resultados da pesquisa de campo e aparece dividido em dois subitens. No primeiro está descrito o método utilizado no estudo, com todo o detalhamento relativo aos sujeitos, instrumento e explicações técnicas necessárias utilizadas

no processo de análise. No segundo item estão os resultados da pesquisa de campo, primeiramente aparece a caracterização das participantes e em seguida a parte empírica do estudo, exibidos em tabelas, quadros e figuras, bem como discussão dos temas que se destacam, além da sua articulação com autores e estudos pertinentes. Por fim, são feitas considerações finais, quando se busca evidenciar de forma objetiva e sintética os principais achados do estudo.

CAPÍTULO I

SEXUALIDADE NA CULTURA E A EPIDEMIA DA AIDS

A sexualidade configura-se como um conjunto de vários aspectos. Dado à sua complexidade é estudado ao longo de centenas de anos e, de modo contínuo, está sujeita a transformação. Tais aspectos referem-se à sua estrutura cultural e social inserida num sistema de poder (TREVISAN, 2004).

1.1 Desenvolvimento da Sexualidade Humana

Até o século XVIII não era possível encontrar um modelo de sexualidade humana conforme entendemos hoje. Nessa época, a sexualidade se reduzia à sua função reprodutora, e o casal procriador era o modelo. Assim, quem fugia aos padrões estabelecidos, era expulso do meio social e reduzido ao silêncio.

Desde então, verifica-se uma proliferação de discursos sobre sexualidade, estimulada pelo próprio poder, através da igreja, escola, família, o consultório médico. Essas instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual, mas sim o controle do indivíduo e da população, com vistas à manutenção na ordem das coisas estabelecidas, dentre elas a sujeição do sexo feminino ao masculino, o que proporcionou poder e supervalorização deste último (FOUCAULT, 1984). Neste contexto, a atividade sexual é aceita no interior da relação marital e com finalidade de procriação. Aqui, pode-se dizer que amor, casamento, sexo e procriação é a assertiva válida para a época.

No século XX, inúmeros fatores foram responsáveis por imprimir acentuada mudança no padrão atribuído como normal e adequado. A primeira metade do período é marcada por explosão de guerras e início da participação da mulher no mercado de trabalho, aliado às descobertas de Freud, além do avanço da ciência e tecnologia, em especial a descoberta e disponibilização de tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e também do anticoncepcional.

Nesse processo de construção, a constituição do movimento feminista favoreceu tais mudanças. Nos anos 60 estabeleceu-se um processo conhecido por Revolução Sexual, com manifestações em prol da liberação sexual (MOTA, 2004; MACEDO, 2003). De fato, muitos fatores contribuíram para a ocorrência de uma revolução dos costumes, obviamente sempre cercada por resistência da igreja e da sociedade machista. Mas, o principal gatilho foi, sem

dúvida, o desenvolvimento e generalização do uso do contraceptivo oral, o que levou a contracepção de modo fácil e seguro. De modo complementar, no sentido de fortalecer os progressos obtidos, tem-se a maior escolarização de uma parcela considerável de mulheres, e sua consequente independência financeira.

Do exposto, verificam-se os principais pontos que permeiam e marcam os processos de mudança nas relações homem e mulher. De um lado, a revolução industrial que tira a mulher do ambiente doméstico e incorpora-a ao mundo do trabalho remunerado. Por outro, a revolução sexual obtida pelo surgimento da pílula anticoncepcional, tornou as pessoas mais disponíveis para o sexo sem compromisso. Entretanto, apesar disso, ainda vigoram os padrões de subalternidade da mulher aos desígnios do homem, uma vez que persistiu a desigualdade com o homem imposta sob o argumento da diferença biológica, esta uma questão histórica e cultural presente nas relações de poder (SOUZA FILHO, 2000; MARTINS; SOUZA FILHO, 1996).

Em meio a tudo, emerge a livre expressão da sexualidade, inclusive nos aspectos sentimental e sexual. Visto como eco desse processo de transformação nas relações entre homem e mulher, primeiramente, há uma desvinculação entre sexo e reprodução, e depois entre sexo e casamento. Com isso, a aceitação de sexo com outra finalidade, a de prazer, se estabelece.

Mudou a configuração da sexualidade para um caminho que a levaria à parcialidade. Conforme Foucault (1984) trata-se de algo inexplicável que ocorre por relações causais íntimas, de cada indivíduo, construindo, assim, uma nova hipótese acerca da sexualidade humana, segundo a qual esta não deve ser concebida como um dado da natureza que o poder tenta reprimir. Deve, sim, ser encarada como produto do encadeamento da estimulação dos corpos, da intensificação dos prazeres, da incitação ao discurso, da formação dos conhecimentos, do reforço dos controles e das resistências.

Como parte do desenvolvimento humano, a sexualidade é formada desde a infância, portanto, presente em toda a trajetória da pessoa. Em geral, busca sua afirmação no período da adolescência ou juventude, ocasião em que nem sempre é acompanhada do amadurecimento afetivo e cognitivo, motivo pelo qual essa etapa da vida é considerada de extrema vulnerabilidade aos riscos da atividade sexual não planejada e desprotegida (ALVES; LOPES, 2008).

No desenvolvimento da sexualidade muitos aspectos estão implicados. O fato de ser socialmente construída, ou seja, fortemente influenciada pelo ambiente sociocultural e religioso em que o indivíduo se insere, contribui para acentuar ou minimizar a exposição aos

agentes agressores e protetores. Nessa perspectiva, como construção social, a sexualidade não se refere às características biológicas e anatômicas do indivíduo. Dito de outro modo, quer dizer que de fato não nascemos mulheres ou homens, mas nos tornamos mulheres ou homens (LOURO, 1996). Então, sexualidade não é sinônimo de sexo de nascimento da pessoa, mais que isso, tem diferentes formas de manifestação, o que faz de seu universo uma grandeza enorme. Pode-se dizer que, para a sua abordagem tal como se caracteriza, deve ser elaborada a partir de uma concepção integral da pessoa, uma vez que matiza o modo de entender-se e de entender a realidade.

Parker (2003) também refere que a sexualidade constitui-se em conformidade com a cultura e o tempo em que estiver inserida. Estão envoltos nesse conjunto, rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções. Assim, a construção da sexualidade não é definitiva, ela é sim, passível de mudança, não finalizada, dotada de instabilidade.

A partir desta compreensão, o ser homem ou ser mulher aponta para a dimensão das relações sociais do feminino e do masculino, o que implica falar de relações de gênero. Reportar à questão de gênero, as referências básicas compreendem a masculinidade e a feminilidade, como educar e ser educado nesses termos, ou seja, como caminhar para uma identidade produzida pela cultura e sociedade. Sendo assim, a compreensão de gênero como um produto socialmente elaborado, permite fazer uma análise das relações de poder, baseando-se nas diferenças perceptíveis entre os sexos e entre representações dominantes (SALES, 2008; MACEDO, 2003).

No cotidiano, dados nacionais e internacionais mostram a série de fatores envolvidos no exercício de poder e autonomia dos sujeitos frente aos diferentes aspectos da vida, inclusive relativo à própria intimidade das pessoas.

No que se referem às práticas sexuais, Souza Filho (2000) em estudo relativo às dimensões da vida afetiva e sexual, apresenta resultados com fortes tendências socioculturais capazes de afetar a adoção de medidas preventivas. Finkler, Oliveira e Gomes (2004) reiteram que as dificuldades e restrições para adoção sistemática do preservativo estão mais relacionadas aos homens, o que coincide com Paiva *et al.* (2002), e que de um modo geral podem ser facilmente explicados por falta de interesse nesse uso. Entre as mulheres, o principal argumento para justificar a opção por não usar o preservativo tem caráter subjetivo e se refere à interferência na proximidade do casal, especialmente nos casos tidos como parceria fixa ou estável.¹ Também nesse aspecto, Oltramari e Camargo (2004) alertam para aspectos

¹ Conforme a OMS/UNAIDS (1999) o termo parceria fixa e/ou estável se refere ao relacionamento de duas pessoas que coabitam e/ou mantém relações sexuais por um período mínimo de um ano, já o MS admite também a existência de conceitos que se baseiam em referenciais sociais e culturais (BRASIL, 2003).

importantes revelados por profissionais do sexo que influenciam na adoção de medidas preventivas para as DST e contracepção. Esses e outros estudos dão a extensão da problemática que envolve os aspectos relacionados aos padrões de negociação e adoção de medidas preventivas pelos parceiros.

1.1 Das Doenças Sexualmente Transmissíveis à Feminização do HIV/Aids

A existência de DST acompanha a história da humanidade há milênios e desde sempre estiveram ligadas às práticas sexuais, mais precisamente a promiscuidade sexual. São moléstias infectocontagiosas transmitidas durante o ato sexual, algumas nem sempre determinam, de imediato, sintomatologia. Quando não tratadas precoce e adequadamente, podem determinar sequelas que comprometem o aspecto reprodutivo da pessoa, em especial das mulheres. A descoberta do antibiótico assinalou avanços relevantes ao tratamento, porém não eliminou a existência de novos casos. Vale ressaltar que algumas DST, quando não tratadas, podem evoluir para complicações graves e até levar a morte (BRASIL, 2005).

No sentido de minimizar a problemática, a OMS (2007) recomenda e o Brasil (2008a) adota, o enfoque sindrômico para diagnóstico e tratamento dos casos de DST. A Abordagem sindrômica é um método segundo o qual se classifica as doenças em síndromes pré-estabelecidas, conforme os sinais e sintomas apresentados e implementa o tratamento de imediato, sem a necessidade de aguardar resultados de exames confirmatórios. Atribui-se como principal vantagem de sua utilização, a interrupção imediata da cadeia de transmissão da doença.

Apesar disso, ainda nos dias atuais, tais agravos são de grande importância para a saúde pública, uma vez que estão entre as dez principais causas que levam as pessoas a procurar por serviços de saúde no mundo². Os números reais de prevalência e incidência não são bem conhecidos devido a inúmeros fatores, mas conforme a OMS (2007), são estimados 448 milhões de infecções curáveis³ em todo o mundo, cerca de quase um milhão de novos casos por dia, principalmente entre homens e mulheres com idade entre 15 e 49 anos. No Brasil correspondiam a 12 milhões de casos nessa estimativa (BRASIL, 2008a).

Assim, mesmo antes da Aids aparecer, o campo da saúde pública já se confrontava com o problema da prevenção e da necessidade de mudança no comportamento para controle dessas doenças. Apesar disso, em nível mundial, os investimentos feitos para tratamento e

² Nos países em desenvolvimento estima-se que seja uma das cinco causas mais frequentes de busca por serviços de saúde (OMS, 2005).

³ Incluídas quatro DST curáveis: gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase (BRASIL, 2008).

controle de novos casos só se tornaram mais evidentes depois do surgimento do HIV/Aids como pandemia.

A Aids se manifesta após a infecção do organismo pelo HIV. O vírus foi identificado no ano de 1986, mas o primeiro caso da doença no mundo foi registrado no início da década de 1980 e descrita em anos seguintes (BRASIL, 2000). Conhecidos os tipos 1 e 2, classifica-se como retrovírus citopático e não-oncogênico, da Família *Retroviridae* e Subfamília *Lentivirinae*. Para multiplicar-se, necessita da enzima denominada transcriptase reversa, pois possui no genoma duas cópias de RNA localizadas no *core*, o qual é envolvido por envelope composto de dupla camada lipídica, onde estão imersas moléculas protéicas específicas do vírus. Essa enzima é responsável pela transcrição do RNA viral em DNA complementar fazendo com que a célula do hospedeiro reconheça-o e não o destrua (PASSOS, 2005).

Após a infecção da célula humana pelo vírus, este passará por um complexo ciclo de replicação, que se iniciará por uma ligação de glicoproteínas (gp) virais ao receptor específico da superfície celular existente nas células hospedeiras. Com a fusão do envelope do vírus e a membrana da célula hospedeira ocorrerá migração do core do vírus para o citoplasma dessa célula. A transcrição do RNA viral em DNA complementar será transportada para o núcleo da célula e, através da enzima integrase, haverá integração dessa transcrição no genoma celular isoladamente. Daí então passará a ser produzido RNA mensageiro viral, que retornará ao citoplasma da célula, onde as proteínas virais depois de sintetizadas serão processadas pela enzima proptose. Por fim, ocorrerá à síntese de novas unidades de RNA genômico que, juntamente com a estrutura externa do vírus, irão formar novas partículas virais que serão liberadas pela célula hospedeira, podendo permanecer no fluído extracelular ou infectar novas células. A interferência em qualquer um desses passos do ciclo vital do vírus, já se sabe, impedirá a multiplicação e/ou liberação de novos vírus (PASSOS, 2005).

Os casos foram primeiramente reconhecidos nos Estados Unidos, entre homens à época denominados homossexuais, hoje, homens que fazem sexo com homens (HSH), provenientes de grandes cidades norte-americanas (Nova York, Los Angeles e São Francisco), nos quais se detectava Sarcoma de *Kaposi* e Pneumonia pelo *Pneumocystis jiroveci* (antes denominado *Pneumocystis carinii*). Estes sintomas, no seu conjunto, apresentavam características próprias, e nunca haviam sido observados, até então, ao mesmo tempo, em pessoa sem histórico de outras doenças (SODELLI, 1999). A pneumocistose, por exemplo, ocorria em pacientes com câncer em estágios avançados; já o Sarcoma de *Kaposi* era bem conhecido entre idosos procedentes da bacia do Mediterrâneo.

Transcorrido algum tempo, se detectou a propagação da infecção em outros segmentos populacionais. Dado às condições e características sociais dos novos infectados, tais como

usuários de drogas, prostitutas e travestis, acentuou a conotação moralista ligada à prática da sexualidade, o que contribuiu ainda mais para o olhar excludente dirigido aos doentes, bem como manifestações acentuadas de intolerância, medo e preconceito nas relações sociais (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Nesse período em que não se conhecia as causas da doença, nos Estados Unidos, temporariamente, chegou a ser conhecida como Doença dos 5H, uma referência aos Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos⁴ e *Hookers*⁵ (CAMARGO; CAPITÃO, 2010; OMS, 2009).

Decorrente do perfil dos casos iniciais, a doença foi caracterizada como sendo sexualmente transmissível. Em seguida, outras formas de contaminação foram identificadas, por transferências sanguíneas, seja por transfusão de sangue contaminado ou uso de drogas injetáveis com seringas compartilhadas, e contato heterossexual, o que contaminou mulheres e também crianças pela transmissão vertical. Tal condição contribuiu para a sua disseminação, progressivamente, ao redor do globo, ou seja, já foi identificada em países dos cinco continentes, portanto, com casos da doença no mundo inteiro (OMS, 2009).

Frente ao impacto da pandemia, em busca de ampliar a capacidade de resposta mundial à pandemia de Aids, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 1996, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a Aids - UNAIDS (em inglês, *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*), como resultado da parceria entre seus diferentes organismos⁶. Pode-se dizer que se trata de um marco, visto que os países passaram a encarar a doença de modo ampliado, considerando-se as várias facetas que estão implicadas no contexto. Por outras palavras, transformou a forma de como o mundo combate o HIV/Aids, a partir do foco permanente epidemiológico, com registro atualizado acerca da incidência e prevalência global, por região e segmento populacional. Além disso, atua na propagação do estado da arte acerca da infecção, bem como contribui para que países de todas as regiões do mundo consigam alcançar e oferecer acesso universal à sua população, tanto no que se refere à prevenção e tratamento, quanto atenção e apoio em HIV.

⁴ Usuários de heroína injetável

⁵ Profissionais do sexo, em inglês.

⁶ Os organismos parceiros são: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF – sigla em inglês), Programa Mundial de Alimentação (WFP – sigla em inglês), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA – sigla em inglês), Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC – sigla em inglês), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO – sigla em inglês), Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

Com isso, a dinâmica da epidemia passou a ser monitorada, e os dados registrados em banco de dados e em relatórios que se configuram como referência mundial para análise integral da situação, tanto da epidemia quanto da resposta obtida pelas estratégias adotadas (OMS, 2009).

De modo crescente, houve avanços no conhecimento científico acerca da doença. A identificação do vírus causador e das fases no ciclo de vida do HIV, com isso a dinâmica viral, suas formas de transmissão e mecanismo de ataque ao sistema imunológico, especialmente os linfócitos TCD4, com alteração do DNA da célula e produção de inúmeras cópias virais, resultaram na descoberta de recursos para o seu controle. Como exemplo, citam-se mecanismos de diagnóstico precoce, medicamentos que impedem a sua multiplicação e tratamentos coadjuvantes que prolongam o período de contaminação até o adoecimento das pessoas infectadas, bem como melhoram a qualidade de vida dos mesmos. Contribuíram, também, a disponibilidade de novos exames laboratoriais para acompanhar e monitorar a evolução da doença. De início, havia a contagem de CD4 e da Carga Viral, mais tarde o exame de genotipagem do vírus e o de fenotipagem, respectivamente, para a detecção de mutações genéticas do HIV e dos possíveis medicamentos eficazes nos casos de falhas terapêuticas (BRASIL, 2008c).

A terapia antirretroviral (TARV) é utilizada de forma que as diferentes fases do ciclo viral sejam atacadas. Assim, são organizados por classe de medicamento, conforme a sua atividade específica no processo de ataque à etapa do ciclo vital do vírus. Atualmente, estão disponíveis quatro classes de ARV, quais sejam, inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores de protease (IP) e inibidores de fusão à membrana (IF), conforme o MS (BRASIL, 2008b). Há expectativa quanto a introdução de novos medicamentos, inclusive de novas classes de antirretrovirais (ARV).

No sentido de maior cobertura, é recomendada a associação de drogas ARV, pois age de forma complementar para combater a infecção. No início se preconizou a administração isolada dos mesmos, mas diversos estudos disponíveis apontam para os benefícios do uso da terapia combinada de medicamentos (BRASIL, 2008b). O uso da TARV potente (HAART, sigla em inglês) mudou radicalmente o contexto geral que envolve a doença, tanto no sentido do controle das falhas terapêuticas e retardo no avanço da doença, conseqüentemente no aparecimento de doenças oportunistas, quanto na redução dos efeitos colaterais e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Visto que as drogas existentes até o momento não exterminam o vírus, o objetivo do tratamento é o controle da replicação viral. Do fato de a doença se caracterizar como crônica há necessidade de continuar o uso de terapia com ARV indefinidamente, durante o toda a vida da pessoa. No entanto, mesmo com a disponibilidade de medicamentos com diferentes mecanismos de ação, a replicação viral não está completamente bloqueada. Além disso, a resistência ao ARV pode acontecer a qualquer momento, até mesmo em pacientes virgens de tratamento. No sentido de minimizar tal ocorrência, foram introduzidas mudanças no tratamento e muitos medicamentos com histórico de toxicidade, indução de mutações genéticas do HIV e os causadores de alterações metabólicas consideráveis, cada vez menos, integram o tratamento (BRASIL, 2008b).

Entretanto, não basta aperfeiçoar protocolos, emitir prescrições ou ditar normas e condutas a serem seguidas. Por si só estas não garante a eficácia do tratamento, é fundamental a adesão do indivíduo. Isso implica no envolvimento do paciente com a terapêutica, mas também por parte das instituições e profissionais da equipe de saúde. Conforme Gusmão e Mion Jr. (2006), no caso de tratamentos crônicos, no âmbito da OMS (2004), a definição para o termo adesão leva em consideração duas outras definições, estas complementares uma em relação à outra. Considera como elementos essenciais a serem observados, primeiramente o comportamento da pessoa quanto à ingestão dos medicamentos, seguimento da dieta, reorganização do estilo de vida com adaptações necessárias, segundo as recomendações recebidas pelo profissional de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (MS), no sentido acima descrito, a definição equivale à noção de conformação e de obediência e se configura, na verdade, numa compreensão limitada de todo o contexto que envolve adesão em HIV/Aids (BRASIL, 2008). No que se refere à adesão nesse âmbito, deve envolver a participação do sujeito nas escolhas e decisões. Tal perspectiva visa à inexistência do que se chama de adesão insatisfatória e mesmo a ocorrência de não adesão, como prevenção do desenvolvimento de resistência viral. Estudos nacionais e internacionais apontam que, para a eficácia do tratamento, é necessário uso do esquema terapêutico no mínimo igual a 95% do prescrito (NEMES, CARVALHO, SOUZA, 2004, SMITH; 2004; PHILIPS et al., 2005; PATERSON et al., 2000).

A adoção do esquema terapêutico em tais condições aponta para a inexistência de decisão compartilhada entre os atores, no caso profissional de saúde e indivíduo que fará uso do mesmo. Desse modo, é uma atividade conjunta, de corresponsabilidade entre ambos, e que, portanto, exige diálogo (CARDOSO; ARRUDA, 2004). Em tais circunstâncias, adesão é um processo mais amplo e abrangente, ou seja, (BRASIL, 2007a, p.11):

- É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social.
- Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.
- Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV.

Como estratégia para promover a abordagem da adesão junto aos usuários, recomenda-se o trabalho feito em grupos. Os chamados grupos de adesão se configuram num ambiente motivador, que se fundamenta no trabalho coletivo, por meio da interação e diálogo franco entre os participantes. O uso dessa prática em saúde tem se mostrado importante, uma vez que permite aos indivíduos compartilhar junto aos pares, dificuldades e alternativas para superação das mesmas (BRASIL, 2007a).

Polejack; Seidl (2010) falam do desafio no qual se configuram o monitoramento e avaliação da adesão dos pacientes ao tratamento. Apresentam métodos e técnicas disponíveis, dentre os quais destacam o Autorrelato como sendo o mais usado, tanto na prática diária dos serviços quanto em condições de pesquisa. Isso decorre, principalmente por suas vantagens, que são custos reduzidos (financeiro e humano), flexibilidade, escuta dos relatos com possibilidade de discussão imediata das dificuldades e possíveis soluções que possam ser encontradas. Com a aceleração dos esforços internacionais centrados na prevenção e tratamento do HIV/Aids, com destaque para o acesso a TARV e educação em saúde, tem-se uma melhora nas condições gerais da epidemia.

Dados recentes dão conta da presença do vírus em 187 países, dos quais 54 deles estão na África, 45 nas Américas, 38 na Ásia, 37 na Europa e 13 na Oceania. A incidência caiu em 33 países, 22 dos quais estão na África Subsaariana, região mais afetada pela epidemia desde o seu surgimento. Números crescentes da epidemia foram verificados na Europa Oriental, Ásia Central, Oceania, Oriente Médio e no Norte da África; nos países das demais regiões do mundo os dados epidemiológicos revelam epidemia estável (*WHO*, 2011).

Os casos de notificação pelo HIV/Aids revelam que a quantidade de pessoas infectadas pelo HIV diminuiu no último ano, alguns países de modo mais acentuado que em outros. Comparativamente com anos anteriores, o crescimento global da epidemia parece ter se estabilizado, devido a uma combinação de fatores, com destaque para os esforços de prevenção da infecção pelo HIV. Também produz eco a ampliação na disponibilidade dos

exames auxiliares para seguimento das condições imunológicas dos soroconvertidos e dos potentes TARV. Especificamente no quesito uso de ARV, houve um aumento de 1,35 milhões em tratamento comparado com 2009 (WHO, 2011).

A estimativa de novos casos para 2009 era de 2,6 milhões, com o número de pessoas infectadas em 1999 (3,1 milhões), quase um quinto a menos, ou seja, uma redução de quase 20% nos últimos 10 anos (WHO, 2010). Em 2010, mundialmente ocorreram 2,7 milhões [2,4 a 2,9 milhões] de novas infecções, uma redução de 21% se comparado com o pico verificado em 1997 (WHO, 2011).

Entretanto, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo ainda é elevado: até o ano de 2010, 34 milhões [31,6 a 35,2 milhões] de pessoas em todo o mundo. Desse total, 30,1 milhões [28,4–31,5 milhões] em adultos e 3,4 milhões [3,0–3,8 milhões] de crianças com menos entre de 15 (quinze) anos. Entre os adultos, as mulheres aparecem num total de 16,8 milhões [15,8–17,6 milhões].

Globalmente, em 2010 foram mais de 7 mil novas infecções por dia, das quais cerca de 6 mil ocorrem em adolescentes e adultos com 15 (quinze) anos ou mais. Desse total, quase 48% ocorrem entre mulheres, destas principalmente jovens (idade entre 15-24 anos), precisamente 42%. Nos últimos anos, a América Latina apresenta dados contrários à tendência mundial. O número total de infectados aumentou, passou de 1,3 milhões [1,0–1,7 milhões] em 2001, para 1,5 milhões [1,2–1,7 milhões] em 2010. O declínio dos óbitos relacionados à Aids explica a elevação obtida. Dos adultos que vivem com o agravo na região, mais de 1/3 (36%) eram mulheres. Dos países que tem conseguido produzir efeitos positivos na contenção da epidemia há destaque para Brasil, Chile, Uruguai.

No Brasil (177 milhões de habitantes) vivem quase 1/3 dos portadores do HIV da América Latina (470 milhões de habitantes). Entretanto, isto não indica que o Brasil tem a pior situação, já que o país possui quase 40% da população dessa região, o que significa uma incidência relativa baixa, conforme o MS (WHO, 2011). O total de infectados no país representa 0,34% da população. Os casos de Aids acumulados de 1980 a junho de 2011, somam 608.230 casos, desses 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. A razão de sexo diminuiu, uma vez que recentemente se verificou 1,7 homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2011).

A forma de distribuição do agente causador nos diferentes continentes depende da vulnerabilidade imposta ao sujeito (BORGES; MEDEIROS, 2004). No âmbito do HIV/Aids, tal abordagem, qual seja a de vulnerabilidade, surgiu a partir da necessidade de se considerar, efetivamente, as diferentes oportunidades de exposição, contaminação e adoecimento

impostas aos indivíduos, independente de questões puramente pessoais, sociais e/ou comportamentais (AYRES; FRANÇA Jr.; CALAZANS, 1997).

Ao longo dos anos, a epidemia delineou significativa transformação em seu perfil epidemiológico. Hoje, as tendências são heterossexualização, feminização, envelhecimento, pauperização e interiorização dos casos (BRASIL, 2003). Na série histórica, principalmente a partir dos anos 1990, verificam-se modificações na categoria de exposição prevalente, sendo responsável pelo maior número de casos de transmissão do vírus.

Então, se antes era tida como uma doença que atingia “grupos de riscos” (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos), nos dias atuais esta afirmação foi banida em razão da vulnerabilidade das pessoas em relação à epidemia. Pode atingir qualquer pessoa que desenvolva comportamentos considerados de risco, o que tem sido muito verificado na população economicamente ativa e em fase reprodutiva, principalmente entre 15 e 49 anos. Tem-se claro, também, que o conhecimento teórico sobre a doença e sua prevenção não significa conscientização, ou seja, saber como se prevenir ou como se contrai a doença não é sinônimo de que a prevenção será efetivada ou que não haverá discriminação e preconceito quando do conhecimento da soropositividade de uma pessoa. Nos trabalhos de prevenção, questões de ordem moral, cultural e social devem ser consideradas e convergir para desmistificar o estigma da doença.

Assim, a existência do agravo causado por esse microorganismo, além do desafio científico no sentido de descobrir a cura, vem promovendo abertura para a discussão, em todas as camadas socioeconômicas, acerca da sexualidade humana, de seus mitos, tabus, doenças e formas de sua prevenção. Isso se dá em razão, primeiro da transmissibilidade sexual, da representação de ser doença que mata, além da magnitude global da epidemia e necessidade de prevenção como alternativa. Como a primeira e mais eficiente estratégia para evitar a transmissão do vírus, e que tem sido realizada pela educação em saúde, contribui na formação e no desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, e que pode levá-las a alcançar uma condição de saúde por meio de escolha pessoal e responsável (TORRES, 2002).

Como já visto, a principal via de transmissão tem sido a sexual no caso da infecção pelo HIV em mulheres. Pode-se compreender tal ocorrência a partir de estudos como os de Guimarães (1998; 1996; 1994), *Knauth* (1996; 1997) e de Heilborn e Prado (1995), os quais mostraram que o estabelecimento de vínculo conjugal entre as pessoas tem o poder de gerar sentimentos de confiança e proteção, conseqüentemente, na suspensão do uso de proteção mecânica em suas relações sexuais. Outro fato que ajuda nessa compreensão, é que grande

parte da população brasileira encontra-se unida por vínculos conjugais, não necessariamente legais, conforme constatado por estudos demográficos realizados (BRASIL, 2000).

Também contribui para esse contexto, relações de desigualdade de gênero, que são histórica e culturalmente construídas entre homens e mulheres, presente em todas as áreas e camadas sociais. As dificuldades causadas por esta relação de desigualdade revelam, também, situação de submissão, violência e discriminação a que muitas mulheres ainda estão submetidas (BRASIL, 2003; VILLELA, 2001).

Em decorrência desse fato, qual seja, a principal via de transmissão do HIV ser a sexual, os trabalhos de prevenção têm insistido no estímulo ao “sexo seguro”, por meio do uso correto e consistente de preservativo nas relações sexuais. Segundo uma pesquisa comportamental realizada pelo IBOPE em 2003, o uso da ‘camisinha’ com parceiros eventuais aumentou de 64% (em 1998) para 79,5% nesses quatro anos. No entanto, ainda há que se trabalhar nesse sentido, uma vez que parcela importante da população sexualmente ativa (15%) não acredita plenamente na segurança do preservativo (BRASIL, 2004).

No caso específico do plano da conjugalidade, está descrito em estudos junto às pessoas infectadas ou não pelo HIV (VILLELA, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2002; COSTA, 1999), que a importância do uso do preservativo é conhecida e valorizada em termos conceituais, mas não é prática adotada regularmente por justificativas do tipo barreira para a intimidade, redução do prazer e da satisfação sexual, contribuição para o sentimento de desconfiança, religiosidade, dentre tantos outros existentes. Sabe-se que a existência de forças simbólicas, influenciadas por fatores culturais, emocionais e econômicos concorrem para o não uso do preservativo. Nesse tipo de relação, as pessoas foram, ao longo dos anos, preparadas para isso sendo, portanto, difícil para os parceiros aderir ao chamado sexo seguro (BRASIL, 2004). O aspecto cultural implicado no processo de mudança do comportamento das pessoas, possivelmente, explica essa resistência verificada.

O reconhecimento de que a infecção pelo HIV pode atingir qualquer pessoa em todas as camadas da sociedade, foi fundamental para que o contexto de inserção do sujeito passasse a ser considerado. Assim, passou-se ao conceito de vulnerabilidade, já utilizado internacionalmente. Frente ao complexo contexto que envolve a epidemia do HIV/Aids, o conceito de Mann & colaboradores (1993) englobam os vários aspectos implicados. Inspirados nesse conceito, Ayres, França Jr e Calazans (1997) sintetizaram a noção de vulnerabilidade ao HIV/Aids em seus três planos analíticos, individual/comportamental, social e institucional ou programático.

A vulnerabilidade social engloba as condições socioeconômicas e culturais dos sujeitos e coletividades. A vulnerabilidade programática consiste na postura governamental frente à epidemia da Aids e, por fim, a vulnerabilidade individual, que é dada pelas ações de prevenção de cada um frente a uma situação de risco. Nessa perspectiva, a prevenção deixa de ser pensada e considerada como exclusiva responsabilidade do indivíduo e passa a ser compartilhada entre as várias situações designadas como, por exemplo, fragilidade, desproteção, desfavor e até mesmo abandono que o mesmo possa se encontrar (GARRAFA; PRADO, 2001).

1.2 Risco: Relações Entre Teoria e Prática

A noção de risco ganhou importância tanto acadêmica como social, nas últimas décadas do século XX. Três campos contribuíram de modo decisivo para seu enraizamento, sua teorização e a busca de modelos de intervenção. O meio urbano, sem dúvida, possibilita de modo crescente a existência de cenários que levam à inesgotável discussão sobre o stress e sobre a violência, com seu correlato, a insegurança. A percepção de risco e sentimento de insegurança são dois novos fenômenos que são discutidos na construção da noção de risco. O segundo campo é o da relação com o ambiente, particularmente colocada em questão nos episódios históricos de catástrofes ambientais, sendo o acidente nuclear de *Chernobyl* um “paradigma”, ou divisor de águas, o exemplo mais contundente; e mais recentemente o conjunto de alterações climáticas com tempestades, vulcões, ondas de calor etc. O terceiro campo foi o da saúde, a partir da chamada “nova concepção de saúde” como bem-estar e não mais como ausência de doença.

É claro que o desenvolvimento do uso da estatística nas ciências humanas aplicadas (geografia, epidemiologia e economia como exemplos fortes) ajudou a crescer uma visão probabilística dos fenômenos naturais, depois dos fenômenos urbanos e, em seguida, do corpo e da mente. Neste ambiente do pensamento científico a noção de “perigo”, vai se tornar objeto de investigação.

A noção de risco, como exposição ao perigo, é tomada como um objeto importante na sociologia. Nos anos oitenta, Beck (2001) cunha a expressão “sociedade do risco” pouco depois da catástrofe nuclear de *Chernobyl*. Sua análise central se constrói em termos de considerar que a sociedade moderna criou potentes meios de causar danos à si mesma, tornando-se sensível aos riscos industriais, ambientais e nucleares. Ele aponta a importância de se compreender teoricamente estes riscos, criando modelos teóricos de explicação que considerem o valor da informação e da mídia na sua gestão. O autor defende que a ciência

deve ser compreendida como um “órgão da percepção” uma vez que, frequentemente, os riscos não são visíveis, nem tangíveis. As pessoas, em geral, não sabem que estão expostos a eles!

Para *Giddens* (1991), a ideia de uma “sociedade do risco” pode ser exagerada, contudo, ele considera que a dimensão do risco tem uma grande importância nas sociedades da modernidade tardia. Segundo seu pensamento, a modernidade instalou e operou processos contínuos de desencaixe das relações tempo-espço, ou seja, promoveu o deslocamento sem cessar das pessoas, afastando-as das suas referências de locais e tempo de vida. Estes desencaixes foram necessários para quebrar o antigo vínculo social comunitário pré-moderno. Sua consequência foi o afastamento do indivíduo de suas âncoras tradicionais da identidade. Isto também foi feito para que as pessoas confiassem nos sistemas abstratos ou “sistemas peritos” de organização do mundo social, gerados e regulados pelas instituições modernas. Esses sistemas abstratos solicitam que os indivíduos não confiem mais nos seus próximos (uma vez que se encontram desencaixados, portanto, longe dos próximos) ou em pessoas. Assim, a confiança foi deslocada de um modo de vida amparado na mutualidade e na intimidade para as instituições modernas:

A confiança em sistemas abstratos é a condição do distanciamento tempo-espço e das grandes áreas de segurança da vida cotidiana que as instituições modernas oferecem em comparação com o mundo tradicional (*GIDDENS*, 1991, p.116)

Morin (2004) analisa que, ao final dos anos 1980, a questão da gestão do risco já se encontrava na ordem do dia da sociologia, da economia, da antropologia e da psicologia da saúde, disciplina ainda emergente no período. Dois traços fundamentais são identificados: a heterogeneidade desigual da exposição ao perigo e a globalização progressiva dos riscos. *Beck* (2001) aponta, sem a menor dúvida, a associação entre a produção social das riquezas e a produção social dos riscos, além do papel da ciência, chamada a produzir indicadores objetivos, positivos e visíveis, como essenciais na construção ativa de uma percepção inequívoca do risco.

No campo da saúde, a noção de risco tem uma longa história. Depois da Segunda Grande Guerra, a OMS começa a promover a concepção de “saúde positiva” e a necessidade de se mensurar a doença e a saúde (*GOLDENBERG*, et al., 1975). Assim, a natalidade, a morbidade e a qualidade de vida são construtos que fornecem indicadores objetivos sobre o “estado de saúde” de uma população. *Goldenberg* (1982) emprega a noção de contínuo saúde-doença. Na psicologia da saúde, logo em seguida, se forjará o contínuo mal-estar/bem-estar.

A necessidade de mensuração produzirá, nas décadas imediatamente após a Segunda Guerra, um conjunto considerável de informações que, por sua vez, vão apontando para uma incômoda vinculação: variáveis sócio-demográficas e sociais parecem, em muitos casos, estar correlacionadas ao fluxo das doenças. Neste sentido se torna inequívoca a relação entre classe social e “saúde” (HERTZMAN, 1996). Na verdade, o que se passou a identificar foi a determinação social de várias patologias (BERKMAN, 2000; MORIN, 2004). Mais tarde se verá que algumas síndromes (como a Aids, a obesidade ou a esquizofrenia) têm alguma determinação social, porém não se restringem a variáveis clássicas como gênero, classe social, faixa etária ou etnia.

Sem dúvida, o olhar para as variáveis sociais que participam do processo de produção, difusão ou manutenção das doenças levou a uma “comportamentalização” da saúde. Neste movimento de mudança cultural com relação à saúde nasce a noção de “comportamentos nocivos à saúde”, promotores do mal-estar e seus correspondentes, do outro lado do *contínuo*, os “comportamentos de proteção”.

Dois aspectos deste processo devem ser interrogados e analisados. Primeiramente, o debate sobre o risco, amparado na crise da vida urbana – estressante e violenta, dizem os teóricos defensores da noção de risco - e as catástrofes ambientais, criam uma imagem paranóica da sociedade e também da saúde. O corpo humano, antes representado como máquina naturalmente eficiente ou máquina perfeita, à imagem e semelhança do Divino, agora é visto como frágil, sensível, suscetível, enfim, vulnerável. A ideia de “sociedade do risco” promove um clima de sociedade decadente, e o sentimento de insegurança generalizado que funciona como uma mitologia.

Um segundo aspecto é que a aplicação de medidas e cálculos às manifestações patológicas, associada ao crescente uso dos conhecimentos epidemiológicos nas políticas públicas de saúde não causaram o impacto de redução que se poderia esperar (MORIN, 2004). O comportamento humano para a saúde parecia ainda resistir aos avanços da ciência moderna sobre o corpo. Neste contexto surgem os modelos explicativos:

A importância dos elementos teóricos e práticos associados ao conhecimento e controle destes comportamentos (hábitos nocivos e comportamentos de proteção) foi e ainda é uma base essencial de modificação de recursos de diferentes ramos e orientações da psicologia à serviço das finalidades da saúde pública e da otimização dos cuidados. Esta mobilização se traduz hoje em um repertório considerável de ‘modelos’ que foram tomados emprestados das correntes teóricas dominantes na psicologia (teorias cognitivas, teorias do reforçamento) e nesses últimos anos, mais particularmente, da orientação sócio-cognitiva (MORIN, 2004, p.34).

Um dos primeiros modelos a obter grande impacto no campo da saúde foi a Teoria da Motivação para se proteger (ROGERS, 1983), fundada no *Health Belief Model*

(ROSENSTOCK, 1974). Ela decompõe a percepção do perigo em duas variáveis cognitivas que podem ser mensuradas, a vulnerabilidade percebida e a gravidade percebida da doença. Esse modelo se inscreve na linha de investigação das relações entre as dimensões motivacional e cognitiva, que procura induzir o medo através de comunicações persuasivas, para produzir novos comportamentos centrados na noção de motivação a se proteger.

O conjunto de modelos de inspiração cognitiva se funda na tomada da intenção, como uma resultante de outros componentes cognitivos, todos podendo ser tomados separadamente como variáveis, ou seja, passíveis de mensuração. Um subconjunto é formado de variáveis de avaliação (gravidade percebida, vulnerabilidade percebida, capacidade percebida de ação ou de controle). Outro subconjunto é composto de crenças acerca do indivíduo, do corpo, da situação, do apoio social ou médico que podem ser recebidos, sendo que estas crenças influenciam as primeiras. O eixo epistêmico é a noção de disponibilidade interna. Neste contexto se destacam as teorias da ação antecipada ou teorias do comportamento planejado (AJZEN; FISHBEIN, 1980; FISHBEIN; AJZEN, 1975), que colocam no centro do modelo explicativo um “conceito” interessante de “normas subjetivas”, associadas à atitude para com as ações “planejadas” ou intencionadas e a capacidade percebida de controle. A norma subjetiva é definida como a percepção de uma pressão social incitando a realizar ou não um dado comportamento. Esses modelos foram duramente criticados por serem individualizantes e lineares (como se os processos cognitivos seguissem sem hesitação um encadeamento linear). Para Schwartz (1995), estes modelos pecavam no aspecto dinâmico e temporal, neles o papel da percepção do risco é superestimado: na realidade o valor do sentimento de vulnerabilidade produzido pela percepção de um perigo é alterado no tempo, solicitando uma operação cognitiva de monitoramento, um processo cognitivamente determinado de controle da ação.

As práticas relativas à saúde passam a ser compreendidas como pertencentes também a um universo cognitivo. Em vários campos estes modelos trazem alguma contribuição, contudo esbarram naqueles comportamentos chamados genericamente de culturais. É relativamente recente o desenvolvimento e aplicação de modelos sócio-cognitivos (MORIN, 2004) que integram a cultura ou conjuntos de crenças mais complexos e organizados, determinados na história das culturas e partilhados pelos grupos. A aplicação da Teoria das Representações Sociais ao campo da saúde começa em 1969 com o estudo de Herzlich (1986).

Inquéritos repetidos aplicados na França demonstram uma melhora no nível de conhecimento da população sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Entretanto, nas

práticas adotadas persistiam diversos graus de dificuldade na identificação correta dos mecanismos de infecção (POLLAK; DAB; MOATTI, 1989). Na mesma direção, a pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) constatou que os níveis de conhecimento sobre as DST/Aids não alteravam o comportamento sexual de risco (CEBRAP, 2000). Assim, nem sempre um melhor conhecimento leva também a comportamentos, atitudes mais tolerantes ou diminuição na sensação de temor pela doença (MOATTI; DAB; POLLAK, 1992).

O conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV existem, mas não são suficientes para alterar significativamente comportamentos de risco. As estratégias para a ampliação do conhecimento relacionado ao HIV/aids não devem ser negligenciadas, uma vez que se constitui como o primeiro passo na direção da percepção correta do risco à infecção pelo HIV (MIRANDA, *et al.*, 2005).

Para o adequado enfrentamento epidemiológico da epidemia, sobretudo no sentido de transformar as práticas de saúde, implicou na evolução conceitual da concepção de risco⁷. Inicialmente, se trabalhava com a expressão fator de risco (GUILHEM, 2005). Em substituição, adotou-se o conceito de grupo de risco, esse amplamente difundido, mas que se mostrou indutor de preconceito contra grupos minoritários, os primeiros infectados pelo HIV (homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). Progressivamente, passou a receber críticas e logo foi adotada a ideia de comportamento de risco, que se mostrou igualmente restrito e, de certa forma, contribuir para a manutenção do preconceito e exclusão para com os grupos, em razão da acentuada participação individual no quesito prevenção. Nesse contexto exige-se, para além de informação e vontade pessoal, mas também, conforme Ayres, *et al.*, (1999, p. 54), “passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias.”

Na tentativa de superar as fragilidades verificadas, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado para o enfrentamento da doença. Seu conceito mais amplo reúne características relacionadas aos aspectos individuais e coletivos, os quais aumentam ou diminuem a susceptibilidade à infecção (BUCHALLA; PAIVA, 2002). De modo complementar, Guilhem (2005, p. 63) acrescenta que vulnerabilidade é:

o elemento resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais

⁷ Conforme Silva (2008, p. 28, apud AYRES, 2002) consiste na “probabilidade de susceptibilidade, atribuídas ao indivíduo de algum grupo populacional, que são delimitados em função da exposição a agentes, agressores ou protetores, de interesse técnico-científico.”

(relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/Aids.

Assim, são consideradas desde questões socioculturais, econômicas, políticas e institucionais, em momento circunstancial ou permanente.

A avaliação de um risco, segundo a Teoria de Homeostase⁸ do Risco⁹ – THR (WILDE, 2005) baseia-se na relação óbvia estabelecida entre vantagens e risco presente em qualquer atividade, o custo-benefício dos comportamentos seguro/inseguro. Afirma que cada pessoa tem um marco de risco aceito para si, o chamado nível intencional de risco esperado (ou tolerado), o que significa dizer o indivíduo ajusta e suporta até o limite (ou próximo) do *quantum* de risco está disposta a correr. Nos casos em que o risco é maior que o determinado como homeostase, pode funcionar como mecanismo protetor, uma vez que tende a observar mais os cuidados para diminuir a exposição. É importante destacar que os motivos e fatores que influenciam o nível de risco aceito pela pessoa variam conforme a sua realidade, e que pode acontecer do senso comum adaptar-se (acostumar-se) a um determinado risco e gradativamente perceber aquele perigo como habitual e, com isso, provocar mudança no limite anteriormente aceito.

1.3 Adesão às Práticas Preventivas e o Controle da Epidemia de HIV/aids

No âmbito da saúde, a adesão às práticas preventivas aparece como questão crucial para a obtenção de sucesso no controle da epidemia de HIV/Aids. Por definição, o termo adesão significa aceitação, concordância, aderência, no caso, as práticas que conferem caráter preventivo no trato das situações-problema.

Vários estudos já demonstraram que o processo de incorporação das práticas preventivas pelas pessoas, não depende, unicamente, do grau de conhecimento sobre aspectos teóricos relacionados às formas de transmissão e prevenção do vírus. Muitas vezes, o grau de conhecimento teórico conceitual é elevado e considerado satisfatório, o que não se verifica no desenvolvimento de atividades rotineiras no que se refere à adoção de práticas preventivas.

⁸ Trata-se de “um tipo especial de processo dinâmico que compara o resultado atual a uma meta” (WILDE, 2005, p. 27)

⁹ Do italiano *riscare*, cujo significado é ousar, denota uma opção e não um destino; usualmente compreendido como perigo, incerteza, sua conotação original implica em prejuízo, mas também ganho decorrente de uma decisão (LIEBER, s/d), disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1999_A0556.PDF> Acesso 31 03 2012.

Existem muitos fatores a serem considerados, os quais se ligam a questões arraigadas e determinadas pelo contexto socioeconômico-cultural de indivíduos e/ou grupos.

Outro aspecto, é que no caso do HIV/Aids, a complexidade das questões que estão imbricadas envolve além do conhecimento e a informação, é preciso, fundamentalmente, da sensibilização da pessoa quanto à necessidade de mudanças de comportamento. Parece que o fato da pessoa exibir aparência saudável e nenhum sinal e/ou sintoma de adoecimento, distancia a adoção de cuidados que visam à promoção da saúde. Assim, a adesão é prejudicada pela inexistência de condições visíveis, objetivas, que se relacionam com algum processo patológico. Para Acioli (2004, p.197), o saber prático “não se refere a uma prática específica e, sim, aos sentidos, significados e valores advindos das experiências dos sujeitos incorporadas cotidianamente, a partir de suas necessidades de saúde e enfrentamento de seus processos de adoecimento nos contextos diversos em que estão inseridos”.

No que se referem às práticas preventivas no âmbito do HIV/Aids, desde o reconhecimento da epidemia, diferentes tentativas e formulações já foram utilizadas, com vistas a conter a sua propagação. Conforme Figueiredo e Gregori (1998), desde o reconhecimento da infecção como evitável, já foram formuladas e veiculadas diversas propostas motivacionais, a maioria embasada em concepções comportamentais, ideológicas e de intervenção, com vistas à redução da exposição individual das pessoas.

Sobre o processo de reflexão acerca das experiências em educação preventiva que já foram desenvolvidas, Ayres (2002), aponta importantes considerações. A primeira delas é o caráter extremamente limitado de mobilização das pessoas a partir de propagandas cujo pano de fundo é o terror. Dentre todos, os principais modelos destacam-se a do Princípio Moral, do Amedrontamento (ou terrorismo), do Conhecimento Científico, do Estilo de Vida Saudável, de Educação Afetiva, de Pressão de Grupo e Oficinas como espaço de transformação.

1.4 Teoria das Representações Sociais

Com base em na Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por *Moscovici* (1978), pode-se afirmar que as Representações Sociais são construções de pessoas de um mesmo grupo que têm como função, estabelecer comunicação e comportamento entre os pares. Essa teoria surgiu em 1961, com a apresentação da tese *La psychanalyse, son image et son public*¹⁰, pelo psicólogo francês, Serge *Moscovici* – que iniciou um novo campo na Psicologia Social – tendo sido instrumento importante para o estudo das situações sociais. Na

¹⁰ Em português, *Psicanálise, sua Imagem e seu Público*.

última década foi altamente difundida nas ciências humanas, por sua contribuição na análise de relações intergrupais (CAMPOS, 1998; SÁ, 1996).

Moscovici (1978, p. 31) entende por Representações Sociais (RS), “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”. Conforme Sá (1996), as representações sociais são conjuntos de conceitos e explicações que podem ser compreendidas como teorias do senso comum, através das quais se interpretam e constroem realidades sociais.

Para *Jodelet* (1988, p. 33), Representação Social é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Representar um objeto social é, portanto, construir formas de pensar e explicar esse objeto/fato social e não simplesmente a “incorporação do real”, conforme o dizer de *Moscovici* (1978, p. 58) acrescentando ainda que,

representar uma coisa (...) não é com efeito simplesmente duplicá-la, repetí-la ou reproduzi-la; é reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo.

Sua finalidade é tornar familiar o que ainda não o é (GUARESCHI, 1996), sendo que, para fazê-lo, realizam-se ações mentais para aproximar, classificar, denominar e incorporar elementos novos ao dia-a-dia do indivíduo, ocorrendo inclusive a sua materialidade. Dessa forma, tornam-se, portanto, conhecidos e, por isso mesmo, não - ou menos - ameaçadores. Estão envolvidos nesse fenômeno, os processos de objetivação e ancoragem.

Conforme nos ensina *Jodelet apud* Sá (1996, p. 46-47), objetivação é “uma operação imaginante e estruturante por meio da qual se dá formato específico ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o quase tangível, como que materializando a palavra” e ancoragem como sendo a “integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo”. Assim, a representação de todo objeto é o resultado de um conjunto de informações, crenças, opiniões, vivências e atitudes que constituem o sistema sócio cognitivo de grupos específico.

Como resultado de estudos para se ampliar o conhecimento acerca da realidade social, surge na década de 1970, a Teoria do Núcleo Central (TNC) formulada por *Abric* (1998). Para o idealizador da mesma, toda representação é composta por um duplo sistema, sendo os

mesmos denominados de núcleo central e núcleo periférico. Cada sistema desempenha funções específicas, mas complementares um ao outro e estrutura-se em torno de um núcleo central, que dá significado à representação, sendo este ligado aos valores do grupo, à sua história e à natureza do seu envolvimento na situação social (SÁ, 1996). É nele que estão os elementos mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças (BRANCO, 2003). Campos (1999) aponta a TNC como instrumento importante para a comparação entre diferentes representações e dos movimentos de transformação que possam estar ocorrendo em uma dada representação.

A TRS e a TNC possibilitam, então, lançar novo olhar aos fatos, uma vez que permitem valorizar as expressões de subjetividade e do senso comum, presentes em toda realidade social. Para todos os profissionais, com destaque para os que atuam na área da saúde, é relevante articular o conhecimento técnico-científico aos processos representacionais intergrupais, visto que as estratégias de intervenção adotadas serão de fato, implementadas por indivíduos que agem de acordo com as suas representações do real e do possível para os mesmos. Como afirma *Abric* (1998), conhecer as representações sociais permite apreender a visão de mundo que indivíduos e grupos utilizam para se posicionar ou agir.

Conforme Oliveira, Siqueira e Alverenga (2000, p. 163),

pensar em um novo projeto para a saúde implica em conceber a diversidade de ações necessárias para abordar o sujeito coletivo. Essa é a função de todos e têm seu início no reconhecimento da distância entre representações sociais, práticas cotidianas e o conhecimento científico constituído.

1.4.1 Relações entre Práticas Sociais e Representações Sociais

Uma das grandes questões abertas atualmente no campo de estudo da Teoria das Representações Sociais, é o das relações entre as práticas sociais desenvolvidas por um determinado grupo social e seus pensamentos coletivos (processos e conteúdos incluídos). A questão não é nova, entretanto o modo de estudá-la constitui, ainda, um grande desafio para os psicossociólogos de várias orientações, porque implica na assimilação de natureza cognitiva e dados de natureza comportamental. Apesar da tradição de pesquisas experimentais, aberta pela Teoria da Dissonância Cognitiva e, em seguida, pelas chamadas teorias da atribuição, desde as revisões da questão feitas por Nisbet; Wilson (1977) e por *Joule; Beauvois* (1986), a pertinência destas teorias em matéria de explicação causal das condutas foi duramente questionada. Alguns autores (*JOULE*, 1989) chegam a ser incisivos quanto à falta de valor preditivo destas teorias, em termos de efeitos comportamentais.

A crítica a esses modelos teóricos ganhou maior amplitude a partir dos estudos da corrente de pesquisa que se pode, com certa tranquilidade, chamar de cognição social, cujo principal aporte foi o de demonstrar como a modificação de uma conduta ou comportamento pode ter um impacto sobre uma cognição ou sobre um componente ideológico. Assim, certa causalidade no sentido da influência das condutas (e por extensão, dos comportamentos, práticas ou ações) foi validada pelo desenvolvimento ou pela crítica das correntes da dissonância e da atribuição, e, em seguida, por outros paradigmas da cognição social. Segundo *Ibañes* (1989, p.36) esta “validação” de uma causalidade em um único sentido (dos atos influenciando as cognições) acabou por esconder a necessidade de demonstrar também o inverso:

A demonstração do impacto que as práticas exercem sobre as ideologias não deveria contribuir para eclipsar a parte de verdade que veiculam afirmações, tais como as seguintes: as idéias conduzem o mundo (...) Parece assim que se faz igualmente falso afirmar que nossas práticas não têm incidência sobre nossa ideologia, quanto afirmar que nossa ideologia não orienta nossas práticas.

Apesar dos primeiros trabalhos empíricos se pautarem pelo estudo das práticas comunicativas (*Moscovici*, 1961), ou seja, pelo estudo das práticas de intercâmbio intra e intergrupais, as proposições teóricas são aplicáveis às relações gerais entre práticas sociais e representações. A partir de então, os trabalhos empíricos se multiplicaram, muito embora, como afirma *Rouquette* (1998) o termo “práticas” venha sendo, por muitas vezes, utilizado de modo pouco claro.

Na perspectiva de estudar as situações sociais reais, uma fórmula mais exata de definir as práticas sociais é concebê-las como sistemas complexos de ação (*ABRIC*, 1994a; 1994b), ou ainda, como conjuntos de condutas finalizadas pelos e para os grupos (*MOLINER*, 1998). Assim, a noção de prática teria como referência básica a ação, o agir dos grupos; e, a ação comporta, então, necessariamente dois componentes, o vivido e o cognitivo. E é isto que nos permite certa legitimidade em estudar a ação, também através de instrumentos de natureza cognitiva. Para compreender a natureza das relações possíveis entre práticas e representações, é importante retomarmos, na perspectiva da abordagem estrutural, duas dentre as quatro funções de uma representação, definidas por *Abric* (1994a, 1994b): a de orientação e de justificativa. Trata-se de duas funções que são explicitamente ligadas ao universo das condutas e dos comportamentos, enfim, das práticas. *Abric* (1989, p. 202) explicita este ponto da maneira seguinte:

As representações produzem a “antecipação” dos atos e das condutas (de si mesmo e dos outros), e a “interpretação” da situação dentro de um sentido preestabelecido, graças a um sistema de categorização coerente e estável. Iniciadoras das condutas, elas permitem sua “justificativa” em relação às normas sociais e sua “integração”.

De todo modo, a questão teórica importante que se impõe é: são as práticas que determinam as representações ou é o inverso? Do momento em que se fala em determinação, somente duas possibilidades podem se configurar: ou as práticas são consideradas como variável independente, exercendo uma influência sobre as representações, ou ao contrário, as práticas são tomadas como variável dependente. As respostas hipotéticas podem ser enunciadas segundo quatro modalidades. A primeira seria a ausência recíproca de influência, o que corresponde ao fato de um determinado objeto não se constituir como objeto de representação para um determinado grupo social, e, portanto, não tem para nós nenhum interesse. As três demais constituem na direção da relação de causalidade das práticas sobre as representações, no inverso e na influência recíproca. Nesse ponto, é preciso salientar que afirmação ingênua e genérica de uma influência recíproca, não favorece a análise e compreensão das situações concretas. *Rouquette* (1998, p.43) propõe, então, a seguinte perspectiva:

Não é exato dizer, sem acrescentar nenhuma precisão, que ‘as representações sociais e as práticas se influenciam reciprocamente’, uma vez que não se trata de reciprocidade; para uma informação mais exata, é razoável considerar as representações como condição das práticas, e as práticas como agente de transformação das representações.

Além disto, a concepção das representações como inseridas em processos de construção, de reapropriação da realidade, engendra uma visão das representações como verdadeiras ações sobre a realidade. Consequentemente, haveria algum sentido em tratar práticas e representações como componentes de uma dada situação social completamente distintos entre si? Concebidas como sistemas complexos de ação, as práticas estão longe de constituir objetos claramente diferenciados das representações: tanto uma prática pode ser objeto representado, por exemplos: a representação social da caça, em *Guimelli* (1998); a representação social do comer, em *Lalhou* (1998); quanto uma representação qualquer pode conter elementos, conteúdos de esquemas, referentes aos aspectos práticos: A RS da economia brasileira, em Sá (1998); a RS de meninos de Rua no Brasil, em Campos (1998); ou a RS dos direitos humanos, em *Doise* (2001).

1.4.2 O Estudo das Práticas Sociais no Campo da Teoria das Representações Sociais

Dentro deste contexto, um problema de fundo nos é colocado: as relações entre práticas e representações são muito complexas e ainda pouco estudadas, tanto do ponto de vista teórico, quanto empírico. Trata-se, no entanto, de uma carência relativa de pesquisas, visto que, em realidade, o que não se conseguiu, ainda, atingir foi a construção de um modelo único, válido para o conjunto das situações sociais. Assim sendo, cada pesquisa deve ser desenvolvida a partir de situações bem definidas e deve levar em consideração cada caso em sua especificidade.

Podemos classificar os estudos sobre a questão da determinação das práticas pelas representações (ou vice-versa) segundo três tipos de estudos realizados até o momento: estudos, nos quais as práticas são determinantes na transformação das representações; estudos que consideram que as representações têm um papel determinante na produção de práticas e comportamentos e, finalmente, os estudos nos quais, considerando a complexidade das situações sociais reais, o estudo das representações contribui para a compreensão da situação sem, no entanto, permitir a formulação de hipóteses explicativas unidirecionais e inequívocas. Podemos, assim, esquematizar do seguinte modo:

A) Casos Onde as Práticas Determinam as Representações

Do momento em que as condições externas se modificam e são percebidas pelos sujeitos como sendo irreversíveis, dois casos são estudados, quais sejam, quando as novas práticas estão em completo desacordo com a antiga representação do objeto, dentro destas condições precisas, as novas práticas vão provocar uma transformação sem ruptura da representação (Representação Social da Caça, em *Guimelli* (1998a, 1998b); Representação Social da Identidade Cigana, em Mamontoff, (1996a e 1996b). No outro caso, quando as modificações são não-massivas ou não-brutais, elas não são percebidas como em desacordo com a representação antiga e podem produzir uma transformação sem ruptura, como exemplo Representação Social das Enfermeiras, em *Guimelli; Jacobi*, (1990) e *Guimelli*, 1994a;1994b).

B) Casos onde as Representações Determinam as Práticas e Comportamentos

Um número significativo de estudos tem confirmado que, dentro de certas situações (por exemplo, interação conflitual, comportamento cooperativo, algumas relações intergrupais e certas performances de grupo), a determinação das práticas e comportamentos pelas representações é indiscutível. As primeiras pesquisas que demonstram este tipo de relação

entre práticas e representações são de natureza experimental (*ABRIC*, 1976; *CODOL*, 1972), sobre o comportamento de grupos.

No contexto do estudo de uma situação de exclusão social, Truchot (1994) mostra que os trabalhadores sociais aplicam um tipo de processo seletivo implícito que funciona conforme uma ativação diferenciada de conteúdos contraditórios presentes na visão (na «teoria implícita») que os trabalhadores têm da pobreza. A ideia do pobre, ou como responsável por sua própria situação de ruína ou como vítima de uma sociedade mal estruturada, é ativada de acordo com os contextos aos quais estão submetidos os trabalhadores sociais. Podemos dizer, então, que segundo a natureza da situação e o grau de autonomia nas diferentes situações, as representações disponíveis determinam, de algum modo, as práticas de seleção da clientela.

Em outra situação de exclusão, a de meninos de rua no Brasil (*CAMPOS*, 1998a, 1998b), a utilização de um modelo de análise, incluindo a representação social do educador de rua e a representação social de menino de rua, mostra que educadores de rua, apesar de uma grande autonomia na escolha e na realização das suas práticas cotidianas, eles não realizam as práticas consideradas por eles próprios, como as mais importantes para que uma criança deixe de ser menino de rua, devido ao seu próprio sistema de representações.

C) Casos onde Práticas e Representações se Autodeterminam Reciprocamente

Neste conjunto de trabalhos, cada qual no seu domínio, os diferentes autores identificam representações que se encontram estreitamente ligadas às práticas existentes. Contudo, dada à complexidade das situações sociais, com as quais se deparam os referidos autores, o estabelecimento de relações de determinação (ou de causalidade) se torna bastante difícil, ou até impossível. Trata-se, pois, de estudos que ilustram, com muita exatidão, a necessidade de se conhecer as representações em funcionamento (ou os sistemas representacionais) para a compreensão de determinadas situações, onde encontramos a reprodução de alguns mecanismos de exclusão social, e, em específico a exclusão do «mau-aluno» (*GILLY*, 1980) e do portador do vírus HIV (*MORIN*, 1994, 1996; *MORIN*; *SOUVILLE*; *OBADIA*, 1996). Embora não se refira à exclusão social, também se pode incluir aqui o estudo da representação social do comer e suas práticas (*LALHOU*, 1998).

Na perspectiva de ampla alteração do contexto externo de uma representação tem-se a possibilidade de transformação da mesma. Entretanto, depende também do modo de como os sujeitos percebem a modificação vigente. Considerando tais aspectos, uma representação tem seu processo de transformação conforme provoca os esquemas periféricos. Segundo *Abric*

(1994a; 1994b) são percebidos três tipos de transformação, denominadas de progressiva, resistente e brutal. Na transformação progressiva as novas práticas não são de todo contraditórias em relação ao núcleo central, ao passo que na transformação resistente, ocorre uma ativação da função defesa do sistema periférico, o que impede inicialmente, por determinado tempo, a estabilidade daquela representação. Contrariamente, na transformação brutal não há qualquer recurso defensivo, pois a modificação é direta no significado central da representação até então existente.

Assim, três aspectos devem ser observados nos estudos de campo sobre práticas e representações sociais, pois eles são determinantes das relações que podem ser estabelecidas entre essas duas dimensões do agir humano, e, em especial, do agir coletivo, especificamente, nas situações onde as circunstâncias externas se modificam radicalmente e: a) a nova realidade é percebida como reversível, os indivíduos desenvolverão esquemas de raciocínio, que evitem a necessidade de realização de novas práticas (transformação resistente); b) a nova realidade é percebida como irreversível, e as modificações exigem novas práticas que estão em completo desacordo com a representação anterior do objeto social, as novas práticas vão determinar uma transformação brutal, da representação; c) a nova realidade é percebida como irreversível, mas as novas práticas não estão em completo desacordo com a representação anterior do objeto social, as novas práticas vão determinar uma transformação sem ruptura, da representação.

De outra forma, nas situações onde não ocorrem transformações radicais da realidade objetiva, quanto maior o grau de autonomia dos sujeitos na situação, e quanto maior a intensidade das cargas afetivas (e da referência à memória histórica coletiva), maior o grau de determinação das práticas pelas representações, e, desse modo, as representações funcionam como guia de orientação das práticas; ou, na expressão de *Rouquette* (1998), as representações se fazem condição das práticas.

1.4.3 Abordagem Estrutural: Teoria do Núcleo Central

Uma representação é formada a partir da influência do contexto sociocognitivo cotidiano. A chamada análise estrutural, segundo a Teoria do Núcleo Central (TNC) foi formulada por *Abric* (2000), na qual toda representação é composta por um sistema interno duplo, sendo os mesmos denominados de núcleo central e sistema periférico. Na organização das representações, seus elementos formam um conjunto estruturado e hierarquizado, disposto em torno de um núcleo central.

Assim, conhecer uma representação equivale dizer que são conhecidos os elementos que constituem o núcleo central e o sistema periférico. Cada um desempenha funções específicas, mas complementares um ao outro (*ABRIC*, 2000).

O núcleo central concentra os elementos estruturantes da representação, os quais são responsáveis por determinar seu significado e estabilidade. É considerado como responsável pelas funções essenciais de uma representação, uma geradora e a outra organizadora. Assim, determina a organização e o significado da representação. Está associado aos aspectos históricos, sociológicos, ideológicos às normas e valores sociais (*CAMPOS*, 2003).

Segundo *Abric* (2005) o núcleo central (NC) é ativado de maneira diferenciada, segundo a natureza do objeto social visado, a natureza das relações do grupo social com esse mesmo objeto e a finalidade da situação. De acordo com a dinâmica desses fatores, diferentes elementos centrais são privilegiados: as situações com forte finalidade operatória ativam prioritariamente os elementos fortemente funcionais; as situações com forte carga ideológica ou socioafetiva ativam privilegiadamente os elementos marcadamente normativos. O NC agrupa elementos mais frequentes e mais importantes, podendo ser acompanhados de elementos com menor valor significativo, de sinônimos e de protótipos associados ao objeto.

O sistema periférico está organizado em torno do núcleo central e funciona como um guia de leitura da realidade. Está ligado aos aspectos imediatos do cotidiano e história individual do sujeito, o que lhe permite processar adaptações à representação conforme ocorram mudanças conjunturais. Exerce as funções de concretização, regulação e defesa da representação. A primeira possibilita sua formulação em termos concretos, uma vez que resulta do processo de ancoragem da representação. Como função de regulação, tem o papel de adaptação da representação à realidade. Na defesa, funciona como tal, ou seja, resiste ao ataque imposto pela realidade aos elementos centrais da representação; em outras palavras, busca neutralizar impacto à representação (*CAMPOS*, 2003).

O conjunto de funções exercidas assegura às representações caracterizar-se, simultaneamente, como estáveis e móveis. A estabilidade é dada ao núcleo central em razão da forte ancoragem no sistema de valores, e a flexibilidade devido à evolução das relações e práticas sociais vividas pelo sujeito individualmente e/ou grupo. Além disso, se pode dizer que as representações são estruturadas, organizadas e hierarquizadas, bem como, estão sob influência de dupla lógica cognitiva e social (*CAMPOS*, 2003). No mesmo sentido, Sá (2002) propõe considerar os elementos periféricos como esquemas organizados em torno do núcleo, que por sua vez, é responsável pela estruturação e estabilidade, gerando o significado que atravessa a representação inteira.

A composição dos sistemas central e periférico de uma representação deve ser estabelecida através da verificação da frequência e ordem média de representação, como propõe *Vergès* (1994). Este procedimento possibilita ordenar os elementos evocados segundo sua frequência – aspecto coletivo – e a ordem estabelecida pelo sujeito em sua evocação – aspecto individual. A combinação da análise das frequências e ordens médias de evocação possibilita a indicação dos elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação por sua saliência (SÁ, 1996).

A caracterização dos elementos centrais deve buscar sua conexidade, seu poder associativo (TURA, 1998). Essa identificação pode ser realizada por meio da Análise de Similitude (SÁ, 1996), pelo programa SIMI. As matrizes de similitude, que são índices de distância, ou de proximidade, permitem a construção de uma representação gráfica da organização de representação – gráfico de similitude. Podem-se obter vários gráficos, ou gráficos a diferentes limiares, de uma mesma matriz, permitindo levantar hipóteses quanto ao núcleo central e ao sistema periférico (CAMPOS, 1998).

Os elementos constituintes da RS mantêm entre si uma relação simétrica não transitiva, denominada relação da similitude (*FLAMENT*, 1986). Sua utilização se dá a partir da utilização de subsídios resultantes da análise de evocações, os quais permitem tratar dos elementos em categorias. A criação das categorias deve tomar por base as palavras salientes e em seguida as mais frequentes, de maneira a reunir as palavras que tenham por referência um mesmo significado social, pertencentes a uma mesma dimensão da representação (CAMPOS, 2003b). Assim, depois de reorganizados, os novos elementos podem ser submetidos a uma Análise de Similitude (*FLAMENT*, 1986).

As matrizes de similitude que são consideradas a partir de índices de distância ou proximidade permitem a construção de uma representação gráfica da organização da representação (*VERGÉS*, 1985; *FLAMENT*, 1986; *VERGÉS*, 1989; *FLAMENT*, 1993), denominada árvore máxima, com diferentes limiares a partir de uma mesma matriz.

1.4.4 Representações Sociais e “Zona Muda”

Em várias situações aparecem defasagens entre o que as pessoas dizem (seus discursos) e o que elas fazem (sua prática), entre o que elas dizem e o que elas pensam, ou seja, entre as representações recolhidas pelos pesquisadores e as representações presentes nas cabeças das pessoas. Ou ainda, as pessoas entrevistadas não nos dizem tudo, elas escondem alguns componentes de seus pensamentos, em certas situações. Exatamente nestas situações

existem duas facetas, dois componentes da representação, uma representação explícita, verbalizada e uma segunda parte da representação, não verbalizada, chamada de zona muda.

Neste sentido pode-se dizer que vamos encontrar dois tipos de elementos: aqueles ativados que são expressos uma vez que não se referem a crenças anti-normativas e os não expressáveis, que correspondem à zona muda. A zona muda não se refere aos processos inconscientes, a zona muda não é a parte inconsciente de nossas representações: a zona muda não é o recaiado da abordagem psicanalítica. Ela faz parte da consciência dos indivíduos, ela é conhecida por eles, contudo ela não pode ser expressa porque o indivíduo ou o grupo não quer expressá-la pública ou explicitamente. A zona muda não é a face inconsciente de uma representação, ela é sua face escondida. Se a parte inconsciente é amplamente determinada por processos psicológicos, a zona muda é fundamentalmente determinada pela situação social na qual a representação é produzida. Assim, para determinados objetos, em determinadas situações, existe uma zona muda das representações.

Em toda situação, existem as chamadas normas sociais e a zona muda é constituída pelos elementos da representação que têm um caráter contra normativo. Segundo *Guimelli e Deschamps* (2003), a zona muda se constitui num subconjunto específico de cognições ou de crenças, que, mesmo disponíveis, não são ditas nas condições normais, porque se fossem (em alguns casos) poderiam questionar valores morais ou as normas valorizadas pelo grupo.

Em toda situação nem sempre se diz tudo que se pensa. A questão é de saber o que está escondido: se são elementos periféricos da representação, não se trata de nada grave. Todavia, se são elementos do núcleo central da representação que estão escondidos, é todo o significado da representação que se encontra escondido. O significado da representação na sua totalidade que é marcado, assim, é o não dito que é essencial, e toda interpretação do pesquisador se torna falsificada. Quando se estuda uma representação é, pois, essencial, se utilizar uma metodologia buscando verificar a existência ou não de uma zona muda e, se ela existe, descobri-la (*ABRIC*, 2005).

Partindo da ideia que a zona muda é constituída de elementos contra-normativos, a zona muda resulta, portanto de pressões normativas que visam a se adequar, se conformar, ao discurso politicamente correto, visam permanecer em adequação com seu grupo de pertença ou seu grupo de referência. Neste ponto, uma pista metodológica faz entrave: para favorecer a expressão da zona muda, faz-se necessário reduzir a pressão normativa que se exerce sobre o indivíduo. É necessário, de algum modo, reduzir os mecanismos de defesa, que são, por sua vez, de ordem social. É preciso tornar possível dar certa legitimidade a posições “ilegítimas”. No processo normativo, dois elementos são essenciais: o próprio sujeito e seu grupo de

referência, posto que a norma social resulte da interação entre um indivíduo e seu grupo (ABRIC, 2005).

Para reduzir a pressão normativa dispomos então, em uma primeira análise, de duas possibilidades: agir sobre o próprio sujeito ou agir sobre o grupo de referência. Podemos, portanto, vislumbrar dois tipos de técnicas para fazer aparecer a zona muda. Uma primeira técnica que consiste em diminuir a pressão normativa, reduzindo o nível de envolvimento do sujeito, é a técnica da substituição. A segunda consiste em diminuir a pressão normativa afastando o sujeito de seu grupo de pertença e de referência, é a descontextualização normativa (ABRIC, 2005).

CAPÍTULO II

SEXO, RISCO, DST/AIDS E PRÁTICAS PREVENTIVAS: UM ESTUDO EMPÍRICO

Esta é uma investigação formulada a partir de estudos recentes relativos à permanência de mulheres em condição de vulnerabilidade, apesar do conhecimento objetivo já adquirido sobre práticas relacionadas à prevenção de DST/HIV/Aids, colocada na seguinte pergunta: como se organiza o sistema de representações e práticas que regulam a conduta social de jovens mulheres?

2.1 Método

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, em quatro cidades do Estado de Goiás, especificamente Goiânia, no setor Primavera da Região Noroeste, Heitoraiá, Jaraguá, Luziânia. Os municípios foram selecionados conforme critério de conveniência para garantir maior possibilidade de semelhança quanto ao modo de vida dos sujeitos. As unidades de saúde campo da pesquisa em cada localidade, foi a partir da verificação da oferta de serviço especializado (ambulatório de ginecologia com coleta de material para prevenção do câncer de colo de útero) de modo regular, no mínimo uma vez por semana.

O instrumento foi aplicado entre 2010 e 2011, durante 40 dias em cada serviço, sem simultaneidade de coleta, obedecendo aos horários previamente agendados para as mulheres, uma vez que nenhum deles atende demanda espontânea em ginecologia.

2.1.1 Sujeitos

Foram mulheres sexualmente ativas nos últimos doze meses, com idade entre 18 e 35 anos, usuárias do serviço público de saúde local, referência no atendimento de ginecologia para o município selecionado para a pesquisa.

A localização das mulheres se deu no âmbito das unidades de saúde pública municipal, quando as mesmas aguardavam por algum atendimento. Quanto à abordagem, foi iniciada pela apresentação verbal da pesquisa e de seus objetivos, assim como a motivação para a sua realização. Como critérios de inclusão estabeleceu-se observar além do sexo (mulher), idade entre 18 e 35 anos, vida sexual ativa nos doze meses que antecederam a pesquisa, serem usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no caso do serviço ambulatorial de ginecologia,

para realização de consulta clínica ou coleta de material cérvico vaginal, num dos municípios acima referidos, bem como voluntariamente.

Quando da manifestação favorável por parte dos sujeitos, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A) para leitura; este documento foi preparado com o detalhamento da pesquisa, no intuito de subsidiar a decisão para participar ou não da pesquisa. Quando da aceitação, assinaram documento de autorização para participação (apêndice B).

Para todas as participantes foram observados e garantidos os aspectos éticos, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve autorização pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

2.1.2 Instrumento

O instrumento de pesquisa adotado foi questionário auto aplicável, contendo dezesseis questões. As Representações sociais (conteúdo e hipóteses estruturais) foram identificadas por meio de questões de associação livre aos termos indutores sexo, DST, e risco de pegar DST. Para cada termo indutor o sujeito foi solicitado a fornecer três evocações, no máximo. Dois indicadores foram analisados, um relativo à frequência e o outro a ordem de aparecimento.

O estudo das práticas sexuais foi operacionalizado por quatro questões: sobre as práticas preventivas (com utilização da técnica de substituição, zona muda); sobre a proximidade de pessoas que já foram acometidas por uma DST; sobre hábitos sexuais em mulheres e sobre as justificativas dadas para o uso do preservativo. Por fim, foram acrescentadas perguntas relativas ao perfil sociocultural da participante (apêndice C).

Para estimar a confiabilidade do instrumento aplicado, utilizou-se o Coeficiente Alfa de *Cronbach's*, cujo resultado foi de aproximadamente 67 % de validade externa (TABELA 1).

TABELA 1 – Coeficiente Alfa de *Cronbach's* relativo ao questionário aplicado. Goiás. 2011.

Cronbach's Alpha	Alpha Cronbach's standar	N de itens
,652	,661	46

O valor obtido pode ser considerado bom, com pertinência dos itens questionados. Na literatura não está estabelecido o valor a ser acatado como favorável, bem como não há

consenso acerca do mesmo (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Alguns fazem referência de no mínimo o valor de 0,70 (URDAN, 2001; FREITAS; OVIEDO; CAMPO-ARIAS, 2005; MILAN; TREZ, 2005;) e outros utilizam o coeficiente sem qualquer referência a esse respeito (MAÇADA *et al*, 2000; XEXEO, 2001; MIGUEL; SALOMI, 2004; SALOMI *et al*, 2005).

2.1.2.1 Análise das Evocações

Quanto ao processo de análise, as respostas às distintas questões de evocação foram agrupadas conforme a similaridade semântica das palavras ou expressões obtidas. Assim, cada termo indutor resultou num dicionário próprio. Após, foi construído um banco de dados, este processado no *software EVOC* (VERGÈS, 1999 *apud* MOREIRA, 2005).

Para cada palavra do banco, o *software* calcula e informa a frequência simples da ocorrência de cada palavra com base na ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados. A partir desse valor de corte se constrói o chamado quadro de quatro casas ou distribuição em quatro quadrantes (Figura 1), por meio do qual se discriminam os que possivelmente constituem o núcleo central e os elementos periféricos (OLIVEIRA, 2005).

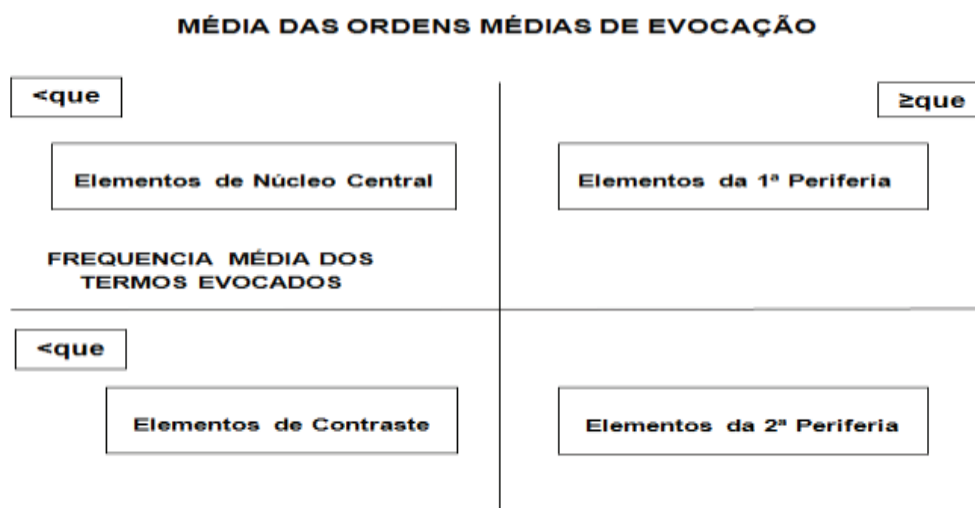


Figura 1 – Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas.

Fonte: Oliveira; Marques; Gomes, *et al.* 2005.

O programa organiza as palavras produzidas, mediante a verificação de frequência e a ordem de evocação (OLIVEIRA, 2007). Este programa permite quantificar as palavras evocadas, com informação das frequências simples, intermediária e o *rang* (ordem média de evocação), dados necessários para a construção do quadro de quatro casas. É importante

ressaltar que quanto menor o *rang* obtido pela palavra, mais prontamente foi evocada (OLIVEIRA, 2001), o que quer dizer, conforme a localização das palavras ou expressões evocadas se revela a importância atribuída pelos sujeitos.

No quadrante superior esquerdo (QSE), ficam situados os elementos mais significativos para os sujeitos e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. Neste encontram-se as evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições (menor *rang*). As palavras aí localizadas são conhecidas como palavras salientes. Esse quadrante corresponde ao local onde aparecem os supostos elementos centrais da representação, considerados os elementos da representação mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças. É pertinente ressaltar que nem todos os elementos presentes no quadrante sejam necessariamente centrais.

Na primeira periferia, quadrante superior direito (QSD) se localiza os elementos mais importantes da periferia (aqueles com maior frequência e *rang*). No quadrante inferior esquerdo (QIE) encontram-se os elementos que foram citados com uma frequência baixa, porém evocados primeiramente (considerados elementos de contraste). Nos quadrantes, superior direito e inferior esquerdo, os elementos se apresentam com alta frequência associados a uma ordem média de aparecimento nas últimas posições ou baixa frequência associada a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições.

Por fim, no quadrante inferior direito (QID) estão os elementos localizados na segunda periferia, ou quarto quadrante, aparecem os elementos típicos de periferia, ou de baixa frequência (menor frequência) e sempre evocados nas últimas posições, assim possuem maior *rang* (CAMPOS, 1998; SÁ, 1996; VERGÈS, 1994).

Para a análise das evocações considerou-se, inicialmente, dois critérios, a frequência de evocação e a chamada ordem média de evocação ou de aparecimento (*rang*). Em uma tabela com quatro quadrantes (tabela de quatro casas), apresentam-se os resultados em expressões ou termos produzidos pelos sujeitos, da maneira como se originaram.

2.1.2.2 Análise de Similitude

O teste de centralidade foi realizado para as evocações obtidas ao termo sexo, no sentido de se verificar a conexidade dos elementos centrais, ou seja, que tipo de relação os elementos constituintes da RS mantém entre si. Para tanto, utilizou-se o *software* SIMI (FLAMENT, 1994a; 1994b; SÁ, 1996), no qual se preparou as evocações obtidas conforme as

categorias semântica. A matriz de similitude foi tratada pelo *software AVRIL*, e construída a árvore representacional, em que se verifica a força das ligações entre as categorias.

2.1.2.3 Análise da zona muda

Realizada a partir da técnica de substituição para os fatores considerados importantes para a prevenção de DST. Nesta pesquisa utilizou-se como estratégia a repetição do mesmo item no instrumento em três oportunidades e a participante solicitada a responder cada um deles em nome de diferentes sujeitos, seu próprio, de colegas e de outras mulheres. A análise se deu a partir da comparação da frequência obtida em cada subitem.

2.1.2.4 Análise dos Comportamentos e das Práticas Sexuais

Os itens do instrumento relativos ao comportamento e práticas sexuais foram analisados a partir da verificação da frequência de resposta obtida em cada um deles, o que permitiu todo o posterior processo interpretativo e comparativo com a literatura pertinente. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas ao longo do estudo.

2.2 Resultados

2.2.1 Caracterização das Participantes

Participou um total de 112 mulheres, todas residentes em municípios do Estado de Goiás: Heitorai, Jaraguá, Goiânia e Luziânia, conforme consta na Tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição das mulheres por município de residência. Goiás. 2011.

Município	Freq	%
Heitorai	26	23,2
Jaraguá	30	26,8
Goiânia ¹¹	29	25,9
Luziânia	27	24,1
Total	112	100,0

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam o perfil sócio demográfico das participantes da pesquisa. O estudo foi desenvolvido junto a mulheres com idade entre 18 e 35 anos, a maioria solteira, de formação étnica miscigenada e que professam o catolicismo como religião.

¹¹ Exclusivamente Setor Primavera, localizado na Região Noroeste, localizada a 20 Km de distância do centro da cidade.

TABELA 3 - Distribuição das mulheres segundo faixa etária. Goiás. 2011.

Município	Freq	%
18 ─ 20	25	22,32
21 ─ 25	38	33,92
26 ─ 30	19	16,96
31 ─ 35	30	26,80
Total	112	100,0

O grupo é formado por mulheres com idade entre 18 e 35 anos, com maior número entre 21 e 25 anos de idade, seguido daquelas com 31 e 35 anos. Ainda, com base na Tabela 3, no conjunto, verifica-se que as mulheres jovens é quem dão contorno ao perfil do grupo.

TABELA 4 - Distribuição das mulheres por escolaridade, estado civil, raça e religião. Goiás. 2011.

VARIÁVEIS	Freq	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	14	12,5
Ensino Fundamental Completo	07	6,25
Ensino Médio Incompleto	07	6,25
Ensino Médio Completo	58	52,0
Ensino Superior Incompleto	10	8,9
Ensino Superior Completo	11	9,8
Não Respondeu	05	4,4
Total	112	100,0
Estado Civil		
Solteira	56	50,0
Casada	46	41,1
União Estável	00	0,0
Divorciada	01	0,9
Viúva	01	0,9
Amasiada	06	5,3
Não Respondeu	02	1,8
Total	112	100,0
Raça		
Amarela/Parda Mestiça	52	46,4
Branca	43	38,4
Negra	10	8,9
Indígena	03	2,7
Não Respondeu	04	3,6
Total	112	100,0
Religião		
Católica	69	61,6
Evangélica	27	24,1
Espírita	02	1,8
Nenhuma	06	5,4
Não Respondeu	08	7,1
Total	112	100,0

A tabela 4 apresentada, revela parte do perfil sociocultural do grupo participante. Na análise da escolaridade, merece destaque a inexistência de analfabetismo, bem como o fato da maior parte das participantes ter concluído o ensino médio. Quanto ao estado civil, as solteiras são a metade e as casadas estão no segundo maior grupo de participantes. Quanto à percepção da sua raça, quase metade se auto classifica como mestiça seguida daqueles que se dizem pertencente à branca.

Especificamente, a tabela 5 contém a profissão ou ocupação exercida pelas integrantes do grupo, com destaque para aquelas com atuação em atividades vinculadas ao âmbito doméstico, seguida das estudantes.

TABELA 5 - Distribuição das mulheres segundo ocupação exercida. Goiás. 2011.

Profissão	Freq	%
Estudante	23	20,5
Do Lar	23	20,5
Costureira	13	11,6
Servidora Pública	12	10,7
Agente de Saúde	08	7,1
Comerciante	06	5,4
Secretária	03	2,6
Auxiliar de Produção	02	1,8
Serviços Gerais	02	1,8
Doméstica	02	1,8
Enfermeira	02	1,8
Manicure	02	1,8
Farmacêutica	01	0,9
Professora	01	0,9
Engenheira	01	0,9
Outras ¹²	06	5,4
Não Respondeu	05	4,5
Total	112	100

2.2.2 Representações Sociais Associadas ao Sexo, DST e Risco

No Quadro 1 aparecem distribuídas as evocações emitidas ao termo indutor Sexo. O quadrante superior esquerdo contém elementos com maiores frequências e de imediato mencionados, possivelmente os que se constituem no núcleo central da Representação Social do grupo acerca do objeto estudado. Os termos Prazer e Amor foram majoritariamente os mais referidos. Em seguida aparecem no mesmo quadrante Bom, Camisinha, Desejo e Carinho.

¹² Incluídas as respostas: Autônoma (01); Lavradora (01); Passadeira (01); Recepcionista (01); Salgadeira (01); Nenhuma (01).

No quadrante superior direito, portanto como primeira periferia, Confiança e Gravidez. Como Elementos de Contraste, localizados no quadrante inferior esquerdo, aparecem Cuidado, Responsabilidade e Vida. No quadrante inferior direito os elementos menos frequentes, portanto menos importantes para o grupo acerca do termo do objeto em estudo, a saber: Compreensão, Doenças, Filhos, Intimidade, Medo, Paixão, Satisfação, Segurança e Tesão.

Quadro 1: Elementos da representação social de “Sexo” em jovens mulheres. Goiás, 2011

rang 1,77

		Elementos Centrais		Elementos 1ª Periferia	
$f \geq 10$	Prazer	59	2,119	Confiança	17 2,412
	Amor	58	1,897	Gravidez	10 3,100
	Bom	18	1,944		
	Camisinha	29	2,189		
	Desejo	14	1,786		
	Carinho	12	2,167		
		Elementos de Contraste		Elementos 2ª Periferia	
$f \geq 4$	Cuidado	7	2,000	Compreensão	4 3,000
	Responsabilidade	6	1,833	Doenças	9 2,333
	Vida	4	2,000	Filhos	4 2,250
				Intimidade	6 2,833
				Medo	8 2,375
				Paixão	8 3,000
				Satisfação	8 2,625
				Segurança	9 2,222
				Tesão	9 2,556

Número total de palavras diferentes: 104

Número total de evocações: 260

Média Geral dos *rangs*: 1,77

Média de resposta por sujeito: 2,3

N = 112

Análise de Similitude:

O conjunto de palavras e expressões evocadas foram, em seguida, organizadas em categorias de acordo com a semelhança de sentidos e significados relativos. Segundo Abric (2001, p.61), a análise anteriormente realizada pode ser completada por meio de verificação da possibilidade dos elementos mais frequentes que geram um conjunto de categorias organizadas a partir desses elementos, ‘[...] confirmando assim os indícios sobre seu papel organizador da representação.’ Este procedimento exige uma avaliação qualitativa e rigorosa por parte do pesquisador na definição das palavras a serem aglutinadas nas categorias

distintas. As categorias especificadas foram assim organizadas: a) categoria n. 1: Amor; b) categoria n. 2: Prazer; c) categoria n. 3: “Muito Bom”; d) categoria n. 4: Camisinha; e) categoria n. 5: Confiança; f) categoria n. 6: Desejo; g) categoria 7: Carinho; h) categoria n. 8: Prevenção; i) categoria n. 9 : Gravidez; j) categoria n. 10: Doenças; K) categoria n. 11: intimidade; l) categoria n. 12: Medo.

TABELA 6 - Distribuição das categorias obtidas a partir das evocações de jovens mulheres ao termo indutor Sexo. Goiás, 2011

CATEGORIA	QUANTIDADE DE PALAVRAS	QUANTIDADE DE OCORRÊNCIAS	PARTICIPAÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUÊNTES DENTRO DA CATEGORIA
0. Resto	7 (8,4 %)	8 (2,2%)	0 (0,0%)
1. Amor	5 (6,0%)	63 (16,9%)	59 (93,7%)
2. Prazer	7 (8,4%)	66 (17,7%)	58 (87,9%)
3. Muito Bom	16 (19,3%)	46 (12,4%)	30 (65,2%)
4. Camisinha	2 (2,2%)	31 (9,0%)	29(93,5%)
5. Confiança	6 (7,2%)	36 (9,7%)	32 (88,9%)
6. Desejo	8 (9,6%)	37 (9,9%)	31(83,8%)
7. Carinho	4 (4,8%)	17 (4,6%)	12 (70,6%)
8. Prevenção	8 (10,2%)	13 (4,8%)	07 (62,5%)
9. Gravidez	5 (6,0%)	17 (4,6%)	14 (82,4%)
10. Doenças	4 (4,8%)	12 (3,2%)	9 (75,0%)
11. Intimidade	6 (7,2%)	14 (3,8%)	10 (71,4%)
12. Medo	5 (6,0%)	12 (3,2%)	8 (66,7%)
TOTAL	83 (100%)	372 (100%)	299 (80,4%)

Nesta pesquisa foram definidas doze categorias de acordo com a ocorrência das palavras. O programa EVOC permite uma avaliação da distribuição e consistência interna das categorias, criadas a partir das palavras consideradas relevantes e, em seguida, das palavras mais frequentes. Deste modo, três tipos de categorias podem ser obtidos: a) categorias contendo elementos importantes na organização da representação social, constituindo hipóteses de centralidade. Aqui se encontram as categorias com poucas palavras diferentes, algumas delas ou todas observando alta frequência de ocorrência (relevância no *corpus* total das ocorrências), sendo que as palavras relevantes são responsáveis por dois terços ou mais do total de ocorrências dentro da própria categoria, ou seja, consistência interna; b) categorias com perfil mediano, observando ou alta relevância no conjunto, associada à baixa consistência interna ou relevância média no conjunto de ocorrências, com alta consistência interna, indicando elementos periféricos, mas importantes na organização; c) categorias com alta frequência de palavras diferentes, baixa relevância no conjunto de ocorrências e baixa consistência interna.

A organização em categorias marca a passagem de um material estruturado em termos de palavras isoladas, para um material composto de subconjunto de palavras que tem um mesmo significado. Segundo Campos (2003, p. 38), “As categorias constituem uma espécie de “nódulos de significado social”, condensadores de palavras, opiniões, atitudes, etc. Elas correspondem, mais proximamente ao que chamamos de “elementos” de uma representação social,[...]”. A partir dos resultados obtidos no procedimento de análise das evocações é possível fazer tal organização, montar categorias por palavras que são reunidas de acordo com uma semelhança de significado social, ou seja, palavras que pertencem a uma mesma dimensão da representação, palavras possuidoras de um mesmo sentido social. As palavras são categorizadas a partir de um trabalho de escolha do pesquisador respeitando critérios qualitativos e, portanto exigindo muito rigor neste procedimento.

A partir da organização das categorias anteriormente referidas (Tabela 6), estas foram submetidas a um tratamento denominado análise de similitude onde foi gerada a árvore máxima (Figura 2). A árvore máxima é uma expressão gráfica da representação do objeto pesquisado, que tem por finalidade estabelecer a relação entre os elementos selecionados como categorias de acordo com a ocorrência de relação entre as categorias organizadas com as palavras oriundas das evocações dos indivíduos pesquisados. Foi utilizado como critério de análise neste procedimento, o grau de vizinhança entre os elementos categorizados e o grau de associações fortes entre os elementos (CAMPOS, 2003).

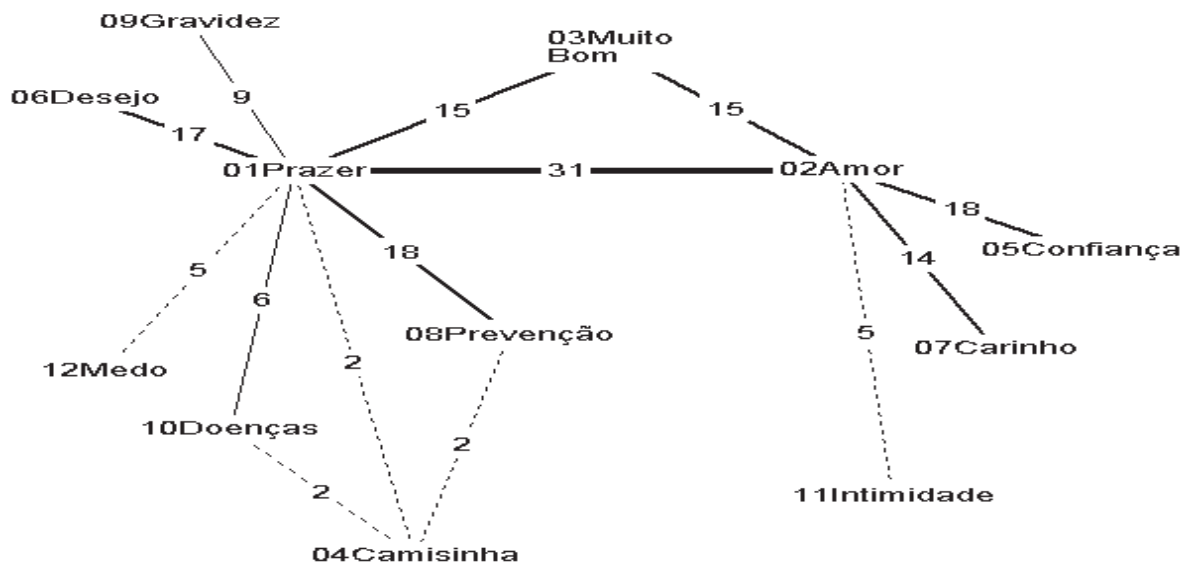


FIGURA 2 – Árvore máxima da representação social de SEXO em jovens mulheres. Goiás, 2011.

Como se verifica na sua representação gráfica (Figura 2), os elementos aparecem divididos em dois blocos bem definidos: Prazer e Amor. No primeiro deles o campo estruturante está organizado nos termos prevenção, desejo, medo, gravidez, doenças e camisinha. O segundo, aquele organizado a partir do lugar ocupado pelo amor, reúne as cognições confiança, carinho, intimidade. A expressão muito bom surge como elemento com destaque semelhante para os dois polos.

As evocações obtidas ao termo indutor DST aparecem a seguir, no Quadro 2. As principais referências contidas no quadrante superior esquerdo foram Aids e Prevenção, estas seguidas de Cuidado e Preservativo. Na primeira periferia medo e irresponsabilidade ocupam o espaço. Como Elementos de Contraste aparecem os signos morte, falta-cuidado, perigo e falta-fidelidade. Na segunda periferia estão doença, dúvidas, muitos parceiros, risco, atenção, HPV, conhecimento e hepatite.

QUADRO 2: Elementos da representação social de “doença sexualmente transmissível” em jovens mulheres. Goiás, 2011.

rang 1,9

$f \geq 11$	Elementos Centrais			Elementos 1ª Periferia		
	Aids	35	1,486	Medo	32	1,969
	Prevenção	35	1,857	Irresponsabilidade	11	1,887
	Cuidado	29	1,636			
	Preservativo	24	3,091			
$f \geq 4$	Elementos de Contraste			Elementos 2ª Periferia		
	Morte	8	1,750	Doença	8	2,250
	Perigo	6	1,500	Dúvida	7	2,143
	Falta-fidelidade	5	1,500	Muitos-parceiros	7	2,143
				Risco	6	2,000
				Atenção	6	2,167
				HPV	6	2,167
				Conhecimento	6	2,167
			Hepatite	6	2,667	

Número total de palavras diferentes: 98

Número total de evocações: 316

Média Geral dos *rangs*: 1,95

Média de resposta por sujeito: 2,8

N = 112

O Quadro 3, sobre o risco de pegar uma DST, evidencia a seguinte distribuição de palavras: no quadrante superior esquerdo aparecem não usar preservativo, medo, prevenção, falta de cuidado e muitos parceiros. No quadrante superior direito contém os elementos traição e muitos-parceiros. Na parte inferior do quadro, quadrante inferior esquerdo aparecem insegurança, irresponsabilidade, sexo, doença e morrer. O quadrante inferior direito é constituído pelos elementos conhecer bem, confiança no parceiro e risco.

QUADRO 3: Elementos da representação social de “risco de pegar uma DST” em jovens mulheres. Goiás, 2011.

rang 1,9

$f \geq 19$	Elementos Centrais			Elementos 1ª Periferia		
	Não-usar-preservativo	43	1,558	Traição	27	2,111
	Medo	26	1,808	Muitos-parceiros	19	2,105
	Prevenção	25	1,760			
	Falta-de-cuidado	20	1850			
$f \geq 4$	Elementos de Contraste			Elementos 2ª Periferia		
	Insegurança	9	2,000	Conhecer-bem	8	2,250
	Irresponsabilidade	9	2,111	Confiança-no-parceiro	5	2,200
	Sexo	7	1,571	Risco	4	2,750
	Doença	5	1,600			
	Morrer	5	1,600			

Número total de palavras diferentes: 78

Número total de evocações: 325

Média Geral dos *rangs*: 1,9

Média de resposta por sujeito: 2,9

N = 112

2.2.3 Práticas Preventivas

No que se referem aos aspectos considerados importantes para a prevenção de DST, cada participante, em nome de diferentes sujeitos, foi solicitada a apresentar os três principais considerados mais importantes e menos importantes.

Em nome próprio, os três fatores considerados mais importantes de serem adotados para a prevenção de DST foram, respectivamente, Utilização do preservativo em todas as

relações sexuais, Fazer exames regularmente e Ser fiel a um parceiro único. Os considerados menos importantes, em ordem decrescente de referência, foram: Praticar a abstinência sexual, Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença e Utilização do preservativo somente nas relações de risco (Tabela 7).

TABELA 7 - Distribuição de fatores associados a DST, segundo autopercepção de jovens mulheres. Goiás. 2011.

Fatores	Mais importante		Menos importante		Não Referido	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais	103	92,0	7	6,3	2	1,8
Fazer exames regularmente	94	83,9	8	7,1	10	8,9
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença	13	11,6	63	56,3	36	32,1
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)	55	49,1	29	25,9	28	25,0
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids	20	17,9	38	33,9	54	48,2
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas	20	17,9	26	23,2	66	58,9
Ser fiel a um parceiro único	60	53,6	26	23,2	26	23,2
Utilização do preservativo somente nas relações de risco	14	12,5	40	35,7	58	51,8
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido	14	12,5	41	36,6	57	50,9
Praticar a abstinência sexual	12	10,7	71	63,4	29	25,9

As respostas aos mesmos questionamentos ditos em nome próprio foram solicitados em nome de colegas. Aparecem como fatores mais importantes: Utilização do preservativo em todas as relações sexuais, Fazer exames regularmente e Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa). Os menos importantes foram: Praticar a abstinência sexual, Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença e Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido (TABELA 8).

TABELA 8 – Distribuição de frequência de fatores associados a DST, segundo percepção de jovens mulheres sobre como pensam suas colegas residentes no mesmo município. Goiás. 2011.

Fatores	Mais importante		Menos importante		Não Referido	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais	86	76,8	15	13,4	11	9,8
Fazer exames regularmente	80	71,4	18	16,1	14	12,5
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença	22	19,6	50	44,6	40	35,7
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)	53	47,3	32	28,6	27	24,1
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids	23	20,5	35	31,3	54	48,2
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas	17	15,2	35	31,3	60	53,2
Ser fiel a um parceiro único	48	42,9	31	27,7	33	29,5
Utilização do preservativo somente nas relações de risco	25	22,3	37	33,0	50	44,6
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido	20	17,9	42	37,5	50	44,6
Praticar a abstinência sexual	13	11,6	60	53,6	39	34,8

Em nome das mulheres jovens da sua cidade, as participantes disseram que se destacam como três fatores mais importantes na prevenção das DST: utilização do preservativo em todas as relações sexuais, fazer exames regularmente e seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa). Os três fatores menos importantes ditos foram: Praticar a abstinência sexual, Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença e utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/Aids, bem como fazer exames regularmente e ser fiel a um parceiro único, os três últimos com a mesma indicação (TABELA 9).

TABELA 9 - Distribuição dos fatores associados a DST, segundo a percepção das participantes sobre o que pensam mulheres da mesma cidade de sua residência sobre os mesmos. Goiás. 2011.

Fatores	Mais importante		Menos importante		Não Referido	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais	65	58,0	31	27,7	16	14,3
Fazer exames regularmente	55	49,1	38	33,9	19	17,0
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença	38	33,9	42	37,5	32	28,6
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)	48	42,9	25	22,3	39	34,8
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids	34	30,4	38	33,9	40	35,7
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas	20	17,9	29	25,9	63	56,3
Ser fiel a um parceiro único	41	36,6	38	33,9	33	29,5
Utilização do preservativo somente nas relações de risco	36	32,1	26	23,2	50	44,6
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido	31	27,7	25	22,3	56	50,0
Praticar a abstinência sexual	4	3,6	66	58,9	42	37,5

Ao serem comparadas as respostas dadas como os principais fatores na prevenção de DST na condição de personagem diferente, há coincidência entre dois primeiros, quais sejam, Utilização do preservativo em todas as relações sexuais e Fazer exames regularmente. A divergência é verificada entre o terceiro fator relacionado quando dito em seu nome daquele mencionado em nome de terceiros, no caso colegas e outras mulheres residentes na mesma cidade que ela, respectivamente, ser fiel a um parceiro único e seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa).

Quanto cotejados aos fatores menos importantes a serem adotados na prevenção de DST, os dois primeiros considerados foram os mesmos nas três oportunidades, específica e respectivamente, praticar a abstinência sexual, utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença. O terceiro fator mencionado variou nas três ocasiões, quais sejam, utilização do preservativo somente nas relações de risco, utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido, e três diferentes itens com a mesma referência quando resposta emitida em nome de mulheres da cidade em que mora:

fazer exames regularmente, utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/Aids e ser fiel a um parceiro único.

As mulheres, quando questionadas quanto ao risco pessoal de infecção pelo HIV/Aids, responderam, em maior número, negativamente; com resultado próximo estão as que afirmaram haver a existência do risco, este seguido de perto por aquelas que de algum modo o percebem, uma vez que relativizaram esta percepção (TABELA 10).

TABELA 10 – Distribuição de vulnerabilidade percebida ao risco de infecção pelo HIV/Aids, por jovens mulheres. Goiás. 2011.

Município	Freq	%
Não	35	31,3
Sim	33	29,5
Talvez	32	28,6
Não Respondeu	12	29,5
Total	112	100,0

A seguir, foram questionadas sobre pessoas do relacionamento sobre as quais têm conhecimento que já tiveram ou não alguma DST. Majoritariamente, as respostas que aparecem são negativas para cada categoria isolada. Entre as opções mais referidas como aqueles em que já houve pessoas com DST, destacam-se igualmente, amigos e colegas. É importante ressaltar que todas as participantes afirmam conhecer alguma pessoa, com maior ou menor grau de proximidade, que teve DST (TABELA 11).

TABELA 11 – Distribuição segundo jovens mulheres, de pessoas próximas que tiveram alguma DST. Goiás. 2011.

Variável	Opções			
	Sim		Não	
	Freq	%	Freq	%
Amigos	36	32,14	76	67,86
Colegas	36	32,14	76	67,86
Família	24	21,40	88	78,60
Vizinhos	26	23,20	86	76,80
Outros	38	23,20	74	76,80

No questionamento seguinte, as participantes emitiram o grau de concordância para assertivas acerca do que acontece entre as mulheres, de modo habitual, nas escolhas relacionadas às parcerias sexuais (TABELA 12). Dos sete itens, as duas primeiras frases foram no sentido de conhecer sobre a fidelidade ou não ao parceiro, a terceira locução para saber sobre liberdade sexual e as demais sobre a exposição das mesmas pela via sexual

decorrente do comportamento do parceiro, seja pelo uso de drogas injetáveis, não uso de preservativo ou porque tenha outras parceiras.

TABELA 12 - Distribuição da percepção que jovens mulheres têm das práticas sexuais com relação ao tipo e quantidade de parceiros. Goiás. 2011.

Assertivas	Nenhuma		Algumas (poucas)		Muitas		Todas		Não Respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Quantas mulheres mantém relações sexuais somente com o namorado ou parceiro fiel?	06	5,4	46	41,1	4	3,6	12	10,7	01	0,9
Quantas mulheres mantém relações sexuais com outros parceiros além do namorado ou parceiro fiel?	23	20,5	41	36,6	42	37,5	05	4,5	01	0,9
Quantas mulheres mantém relações sexuais com pessoas que elas conhecem pouco ou acabaram de conhecer?	17	15,2	44	39,3	43	38,4	06	5,4	02	1,8
Quantas mulheres mantém relações sexuais com usuários de drogas?	37	33,0	51	45,5	21	18,7	01	0,9	02	1,8
Quantas mulheres mantém relações sexuais com homens que não usam preservativo?	04	3,6	28	25,0	70	62,5	09	8,0	01	0,9
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com parceiros que têm outras parceiras?	14	12,5	45	40,2	51	45,5	01	0,9	01	0,9
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com parceiros que são casados com outra mulher?	28	25,0	41	36,6	39	34,8	02	1,8	02	1,8

Referente à fidelidade (primeiro item da tabela 12) ao parceiro como opção, verificou-se que este comportamento é percebido em maior percentual como realizado por algumas poucas mulheres, o que se confirma no item seguinte quando afirmam da existência elevada de infidelidade por parte das mesmas (segundo item da tabela 12), uma vez que esta foi a opção verificada com maior frequência (somatório das opções muitas e todas).

Com base na resposta das participantes sobre a ocorrência de contato íntimo com parceiro que conhece pouco ou acabou de conhecer, o que informa, de algum modo, a percepção de liberdade sexual por parte das mulheres do seu meio social (terceiro item da tabela 12), pode-se afirmar que esse é o entendimento de quase a metade delas (somatório das opções muitas e todas).

Das frases construídas para apontar a exposição de mulheres a partir da prática sexual relacionada a características do parceiro com algum fator de risco para DST, todas as opções apontam para a existência de tais comportamentos como existentes entre mulheres conhecidas, com destaque para o sexo desprotegido, ou seja, pelo não uso de preservativo.

As justificativas mais importantes para o uso do preservativo estão na Tabela 13. Aparecem como itens mais referenciados, em ordem decrescente, a proteção que confere contra o HIV/Aids, seguido da proteção que confere contra as DST e das relações de risco. Ressalta a elevada condição de não seleção para as frases afirmativas, “protege em todas as relações sexuais”, “mostra interesse pela proteção” e “protege nas relações de risco”.

TABELA 13 - Distribuição das justificativas mais importantes para uso do preservativo segundo jovens mulheres. Goiás. 2011.

Opções	Mais importantes		Não Selecionado	
	Freq	%	Freq	%
Protege contra o HIV/aids	103	92,0	06	5,3
Reduz a confiança no parceiro	06	5,4	09	8,0
Protege nas relações de risco	52	46,4	42	37,5
Reduz o prazer sexual	10	8,9	20	17,9
Protege contra as DST	86	76,8	22	19,7
Protege em todas as relações sexuais	26	23,2	58	51,8
Protege contra a gravidez	43	38,4	35	31,3
Mostra interesse pela prevenção	41	36,6	53	47,3
Mostra falta de interesse pela prevenção	03	2,7	51	45,3

2.3 Discussão

A caracterização das participantes, individualmente, não apresenta qualquer informação que possa ser considerada como totalmente divergente, o que permite, de fato, considerá-las no geral para o conjunto do grupo. Quanto às localidades de moradia das participantes, estas se diferem geograficamente, porém estão dentro da mesma unidade federativa. Heitorai está localizada a 130 km da capital, tem na agropecuária a principal atividade econômica. Jaraguá também está há uma distância de 130 km da capital e concentra um importante polo de confecção. Em Goiânia, os destaques da economia são as indústrias químico-farmacêuticas e de confecções, todas localizada na Região Noroeste, que é uma das regiões mais pobres da capital, e distante do centro mais de 20 km. Luziânia situa-se a 200 km de Goiânia, tem mais proximidade com o Distrito Federal, especificamente 60 km, e tem como principal atividade econômica a fruticultura de irrigação com tecnologia. Nenhuma delas apresenta o ritmo da vida moderna dos grandes centros, ao contrário, o estilo de vida da população guarda semelhança quanto à característica comum das cidades do interior, que é marcada por manter um modo mais tranquilo e pacato.

No que se refere à idade, o grupo é formado, principalmente, por mulheres jovens¹³ e sexualmente ativas. As pessoas dessa faixa etária são consideradas de extrema importância para o cenário nacional, pois, via de regra, é nesse período que escolhem caminhos e assumem responsabilidades. Assim, estão numa fase da vida em que existem inúmeras oportunidades de realização e desenvolvimento, tanto profissional quanto pessoal.

No aspecto pessoal, em geral, adultos jovens chegam à maturidade sexual e reprodutiva antes de atingir o amadurecimento emocional e/ou social, bem como a independência econômica. No caso da mulher, a existência e somatório de múltiplos fatores, com destaque para as relações de gênero desiguais, podem influenciar de modo adverso na sua saúde sexual e reprodutiva, com destaque para a condição de dominação masculina na relação afetivo-sexual (AMORIM; ANDRADE, 2006). No presente estudo, é possível perceber sinais que confirmam a existência do sistema machista e da combinação de subordinação e tolerância da mulher para com o companheiro, no que se refere ao comportamento sexual dos mesmos.

Ao longo dos séculos, a condição imposta ao gênero feminino legitima sua identidade estereotipada marcada por silêncio e tolerância. As normas, valores e representações que permeiam a vida da pessoa, no caso mulheres, influenciam, direta e substancialmente, na percepção e comportamento frente aos objetos que se apresentam, aqui relativo à sua vida sexual (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008). Nesse estudo, de modo geral, nas várias oportunidades as mulheres reafirmaram a adoção de práticas que levam riscos à saúde, especialmente associados à prática de sexo inseguro, que as expõe a maiores riscos de adoecimento e morte.

Potencialmente, a mulher está vulnerável a riscos desde que se torna sexualmente ativa, especialmente quando da sua prática desprotegida. Conforme estudos (SILVEIRA, et al, 2002; ALVES; LOPES, 2008), quanto mais cedo se dá o início da atividade sexual a ocorrência de infecções transmitidas por essa via de contato, as DST, e a gravidez indesejada são mais frequentes. Segundo a OMS (2009), globalmente, tais doenças (DST), inclusive pelo HIV, são geralmente mais comuns entre jovens e, quase a metade de todas as pessoas infectadas apresentam idade entre 15 e 24 anos; nos países em desenvolvimento se classificam como a segunda enfermidade que mais acomete mulheres entre 15 e 44 anos

¹³ Para a Secretaria Nacional de Juventude, pessoa jovem é aquela na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, divididos em três subgrupos: de 15 a 17 anos - jovem adolescente, de 18 a 24 anos - jovem-jovem e de 25 a 29 anos - jovem adulto. Os estudos da UNESCO acatam a definição de jovem feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que abrange as pessoas de 15 a 24. O MS segue a OMS. No âmbito do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse parâmetro também é dado por esta mesma faixa etária. Entretanto, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE), realizada em 2007, considerou como jovens a parcela da população situada na faixa etária entre 15 a 29 anos de idade.

(WHO, 2005). Ao longo das respostas obtidas no estudo, é possível perceber os muitos comportamentos de risco relacionados às relações afetivo-sexuais apontados como cotidianos entre mulheres.

Outro aspecto a ser destacado, que trata de característica comum às participantes, é o fato de estarem em idade considerada fértil¹⁴. Considera-se como relevante, porque nesta faixa etária as mulheres enfrentam muitos desafios de saúde decorrentes de complicações do período gravídico puerperal, como gravidez não desejada, abortos inseguros ou complicações na gravidez e no parto (OMS, 2009). Assim, os anos reprodutivos ou férteis são potencialmente de risco, com amplas possibilidades de um enorme impacto na saúde geral e no bem-estar das mulheres.

Acerca da escolaridade do grupo, o resultado revela-se como importante, uma vez que é consensual (planos teóricos e práticos) que a educação é elemento essencial no processo de desenvolvimento do país. Antes disso, a variável influencia, diretamente, na qualidade de vida das pessoas e contribui para a melhoria dos indicadores de saúde, uma vez que se constitui como um fator favorável para maior acesso e compreensão de informações disponibilizadas em saúde (KORB; GELLER, 2009). Entretanto, neste estudo, não se mostrou suficiente para a adoção de práticas preventivas às DST/HIV/Aids, ainda que muitas respostas não possam ser consideradas como conduta das próprias participantes e sim dadas em razão do conhecimento e/ou percepção do comportamento de terceiros.

Quanto ao estado civil, pode-se dizer que a condição da maioria de solteiras e casadas, possa ser reflexo direto da faixa etária do grupo. Quanto ao número de solteiras ser maior, pode não refletir a coabitação com o parceiro, isso porque não raro pessoas que vivem em união estável ou que convivem maritalmente se autodeclaram solteiras por falta de documento comprobatório dessa sua realidade conjugal. Entretanto, independentemente do tipo jurídico, todas as participantes podem sim ser consideradas em risco para DST, haja vista a notificação elevada de casos entre mulheres com relação tidas como estáveis, aqui incluídas as casadas em união consensual (SOUSA; BARROSO, 2009). A categoria de exposição sexual continua como a principal via de transmissão do vírus HIV em ambos os sexos, e quanto à Aids, o maior número de casos é verificado entre indivíduos heterossexuais (SILVA; PEREIRA; MOTTA NETO, et al., 2010).

As principais atividades profissionais e ocupacionais exercidas apontam para considerações que se sustentam a partir de possibilidades explicativas já tradicionais. A

¹⁴ Na definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos (BRASIL, 2002).

maioria está vinculada ao desempenho cotidiano de afazeres atribuídos à mulher, o que remete a questões historicamente construídas e determinadas ao gênero feminino, conseqüentemente, manutenção de estruturas tradicionais das relações entre homens e mulheres (SCOTT, 1994; VANCE, 1995; PARKER, 1999; DINIZ, 2005; SILVA, 2008). Muitas estão em período estudantil, inicialmente atribuído pura e simplesmente ao número considerável de mulheres na faixa etária que as caracteriza como jovens, portanto ainda em período de formação escolar/acadêmica. Há algumas décadas as mulheres deixaram de enxergar o casamento e a maternidade como possibilidades únicas, e passaram a valorizar estudo, carreira profissional e estabilidade financeira (GUEDES, 2008). Assim, pode se apresentar como resultado do que já tem sido reiterado na literatura, que é a forte associação entre escolaridade e participação das mulheres no mercado de trabalho (BRUSCHINI; PUPPIN, 2004).

Conforme as evocações ao termo sexo (QUADRO 1), os possíveis elementos tidos como representação, revelam a existência de dois campos principais para a vida sexual, uma vez que existem palavras que coincidem naquilo que traduzem. Assim, pode-se considerar que o agrupamento dos signos estabeleça amor e prazer como blocos representativos distintos, o que se confirma pela análise da árvore máxima (FIGURA 2).

A existência destas polarizações pode significar que os sujeitos trabalham (principalmente) com duas chaves controladoras, estas nem sempre são acionadas ao mesmo tempo. Neste caso, significa dizer, então, que o funcionamento de uma chave exclui o da outra, ou seja, quando a prática sexual busca prazer é preciso cuidado e prevenção (doenças e gravidez), mas está liberada quando existe o sentimento de amor. Em outras palavras, nem sempre o amor encontra o prazer e vice-versa.

Incluídos na compreensão de amor estão evocações que, supostamente, sustentam a invisibilidade do risco, nesse contexto, carinho, confiança e intimidade. Estas expressam a ideia de amor romântico, entendido por *Giddens* (1993, p. 10) como “a possibilidade de estabelecer um vínculo emocional durável com o outro, tendo como base as qualidades intrínsecas desse próprio vínculo”. Por esta ótica, o amado é percebido de modo idealizado como único e eterno (LINS, 1997; OLTRAMARI, 2007). Nesse sentido, amor, casamento e sexo encontram-se interligados (SCABELLO, 2006) e, possivelmente, mantidos por confiança no parceiro (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004) e por aspectos como companheirismo, diálogo e fidelidade conjugal, segundo estudo de Ramos (2009).

No que se refere ao prazer na esfera sexual, estão reunidas as palavras ditas que se relacionam à prática sexual associada aos riscos. Supostamente, quando o sexo busca

satisfação de um desejo carnal, uma interação erótica (*PHILPOTT; KNERR; BOYDELL, 2006*), exige prevenção, seja de doenças ou da gravidez. Neste caso, qual seja, “a vivência desse prazer, muito freqüentemente, está associada à disposição e à capacidade de enfrentar e de correr determinados riscos, que atualizam uma relação que, historicamente, se faz entre prazer e perigo” (*MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007, p. 221*). Isso nos remete à teoria da homeostase do risco, no que se refere ao nível aceito de risco pelo indivíduo (*WILDE, 2005*).

No entanto, o fato de mulheres jovens e adultas se permitirem – e expressarem - viver o sexo por prazer, há que se destacar como relativa inovação. Nesse particular, estão inseridos valores e significados socialmente aceitos como próprios do macho, que “é guiado pelo desejo, ao qual não é fácil impor limites” (*TURA, 1998, p.136*). No contexto histórico, significa dizer que a representação da sexualidade feminina não é mais passiva e dirigida somente ao prazer dos homens. A explicitação de que o exercício prazeroso como forma integrante do que se reconhece como sexualidade normal, dito por mulheres e permitido a elas, dentro e fora do casamento, configura-se como resultado de importantes movimentos sociais empreendidos há mais de meio século (*LOYOLA, 2003*).

No conjunto das representações sobre sexo (análise das evocações e árvore máxima), pode-se dizer que o amor romântico ainda assume papel de grande importância para as mulheres, uma vez que segue para além da relação de prazer. Em outras palavras, quando existe o sentimento amor, implicitamente, se pressupõe a prática sexual livre das implicações de risco e que, parece, justificam a não adesão às medidas preventivas para DST/HIV/Aids. Tal perspectiva tornam as mulheres particularmente vulneráveis à infecção pelo vírus HIV. A exposição se dá não só devido à combinação de fatores biológicos (*OMS, 2009*), mas por falta da capacidade objetiva de se proteger frente ao envolvimento emocional, especificamente negociar uma relação sexual “mais” segura. Também contribuem para esse contexto, relações de desigualdade de gênero, que são histórica e culturalmente construídas entre homens e mulheres, presentes em todas as áreas e camadas sociais, possivelmente, presentes no cotidiano das participantes deste estudo. As dificuldades causadas por esta relação de desigualdade impõem situação de submissão, violência e discriminação a que muitas mulheres ainda estão submetidas (*BRASIL, 2003; VILLELA, 2001*).

Assim, de modo evidente, a prática de sexo seguro, ou seja, uso da camisinha está associado às situações em que há inexistência de sentimento amoroso, casos em que se percebem a flagrante exposição em adquirir DST ou engravidar. De outro modo, a prática sexual na presença de amor, ao que parece, não demanda, de modo absoluto, a necessidade de proteção conferida pelo preservativo.

A análise do conteúdo das representações sobre DST (QUADRO 2) permite destacar três principais modalidades de palavras evocadas. A primeira delas traz o reconhecimento, na verdade, uma crença sólida, do aspecto preventivo e, decorrente disso, pressuposição de observação/conduita pessoal pró-ativa no sentido de minimizar ou impedir a contaminação, sendo a principal forma a opção pelo uso de preservativo. Noutra conjuntura, as mulheres destacam a Aids dentre todos os agravos incluídos como sexualmente transmissíveis, o que pode apontar para a grande importância dada à mesma, possivelmente pelo risco de morte, daí o medo e perigo expressados. Em outras palavras, é como se não estivessem preocupadas em adquirir outra doença pelo contato sexual, apesar da importância atribuída cientificamente às demais DST, especialmente por ser um importante fator de transmissão do HIV (BRASIL, 2007b). Um terceiro grupo implica na conduta infiel do parceiro, o que é tido como irresponsabilidade do mesmo e exige cuidado, aqui entendido como necessidade de cuidado. Neste caso, pode-se falar que a exposição da companheira existe, porque fidelidade como valor presente nas relações afetivo-sexuais, vez por outra sai de cena já que, tradicionalmente, a sexualidade masculina caracteriza-se como expansiva, quase incontrolável, e por isso a infidelidade vista como um aspecto natural e imutável dos homens, portanto que se aceita e se explica (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; AMORIM; ANDRADE, 2006). Parte das evocações obtidas nesse quesito se assemelha ao que foi encontrado em pesquisa realizada junto a gestantes, algumas relacionadas com aspectos socioculturais e outras aos psicológicos (DAMASCENO; MOURA; NERY, 2009).

Diante do que foi apresentado, indiretamente, é possível verificar a existência de conhecimento sobre o DST/HIV/Aids. Essa condição se caracteriza como absolutamente necessária, para que se possa vivenciar a atividade sexual de maneira adequada, saudável e segura (CUSTÓDIO; SCHUELTER-TREVISOL; TREVISOL *et al.*, 2009). Entretanto, é consensual entre os autores que considerar o saber das pessoas, isoladamente, não reflete a realidade quanto à sua maior ou menor vulnerabilidade, o que é dado, de fato, pelo conjunto vigente de variáveis socioculturais e econômicas (MALTA, 2000; SILVA, 2002; SILVEIRA, *et al.*, 2002; MIRANDA *et al.*, 2005; GUILHEM, 2005; UNESCO, 2006). Assim, “o comportamento não saudável é muitas vezes mantido por processos culturais e sociais e que quaisquer tentativas para influenciar o comportamento de saúde que ignorem estes processos serão em boa parte mal sucedidas” (RIBEIRO, 1998, p. 164).

Quanto às representações relacionadas ao risco de pegar uma DST (QUADRO 3), as evocações obtidas reforçam e especificam as já apresentadas quanto ao agravo propriamente dito. Em primeira análise, pode-se dizer que dois campos semânticos principais organizam o

pensamento acerca da condição desse risco, um estabelecido pela não adoção de cuidados preventivos e o outro diretamente ligado à figura do parceiro, mais especificamente da sua infidelidade. Contudo, na verificação detalhada é possível a detecção de um pensamento dominante, qual seja a existência de proteção proporcionada pela parceria única, o que remete a concepções arcaicas que se mantêm após décadas das inúmeras demonstrações quanto à sua fragilidade.

Isoladamente, o fato da percepção quanto ao risco para contrair uma DST estar vinculada ao não uso de preservativo, aponta para um avanço relativo junto a mulheres. Isso pode ser considerado, de certa forma, como uma ressignificação positiva introduzida após o surgimento da epidemia de HIV/Aids. Até então, as pessoas estavam impregnadas por elementos da cultura que situavam o risco, exclusivamente, para segmentos da população com práticas e parcerias consideradas duvidosas e/ou questionadas. Assim, por exemplo, estaria presente nas relações extraconjugais (principalmente com pessoa desconhecida ou com aspecto não saudável), nas práticas homossexuais ou de prostituição, portanto com recomendação, quase uma autorização, para o uso de preservativo (AMARO, 2005).

Além disso, relaciona-se com crenças negativas que vinculam a utilização da camisinha ao prejuízo sexual. No imaginário coletivo, ainda existe a ideia que o preservativo diminui a sensação de prazer sexual ou que prejudica a ereção masculina. Também que, no âmbito doméstico, ao se propor ao parceiro(a) o uso de camisinha, possa demonstrar falta de confiança ou sugerir uma traição. Pode-se compreender tal ocorrência a partir de estudos como os de Heilborn e Prado (1995), Knauth (1996) e Guimarães (1998), que mostram que o estabelecimento de vínculo conjugal entre as pessoas tem o poder de gerar sentimentos de confiança e proteção, conseqüentemente, na suspensão do uso de proteção mecânica em suas relações sexuais. Na relação conjugal, preservativo tem aceitação quando o objetivo é a contracepção (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002).

No caso de conjugalidade, está descrito em estudos junto às pessoas infectadas ou não pelo HIV (VILLELA, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2002; COSTA, 1999), que a importância do uso do preservativo é conhecida e valorizada em termos conceituais, mas não é prática adotada regularmente. Sabe-se que a existência de forças simbólicas, influenciadas por fatores culturais, emocionais e econômicos concorrem para o não uso do preservativo. Nesse tipo de relação, as pessoas foram, ao longo dos anos, preparadas para isso, sendo, portanto, difícil para os parceiros aderir ao chamado sexo seguro (BRASIL, 2004).

Nesse estudo, a mudança verificada, ainda que tímida e vinculada a questões e estratégias questionáveis, pode ser resultado da política do governo federal, para controle do

processo de expansão da epidemia do HIV/Aids, amplamente baseada na utilização de preservativo. Uma característica que marcou o início das campanhas educativas é que estavam embasadas em ideias nefastas e “imagens horrendas de como se “morre” doente de Aids, ou conselhos do tipo “não faça agora o que eu fiz ontem, por que eu estava errado” (AMARO, 2005, p. 98). Apesar das ações estratégicas destinadas à população terem sido pensadas, inicialmente, sem nenhuma consideração quanto às especificidades de cada segmento, ou seja, de um modo geral buscava-se atingir a todos, é inegável a penetração social (ainda que em termos teóricos) acerca da necessidade de cuidados preventivos, com ênfase no uso do preservativo.

Com isso, de alguma forma, o perigo invisível passa a ser percebido como real, e tanto mais conforme a parceria estabelecida. Para essas mulheres, o risco de pegar uma DST aparece diretamente relacionado ao comportamento sexual do companheiro, nomeadamente sua fidelidade. Assim, suspeita-se, depositam no outro a condição para se manterem saudáveis, o que é sustentado por valores e crenças como confiança, responsabilidade e respeito mútuos – entenda-se monogamia (AMORIM; ANDRADE, 2006).

Acerca disso, Giacomozzi (2004) esclarece que o modelo de fidelidade no qual se acredita é sustentado pelo mito do amor romântico, e que nesses casos o raciocínio de prevenção se dá pela fidelidade do casal, ou seja, regido pela confiança recíproca. Então, considerando-se valores culturais, crenças e representações, na maioria das vezes o casal (leia-se parceria fixa) acredita que está realmente protegido contra DST/HIV e abandona a possibilidade do uso de preservativo (MAIA; GUILHEM, 2008).

Vigente o contexto acima caracterizado, os dizeres de Amaro (2005, p. 98) referente à Aids podem ser extrapolados para as demais DST, conforme a seguir,

contra a prevenção e em favor da AIDS, somam-se os medos da perda do status de companheira ou esposa, ou mesmo de amante fixa, como muitas mulheres vivem. O medo da solidão e do envelhecimento é tão fatal quanto qualquer outro método mortal, dado que faz a mulher negligenciar a si mesma, em nome do suposto amor ou sonho romântico.

Nestes termos, questões histórico-culturais cabíveis podem levar à compreensão da dinâmica que gira em torno do relacionamento interpessoal íntimo e cotidiano entre os parceiros, e com isso da condição de subalternidade da mulher para com o homem e “que afetam a adoção ou não de práticas preventivas” (SOUZA FILHO, 2000, p. 221).

Na indicação quanto aos três principais fatores mais e menos importantes na prevenção de DST, há proporcionalidade quanto aos elementos representacionais acerca do risco de contrair uma doença dessa natureza (QUADRO 3). Dentre as assertivas apresentadas,

as participantes colocam que a utilização do preservativo em todas as relações sexuais é o fator mais importante para a prevenção de DST. É possível que seja resultante da soma de esforços (dos órgãos governamentais, não governamentais e da sociedade organizada) no sentido da divulgação do conhecimento científico acumulado sobre HIV/Aids. O caráter incurável e letal atribuído à doença, de alguma forma, promove alteração nas dimensões simbólicas, sociais e culturais da população e favorece a adesão das pessoas ao uso do preservativo (CAMARGO; BARBARÁ; BERTOLDO, 2007). No entanto, o uso do preservativo parece não ser uma prática corrente, porque 58,1% responderam que tinham risco ou que talvez tivessem risco de se infectar. A adesão é, portanto, questionável nesse grupo.

Também motivado pela ampla divulgação de conhecimento relacionado ao HIV/Aids, no caso quanto à importância da detecção precoce da soropositividade, principalmente para a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos, equivocadamente possa ter contribuído para que a convicção de que fazer exames regularmente tenha aparecido em número expressivo. É fato que a detecção precoce de qualquer infecção, aqui sublinhadas as DST, é sempre relevante, uma vez que a maioria delas tem arsenal terapêutico disponível com fácil tratamento e rápida resolução, excetuando-se o HIV, e alguns subtipos do HPV, sendo que esses últimos também apresentam maior facilidade de controle quando diagnosticados em fases iniciais.

Esse pensamento dominante, quase inquestionável, dito em nome próprio, e reduzido de forma significativa quando referido em nome de terceiros, possivelmente, seja reflexo do atual caráter de norma socialmente aceita, praticamente incorporada como crença. Nesse sentido, pode-se falar dessa percepção como recente e decorrente da intensificação de ações realizadas para associar a prevenção de DST à prática de sexo seguro. Assim, para as mulheres, hoje, prevenir doença na esfera sexual é por meio da utilização de camisinha. A indicação de incorporação recente se faz pela comparação com os resultados encontrados por Souza Filho (2000, p. 231) em estudo realizado junto a mulheres populares moradoras de Brasília e do Rio de Janeiro, quando se encontrou que as mesmas “preferiram como forma de prevenção mais importante o parceiro único”.

Associar a realização de exames com prevenção de DST pode, ainda, ser atribuído às periódicas campanhas e programas governamentais de prevenção do câncer ginecológico (CRUZ; LOUREIRO, 2008; BRASIL 2007b;). Entretanto, há que se questionar a inadequada seleção do item como associado à prevenção de tais doenças. Além disso, há casos em que a realização dos mesmos esbarra na dificuldade de acesso as unidades de saúde e mesmo na

deficiência entre a relação demanda e oferta do serviço, além de outros igualmente relevantes nessa discussão (OMS, 2007).

O outro fator de destaque apontado como associado à prevenção de DST é a convicção depositada no fato de ser fiel a um parceiro único. A ideia de fidelidade aparece, mas condiciona-se a existência de parceiro único, fixo, portanto com alguma relativização. Historicamente, uso de preservativo combina com parceiro de quem se desconfia de sua fidelidade (SOUZA, *et al.*, 2011). Há que se lembrar de que a exclusividade da parceria para se constituir como fator favorável à prevenção de DST, exige do companheiro fidelidade na mesma medida, o que pode/deve revelar, quem sabe, a expectativa particular para com seus parceiros de suas relações afetivo-sexuais. Em todos os casos, a existência de vínculo estável entre o casal é interpretada como proteção para a não infecção (GARCIA; SOUZA, 2010).

Há que se registrar que, mesmo na condição de fidelidade mútua, antes do casal optar pelo não uso do preservativo, nos primeiros meses ambos devem fazer o teste anti-HIV com alguma periodicidade, com vistas à avaliação retrospectiva, porque pode ter contraído a doença no passado (SANTOS, *et al.*, 2009; ARAÚJO; SILVEIRA, 2007)

Quanto à opção do item seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa) se deve a concepções enraizadas em antigos valores e crenças. A densidade do conteúdo teórico adquirido sobre prevenção de DST, somada aos casos vivos negativos embasados por tais práticas, implacavelmente, permitem que sejam duramente contestados. Entretanto, continuam a ditar pensamentos, comportamentos e condutas como, por exemplo, que a proximidade automaticamente autoriza a dispensa do uso do preservativo (AMORIM; ANDRADE, 2006). Nesse mesmo sentido, Oltramari e Camargo (2010, p. 275) concluem “que o parceiro conhecido é considerado menos perigoso do que as pessoas desconhecidas” e “assim as representações sociais da Aids estruturaram-se em uma relação de oposição entre “conhecido/seguro/confiante” *versus* “desconhecido/inseguro/perigo” (OLTRAMARI; CAMARGO, 2010, p. 282). Conforme Silva (2002), incluir como método de prevenção a representação “conhecer uma pessoa” constituiu-se num pensamento mágico.

Quanto aos menos importantes, destaca-se como opção a utilização de preservativo somente nas relações com pessoas que acreditam que possam ter alguma doença. Pode-se considerar que está na mesma linha explicativa, equivocada, apresentada para a seleção de parceiros, agora em sentido contrário, ou seja, aparece como um fator de risco menos importante associado à prevenção de DST. Associar a aparência da pessoa à necessidade ou não de cuidado preventivo, no caso o uso de camisinha, nos remete aos anos iniciais da epidemia, época em que não havia nenhum conhecimento sólido acerca da infecção e nem

mesmo medicamento ARV, quando as pessoas infectadas mostravam no corpo as marcas visíveis associadas à doença¹⁵, sobretudo a magreza (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008). Extrapolando o contexto da epidemia, de um modo geral e rotineiro, a pessoa é percebida e avaliada conforme a sua aparência física exterior como bonita ou feia, e a automática associação com saudável e doente, respectivamente (IVO, 2012).

Na comparação do conjunto dos itens mais apontados como associados à prevenção de DST (TABELAS 7, 8 e 9), constata-se que as respostas coincidem quanto aos itens, mas não no percentual indicado, que variou de forma decrescente, conforme dito em nome próprio (TABELA 7), das colegas (TABELA 8) e de outras mulheres residentes na mesma localidade (TABELA 9). Uma interpretação plausível, até certo ponto compreensível porque visa autoproteção quanto a um possível julgamento de seu comportamento sexual, é que as mulheres quando falam por si mesmas, selecionam suas escolhas com base na conduta preventiva adequada e vigente. De outro modo, ao permitir às participantes expressar o que pensam mulheres com diferentes graus de distanciamento de seu convívio acerca da mesma questão, elas se sentiram menos envolvidas, e assim emitiram convicções pessoais com alguma probabilidade de gerar questionamento ou desconforto, por se constituírem contrárias aos valores socioculturais atuais esperados para a prevenção de DST.

Assim, tal ocorrência se explica, porque os verdadeiros elementos representacionais se caracterizam como condenáveis pelas normas preventivas e sociais vigentes. A defasagem entre a resposta em nome próprio e a dada em nome de outro pode explicar as práticas sexuais cotidianas que mantêm o estado de vulnerabilidade das mulheres as DST. Mediante isso, sugerimos a existência de uma zona muda de representações acerca dos fatores mais importantes associados à prevenção de DST.

No tocante a auto percepção das mulheres quanto à vulnerabilidade ao risco de infecção pelo HIV/Aids (TABELA 10), aquelas que não se percebem em risco, somadas as que se referem a essa possibilidade de modo duvidoso, são muitas, apesar de ativas sexualmente. Questões históricas e socioculturais impostas às mulheres, os quais se configuram como preceitos normativos do gênero feminino certamente explicam não se perceberem suscetíveis às doenças com transmissão por via sexual, no caso especificamente ao HIV/Aids. As respostas obtidas não diferem de estudos realizados desde o surgimento da infecção (TRINDADE; SCHIAVO, 2001; SILVEIRA, et al, 2002; SANTOS, et al, 2009; OLTRAMARI; CAMARGO, 2010), o que significa dizer, com níveis elevados de acerto, que

¹⁵ Aqui não estão incluídas as alterações causadas pelo uso prolongado da TARV, denominada síndrome lipodistrófica do HIV.

as constantes ações de educação em saúde e campanhas voltadas para a prevenção de agravos não repercutiram com a densidade necessária, especialmente no que se refere à auto percepção das mulheres acerca das reais condições de vulnerabilidade em que se encontram. Nesse sentido, Santos et al (2009, S322), “apesar dos diversos fatores biológicos apontados para explicar a maior chance de infecção pelo HIV entre mulheres, não se pode subestimar a forte associação das relações de gênero nas sociedades com a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV”.

Não se pode deixar de considerar as campanhas educativas de prevenção às DST/HIV. Sua verificação no cenário nacional como estratégia para informar/esclarecer a população se deu, principalmente, a partir de meado dos anos 1980. O sucesso na sua repercussão e efetividade está diretamente relacionado com os elementos que sensibilizam nos níveis cognitivos e afetivos do sujeito alvo da mensagem. Conforme Oliveira et al. (2007, p. 291-292), “a informação, quando é mental ou afetivamente classificada como desconfortável ao indivíduo receptor, tende a ser ignorada; ao contrário, quando é considerada agradável, ela tende a ser incorporada.” Divergir nesse sentido, implica em restringir a compreensão da mensagem veiculada, bem como de sua resposta.

Os anúncios que são veiculados com o propósito de prevenção da transmissão sexual do HIV/Aids, em geral, apresentam contextos diferentes e distantes das circunstâncias da vida cotidiana. No imaginário social, só pega HIV/Aids quem é promíscuo e é nesse contexto que cabe o uso do preservativo. Esse pensamento formado no início da epidemia apresenta eco no sentido de distanciar o problema da pessoa, porque, definitivamente, promiscuidade não é a realidade dessas mulheres. Nesse aspecto, o contexto delas é outro, a relação é entre parceiros não promíscuos e envolve sentimento (amor e/ou prazer). As propagandas não fazem sentido, porque as pessoas não se enxergam naquela realidade, e então não absorvem a mensagem, portanto, discurso vazio com pouco, ou nenhum, significado. Em outras palavras, há uma dissonância entre locutor mensagem e receptor (SANTOS; OLIVEIRA, 2006).

Referente ao conhecimento de pessoas que já tiveram algum caso de DST (TAB 11), esse é o universo de praticamente todas as participantes, desconsiderando-se a maior ou menor proximidade quanto ao contato interpessoal. Não há surpresa quanto à realidade encontrada, uma vez que DST ainda se constitui em um grave e expressivo problema de saúde pública em nível mundial (SILVA; VARGENS, 2009). Inúmeros fatores concorrem para que permaneça nessa condição, dentre os quais se destacam as questões de gênero, uma vez que englobam elementos culturais fortemente enraizados e que, portanto, moldam condutas e costumes de toda uma sociedade (SOUZA; BARROSO, 2009).

Da sua ocorrência entre mulheres, no aspecto sociocultural, as principais associações feitas variam, substancialmente, conforme o perfil apresentado, especialmente quanto ao comportamento sexual. Para Silva e Vargens (2009) trata-se de um código moral, segundo o qual se estabelece limites de quem pode contrair DST, no caso aquelas cujos relacionamentos afetivo-sexuais são mais livres e descompromissados, “promíscuas” ou tenham incorrido em traição, e não tidas como erradas, culpadas e (praticamente) merecedoras a doença, esta muitas vezes considerada como um castigo, de ordem natural ou divina, por infringir normas e padrões sócias.

A mulher casada, em união estável ou parceria fixa e fiel ao companheiro que apresenta uma DST expõe a infidelidade do marido (por vezes suspeita ou conhecida). Agora o companheiro é traidor e culpado, e ela é vista como vítima de uma situação que envolve um misto que reúne dependência, falta de informação e de autonomia para que possa aderir à prática de sexo seguro. A sua ocorrência está vinculada a implicações negativas, o que leva, muitas vezes, ao silêncio e ocultação da doença, por constrangimento, vergonha e medo de exposição à situação embaraçosa (SILVA; VARGENS, 2009). A representação é de doença vergonhosa que foi encontrada na prática.

Assim, apesar da tão festejada liberação sexual, há que se admitir que algumas variáveis relacionadas ao assunto sexo – mais precisamente aquelas que, convencionalmente, são tidas como desviantes do padrão de normalidade - continuam a ser tratadas pelas pessoas como segredo. Como exemplo, quando do contágio de uma DST não deve se alardear; não se comenta sobre o assunto para evitar, principalmente, reação moral das pessoas (por ser doença relacionada à sexualidade) e medo da discriminação (SALIS, BESCH, 2007). Esse é um assunto para ser tratado com profissional em unidade de saúde (FERNANDES, et al, 2000).

Neste estudo, os resultados mostrados nas duas últimas tabelas revigoram os achados iniciais. Das sete condições de práticas sexuais apresentadas, cada uma com perfil diferente para o parceiro (TABELA 12), em cada item apresentado, excetuando-se a primeira opção, as demais contemplam alguma particularidade que torna a relação sexual potencialmente de risco para contrair ou transmitir DST/HIV, na ausência de sexo seguro (uso de preservativo)¹⁶. Das muitas direções interpretativas e discussão cabíveis em cada caso, algumas já enfocadas, genericamente emerge com robustez, mais uma vez, a condição de vulnerabilidade às DST/HIV que as mulheres estão submetidas. Segundo o ângulo de segmentação das participantes, certamente fruto da experiência cotidiana delas, são poucos os casos de

¹⁶ No sentido de tornar explícito, registra-se que não é foco desse estudo qualquer questionado acerca da aprovação, ou não, no âmbito familiar e/ou social do comportamento afetivo-sexual adotado por mulheres jovens.

fidelidade mútua verificados no cotidiano das mesmas, enquanto muitas estão inseridas em contextos complexos que envolvem práticas sexuais associadas à infidelidade, multi parcerias, uso de drogas e a não adesão ao preservativo. Comportamentos culturalmente aceitos para homens, como infidelidade, mais de um parceiro sexual, relacionar-se sexualmente com pessoa que tem pouco conhecimento, são indicados de forma expressiva como adotados por mulheres. Entretanto, de modo igualmente significativo e vinculado a antigas referências, transparece a condição de exposição e desigualdade de poder negociar de muitas, pois continuam submetidas à vontade do parceiro no que se refere ao uso de preservativo, o que coincide com inúmeros outros estudos (TRINDADE; SHIAVO, 2001; GARCIA; SOUZA, 2010).

Relativo às opções oferecidas para as justificativas incluídas como as mais importantes para uso do preservativo (TABELA 13), a proteção que o mesmo confere ao HIV/Aids foi a opção mais escolhida. Considerando-se as demais alternativas, mas longe de diminuir a relevância do resultado encontrado como principal, porque é necessário para que o indivíduo possa adotar cuidados de promoção da saúde (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008), o conhecimento que se revela, na verdade, demonstra superficialidade frente ao contexto maior que envolve o uso de preservativo. Nesse sentido, corroboram o fato da proteção contra DST aparecer como segunda indicação para justificar o uso do condon, e o alto índice da não escolha de porque se protege em todas as relações sexuais.

É incontestável, pois perpassa todo o estudo, a importância atribuída pelas mulheres ao uso do preservativo para prevenção do HIV. Então, não há dúvidas que, no plano teórico, a prevenção já existe incluída como “noção de cultura sexual” (LIMA; MOREIRA, 2008, p. 105, *apud* PARKER, *et al.*, 1995), por certo, resultado das ações de educação em saúde promovidas pela política pública como uma das estratégias para enfrentamento do agravo, trabalho potencializado pela mídia. Entretanto, há falhas na utilização desse saber, uma vez que na ordem prática, poucas são as mulheres que estão, integralmente, preparadas para a adoção de postura preventiva frente às situações de exposição ao risco pela prática sexual desprotegida.

Percebe-se, então, que apesar dos esforços envidados no sentido de oferecer à população em geral informações precisas, atuais e amplas sobre prevenção e prática sexual, estudos indicam que essas, ainda, se limitam à contaminação pelo HIV. Possivelmente, a associação com a morte iminente das pessoas infectadas nos anos iniciais da epidemia possa explicar a recorrência dessa maior preocupação. Para *Sontag* (1989), toda doença cujo

tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação, porque ela é considerada mais fatal do que realmente é, ou seja, o agravo é identificado como a própria morte.

Por ocasião das ações de educação em saúde junto às mulheres, há que realizá-las integralmente, mas com reconhecimento dos aspectos intersubjetivos dos sujeitos. Desse modo, limitar a abordagem para evidenciar com clareza o risco instalado para todo e qualquer agravo quando da exposição sexual desprotegida e as complicações decorrentes, poderá ocasionar equívocos que oscilam entre exacerbação e banalização dos cuidados preventivos. Em todos os casos, há que se buscar os mitos e crenças existentes, assim como os aspectos socioculturais, pois são os pilares que sustentam as ações dos sujeitos. Por fim, destacar o grande valor do enfoque discursivo, a partir da argumentação dialogada e sustentada numa formulação racional objetiva, potencializada por recursos afetivos e simbólicos presentes na realidade, visto seu potencial no processo de desconstrução de conceitos e práticas tradicionais, implicados na questão, mas em desuso (SALIS; BESCH, 2007; OLIVEIRA; AYRES; ZOBOLI, 2011).

Pupo (2007) alerta para a impossibilidade de se fazer uma transposição mecânica e imediata do conhecimento científico e técnico para a prática cotidiana. Conforme a autora, sempre haverá a interpretação singular e particularizada de indivíduos e situações, e por isso se deve buscar uma articulação entre esses saberes e as demandas individuais, para que os atores possam enriquecer e refinar conhecimentos, produzir argumentos, bem como estreitar lacunas existentes. Frente a contextos que exigem análise das diferentes formas de interação humana destaca-se a Teoria da Ação Comunicativa – TAC (HABERMAS, 1989), a qual propõe o resgate do potencial comunicativo da razão para tratar das questões da convivência humana. Caracteriza-se por permitir a emergência de uma razão dialógica, crítica e reflexiva de observar hábitos e processo sociocultural, pois,

no lugar do sujeito solitário, que se volta para os objetos e que, na reflexão, se toma a si mesmo por objeto, entra não somente a idéia de um conhecimento linguisticamente mediatizado e relacionado com o agir, mas também o nexos da prática e da comunicação cotidiana na qual estão inseridas as operações cognitivas que têm desde a origem um caráter intersubjetivo e ao mesmo tempo cooperativo (HABERMAS 1989, p. 25).

Na verdadeira ação comunicativa, conforme a dinâmica dos interatores, a saber, atitude objetivante, atitude conformativa e atitude expressiva, respectivamente emergem três diferentes mundos, o objetivo (dos fatos e verdades), o social (das normas, regras e instituições), e o subjetivo (a experiência interna, as vivências e sentimentos). O tema do diálogo entre os atores pode contribuir, e muito, para o seu tratamento sob diferentes facetas,

tanto mais quando presente a oportunidade de manifestação plena e isenta de qualquer pressão, o que é fundamental para a difusão e/ou troca de experiência (SIMÃO, 2000). Braga e Campos (2012) esclarecem que atos comunicativos na forma de debates e discussões se diferenciam pela capacidade de mobilização e troca intra e inter grupos. Nesse sentido, podem se constituir em veículos na promoção de consenso entre os interlocutores, acerca de determinado objeto, pela linguagem.

Nos trabalhos de prevenção, também questões de ordem moral, cultural, e social devem ser consideradas e convergir para o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, e assim levá-las a alcançar uma condição de saúde por meio de escolha pessoal e responsável (TORRES, 2002). No planejamento e execução das ações educativas junto à população é essencial que tais aspectos sejam considerados pelos profissionais, para que haja a perspectiva de que, além do ensino, também a aprendizagem possa acontecer (ROGERS, 1977). A maioria insiste em focar, sem contextualizar, sobre a principal via de transmissão do HIV (a sexual) e por isso as atividades de prevenção têm insistido no estímulo ao “sexo seguro”, por meio do uso correto e consistente de preservativo nas relações sexuais.

Além das representações no plano sentimental que dificultam o uso da camisinha, ainda há parcela importante da população sexualmente ativa que não acredita totalmente na eficácia do preservativo, apesar da grande maioria dos resultados das pesquisas sobre o seu rompimento durante relação sexual não chegar a 5% e quase sempre atribuídos ao uso incorreto e inexperiência da parte do consumidor (BRASIL, 2004).

Configura-se como relevante nesse processo, proporcionar a reflexão das práticas cotidianas para conhecer a realidade e a dinâmica relacional dos parceiros, para que se possa desvelar o processo argumentativo existente e assim a detecção da(s) condição(ões) de vulnerabilidade. Entretanto, para romper com as tramas existentes é preciso mais que percebê-las, mas também que haja o empoderamento¹⁷ de gênero, no caso o fortalecimento individual e coletivo das mulheres. Conforme Paiva (2002), as propostas de educação dialógica, em geral, são melhor desenvolvidas em pequenos grupos, convencionalmente denominadas de oficinas (*workshops*).

¹⁷ Termo que expressa a “noção de um processo dinâmico que se constrói a partir das práticas produzidas pelos sujeitos por meio do contexto em que estão inseridos.” No caso, é usado como “verbo intransitivo, pois refere-se a um *processo* em que as pessoas ganham influência e controle sobre suas vidas; a função do profissional é auxiliar os outros a desenvolver suas habilidades, a obter poder por seus próprios esforços; aqui a ação é do próprio sujeito” (MEIRELLES; INGRASSIA, 2006, p. 3-4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo lança luz sobre temas que influenciam, diretamente, as mulheres jovens na adoção de práticas sexuais preventivas ou de exposição para as DST/Aids. Nesse sentido, as características comportamentais e da auto percepção de vulnerabilidade podem ser explicadas a partir do pensamento cognitivosocial produzido e o mecanismo psicológico presente.

De início, evidencia-se a liberalização de condutas relativas à prática sexual. Questões pertencentes à vida sexual antes eram consideradas pouco acessíveis entre mulheres, hoje são tratadas com naturalidade, por exemplo, relacionar-se sexualmente antes do casamento e desvinculado do objetivo procriação. Com isso, verifica-se que o relacionamento amoroso sexual acontece como parte integrante da vida, independente da existência ou não de fatores de risco, o que reafirma a dissociação entre sexo, procriação e relações amorosas. Há liberdade, e parece, disposição, para viver integralmente sua sexualidade e transpor as temidas barreiras socioculturais e, assim, contribuir para dar forma à nova versão da mulher contemporânea. Disso resulta, por certo, na prática de comportamento sexual inseguro, aquele em que o uso do preservativo é ocasional, não sistemático, e antes disso, na auto avaliação das mulheres sobre o fato de se perceber ou não em risco para tais agravos.

As representações sociais de sexo estão alicerçadas em dois eixos fundamentais (estruturantes), identificados como amor e prazer, o que relativiza a visão idealizada e romântica, tradicionalmente concebida aos relacionamentos íntimos. Ainda assim, verifica-se a existência de forças simbólicas relativas ao conceito de amor (e o que ele representa), afinal a herança é secular e pode-se dizer que ainda influencia, não mais direta e substancialmente, a direção do pensamento no sentido das práticas preventivas de controle das DST/HIV. As mulheres reconhecem as duas dimensões atribuídas ao sexo, o que nos autoriza afirmar que entre elas há distinção de que ora podem fazer sexo por amor, ora por prazer, ou para a obtenção de ambos.

No entanto, parece que, independente de variáveis individuais, mas fortemente influenciadas por fatores socioculturais e psicoemocionais, a subestimação de risco e vulnerabilidade estão igualmente marcadas por crenças e mitos sobre sexualidade. A associação de questões ligadas ao mito do amor romântico e às ideias indicadas pelo senso comum sobre sexualidade culmina no produto prática sexual de risco, sobretudo na prevenção e controle de DST/HIV. Então, de particularmente vulnerável à infecção por razões biológicas, os contornos do risco se ampliam pelo contexto histórico e sociocultural em que estão inseridas.

No estudo, a percepção que as mulheres têm da existência ou não de risco pode ser traduzido por meio da presença ou não do sentimento de amor para com o companheiro. Os resultados mostram que o envolvimento emocional (que pode não ser exatamente amor) relativiza essa percepção, no sentido de diluir o risco existente. Com isso, pode-se falar, também, de certa ocorrência na seleção de parceiros pela afetividade.

No cotidiano da vida, em termos de exposição sexual, também exerce influência o tipo de vínculo com o parceiro. Isso sinaliza para a possibilidade de duas perspectivas, uma relacionada à parceria fixa ou estável e outra caracterizada pela condição de eventual ou oportunista, o que implica em cada caso, na prática sexual desprotegida ou não, respectivamente. Há que se registrar, fidelidade não aparece mais como valor prioritário, talvez se constitua como um ideal pretendido. A característica da parceria em termos de estabilidade não assegura fidelidade, portanto, se constitui em potencial condição de risco. Nessa perspectiva, elas percebem, claramente, a condição de risco na qual estão inseridas e a necessidade de adoção de práticas preventivas.

De modo afirmativo, pode-se dizer que, no grupo, a prática de prevenção está incorporada como crença consensual. Está consolidada entre as mulheres que a prevenção se faz pelo uso de preservativo, porque previne contra DST, mas absolutamente condicionada, uma vez que há forte associação entre amor e confiança, casos em que consideram que é dispensável qualquer prevenção. Esta forma de pensar é regida por uma lógica interna, pessoal, circunstancial e multideterminada que subdimensiona o risco pessoal de se infectar, portanto autoriza o comportamento sexual desprotegido. Em contexto semelhante, mas distante da sua realidade, percebe a exposição dos outros que não se cuidam, uma demonstração da existência de uma zona muda.

Portanto, no plano teórico, há indicação de conhecimento que a exposição ao HIV/Aids se dá pela prática de sexo desprotegido, e que a proteção se consegue pelo uso do condon. Parece que essa importância é conhecida e valorizada em termos conceituais, mas não é prática adotada regularmente por justificativas associadas e explicadas, principalmente, pelo estabelecimento de laço afetivo e emocional com o parceiro. É inegável que, vez por outra, há indicativo de algum conhecimento polarizado, superficial, alguns obsoletos e outros relacionados com padrões iniciais da epidemia do HIV/Aids. Então, o que se apreende pela análise do conjunto dos resultados encontrados é que no âmbito do conhecimento e prevenção de DST/HIV há lacunas a serem preenchidas. As estratégias adotadas até o momento se mostraram importantes, mas ineficientes sob o ponto de vista da mudança de percepção e comportamento das mulheres, sobretudo, porque não incluem elementos da vida afetiva ou

amorosa. Há que se trabalhar a ideia de que todo relacionamento sexual tem risco para DST/HIV e não envolve promiscuidade.

Com base nas representações estudadas e no reconhecimento de parte delas se encontrarem em um contexto no qual nem a prevenção, nem a fidelidade são prioritárias, associado ao reconhecimento de convivência próxima com mulheres que já tiveram DST ou se contaminaram com o HIV, resulta em uma percepção relativa de risco, ou seja, da própria condição de vulnerabilidade.

Por fim, pode-se afirmar que, apesar do conhecimento adquirido sobre o risco e a necessidade de prevenção, a representação do sexo está fundada numa articulação que oscila entre prazer e amor, o que determina a adoção, ou não, das práticas sexuais, respectivamente.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.-C. A zona muda das representações sociais. In: D. C. Oliveira & P. H. F. Campos, (Orgs.) **Representações Sociais, Uma Teoria Sem Fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Museu da República. 2005, p. 23-34
- ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; de Oliveira, D. C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia: AB. 2000, p. 27 – 38.
- ABRIC, J.-C. A Abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P & Oliveira, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia, AB Editora. 1998a, p. 27-46
- ABRIC, J. C. De l'importance de représentations sociales dans le problèmes de l'exclusion sociale. In Abric, J. C. (Dir.). **Exclusion sociale, insertion et prévention**. Saint Agne: Editions Erès. 1996.
- ABRIC, J.-C. *L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique*. In C. Guimelli (Ed.), **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. 1994a, p. 73-84
- ABRIC, J.-C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France. 1994b.
- ABRIC, J.-C. *L'étude expérimentale des représentations sociales*. In D. Jodelet (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris : PUF, 1989, p.187-203.
- ABRIC, J.-C. **Jeux, conflits et représentations sociales**. *Thèse de Doctorat*. Université de Provence. 1976.
- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltados para a saúde e a doença. In: PINHEIRO; R, MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: São Paulo: ABRASCO, 2004.
- ALENCAR, Tatiana. Meireles Dantas; NEMES, Maria Ines Battistella; VELLOSO, Marco Aurélio. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13(6), p.1841 -1849, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a19v13n6.pdf>> Acesso em 25 02 2012
- ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p. 11-17, jan/fev. 2008.
- AMARO, Sarita Teresinha Alves. A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde e Sociedade** v.14, n.2, maio-ago 2005. p.89-99
- AMORIM, Melissa Mattos; ANDRADE, Ângela Nobre de. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória – ES. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n 2, p. 331 – 339, mai/ago. 2006.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVEIRA, Claudia Bastos da. Vivências de mulheres com diagnóstico de Doença sexualmente transmissível – DST. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro; 11 (3): 479 – 86, dez, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a13.pdf>> Acesso em 25 02 2012

ARAÚJO, M. L. M. *et al.* Saber sobre a importância do uso do preservativo influencia o seu uso? **Rerpod. Clim**, v. 17, n. 1, p. 25-29, jan./mar. 2002.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** (Botucatu) [online]. 2002, vol.6, n.11, pp. 11-24.

AYRES JRCM. FRANÇA JUNIOR I. CALAZANS G. SALLETI H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, (Org) **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 49-71.

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JR.; CALAZANS, G. AIDS, Vulnerabilidade e prevenção. In: **Saúde reprodutiva em tempos de AIDS**. ABIA e PEGS-IMS, UERJ. Rio de Janeiro, 1997. p. 20-37.

BECK, Ulrich. **La société du risqué**. Paris, Aubier, 2001.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neiva da Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: Uma investigação a partir das adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 522-528, set. 2008.

BORGES, I. K. ; MEDEIROS, M.. Representações sociais de DST/Aids para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência progressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. **Revista: DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):43-49, 2004.**

BRAGA, Claudomilson Fernandes; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Representações sociais, situações potencialmente comunicativas e conflito: o caso da Reserva Indígena Raposa Serra do Sol**. Curitiba: Appris, 2012, 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids - DST. Versão Preliminar**. SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano VIII - nº 01 2011. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/vers_o_preliminar_69324.pdf> Acesso 01/12/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos. Infectados pelo HIV: 2008**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 7a Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Eficácia do preservativo masculino. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/prevencao/insumos1.htm>. Acesso em: 22.03.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/Aids entre mulheres: saúde sexual e reprodutiva. In: _____. **Políticas e diretrizes para a prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**, 2a Edição. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde – PN DST/AIDS. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Relatório da Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS**. São Paulo: CEBRAP, 2000.

BUCHALLA, C. M. PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n 4, p. 117 – 119.

BRUSCHINI, Cristina; PUPPIN; Andrea Brandão. Cadernos de Pesquisa, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004, p. 105-138.

CAMARGO, Luiza Azem; CAPITÃO, Cláudio Garcia. **Uma Abordagem Histórica e Concitual da AIDS: Novas Perspectivas, Velhos Desafios**. 2010. Disponível em <<http://www.profala.com/artpsico110.htm>> Acesso em 01/12/2011.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BARBARÁ, Andréa; BERTOLDO Raquel Bohn. Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a Aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 277-284, maio/ago. 2007.

CARDOSO, G. Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Cien Saude Colet** 2004; 10(1):151-162

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento sexual da população brasileira e percepção sobre HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CAMPOS, P. H. F. *Rapports entre pratiques et représentations: apports théoriques et empiriques pour un modèle d'étude*. *Psychologie et Société*, 6, 3(2), 135-162. 2003.

CAMPOS, P. H. F. O trabalho da rua: as representações sociais em grupos de meninos de rua e educadores de rua. **Dissertação de Mestrado em Educação na Universidade Federal de Goiás**, Goiânia. 1994.

CAMPOS, P. H. F. Parâmetros para uma concepção psicossocial da exclusão. **Fragmentos de Cultura**, v. 9, n. 6, p. 1238-1298, 1999.

CAMPOS, P. H. F. As representações sociais de “meninos de rua”: proximidade do objeto e diferenças estruturais. In Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares em Representações Sociais**. Goiânia: AB Editora, p. 285-302. 1998a.

CAMPOS, P. H. F. *Pratiques, représentations et exclusion : le cas des éducateurs des enfants de rue au Brésil*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Provence, Aix-en-Provence. 1998b.

CAMPOS, P. H. F., O trabalho da rua: as representações de trabalho em grupos de meninos de rua. **Cadernos da Educação**, 2, 59-74. 1995.

CODOL, J. P. *Représentations et comportements dans les groupes restreints. Thèse de Doctorat em Psychologie Sociale*. Université de Provence. Aix-en-Provence. França. 1972.

COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFEN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: RioCruz, 1999. p. 163-184.

CUSTÓDIO, Geisiane; MASSUTI, Andrew M, SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana, TREVISOL, Daisson José. Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. **DST - J bras Doenças Sex Transm**: 21(2): 2009, p.60-64.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 120-131. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/12.pdf>> Acesso em 23 02 2012

DAMASCENO, Dayse Olívia; MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa Pires; NERY, Inez Sampaio; BATISTA, Odinéa Maria Amorim; ARAÚJO, Olívia Dias de; MOURA, Lara de Jesus Sousa Pires de. Representações Sociais das DST/Aids elaboradas por Gestantes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 18(1): 116-23. 2009.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: Jodelet, D. (Org). **As representações sociais**. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. p. 187–203.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; ANTONIO, Daniel de Gaspari; BAHAMONDES, Luis Guillermo; CUPERTINO, Caren Vanessa. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):103-112, 2000.

FINKLER, Lirene; OLIVEIRA, Manoela Ziebell de; GOMES William B. HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. **Aletheia**, n.20, jul./dez., pp. 9-25, 2004.

FLAMENT, C. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: Abric, JC.(Ed.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994a, p.37-57.

FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In : C. (Ed.) **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994b, p. 85-118.

FLAMENT, C. *Un livre en discussion. Nota critique*. **Revue Internationale de Psychologie**. 1,. 1993, p.121-131.

FLAMENT, C. *L'analyse de similitude: une technique por les recherches sur les représentations sociales*. In: DOISE, W; PALMONARI, A. (Eds.) **Les représentations sociales**. Lausanne: Délachaux et Niestlé. 1986, p. 139-156.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 14-59.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude soc**. [online]. 2010, vol.19, suppl. 2, pp. 9-20. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>> Acesso 28 02 2012

GARRAFA V; PRADO M. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cadernos de Saúde Pública** 17(6):1489-1496. 2001.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brígido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2004, 6(1): 31-44.

GIACOMOZZI, ANDRÉA IZABEL; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e ciências humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

GUERRIERO, Iara, AYRES, José Ricardo CM; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**; 36(4 Supl): 50-60. 2002.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GILLY, M. *Maître-élève. Rôles institutionnels et représentations*. Paris: PUF. 1980.

GUILHEM, Dirce. **Escravas do risco: bioética, mulheres e aids**. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Finatec, 2005. 248 p.

GUEDES, Moema de Castro. **Mulheres de alta escolaridade: repensando a reflexão entre maternidade e mundo do trabalho**. 2008.19f. Tese (Doutorado)-Demografia do IFCH/Universidade de Campinas, Caxambu - MG, 2008.

GUIMARÃES, C. D. **Descobrimo as mulheres: uma antropologia da Aids nas camadas populares**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1998.

GUIMARÃES, Carmen Dora. "Mais Merece" o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. **Estudos Feministas**, v. 4, n. 2. 295 – 318. 1996. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/issue/view/303/showToc>> Acesso em 01 12 2011.

GUIMARÃES, Carmen Dora. Mulheres, homens e AIDS: O visível e o invisível. In: R. Parker; C. Bastos; J. Galvão; PEDROSA J. S. (Orgs.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: *Relume-Dumará/Abia*. 1994. p. 217-230.

GUIMELI, C ; DESCHAMPS, J-C. *L'organisation interne des représentations sociales d ela sécurité/insécurité et l'hypothèse de la « zone muette »*. *Perspectives Cognitives et Conduites Sociales*, 2003, p.105-130.

GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Paris: PUF. 1999.

GUIMELLI, C. *Chasse et nature au Languedoc*. Paris : Harmattan. 1998a.

GUIMELLI, C. *Differentiation between the central core elements of social representation : normative vs. functional elements*. *Swiss Journal of Psychology*, 57 (4), 1998b, p.209-224.

GUIMELLI, C. *La déviance vue par les instances chargées du maintien de l'ordre*. In. Abric, J. C., (Ed.), *Exclusion sociale, insertion et prevention*. Saint Agne, Érès, 1996, p.125-136.

GUIMELLI, C. *La fonction d'infirmière : pratiques et représentations sociales*. In. J.C.Abric (Éd.) *Pratiques et représentations sociales*. Paris, PUF, p. 83-108. 1994a

GUIMELLI, C. *Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de base*. In: Guimelli, C. (Ed.) *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994b, p. 357-378.

GUIMELLI, C. JACOBI, D. *Pratiques nouvelles et transformation des représentations sociales*. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 3, 1990, 307- 334.

GOLDBERG, M., MELCHIOR, M., LECLERC, A., LERT, F. *Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale*. *Sciences Sociales et santé*, n.20, v.4, p.75-128, 1975.

GOLDBERG, Marcel. *Cet obscur objet de l'épidémiologie*. *Sciences Sociales et Santé*, n.xx, v.1, p.55-107, 1982.

GUSMÃO, J. L. de; MION JR., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 23-25, 2006.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1989.

HEILBORN, M. L.; PRADO, R. M. **Na hora H, a gente não exige: um estudo sobre mulheres, sexualidade e AIDS**. Trabalho apresentado no XIX Encontro anual da Anpocs. GY Relações de Gênero. 1995.

HERZLICH, Claudine. *Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champs social*. In. W. DOISE (Ed.) *L'étude des représentations sociales*.(p.157-170). Neuchatel, Délachaux & Niéstlé, 1986.

HERTZMAN, C., FRANK, J., EVANS, R.G. *L'hétérogénéité de l'état de santé ET les déterminants de La santé des populations*. In. R.G. EVANS, M.L. BARER *et al. Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie mentale*. Montreal, Johnhibby Eurotext, 1996. p.77-101.

HORA, Henrique Rego Monteiro da; MONTEIRO, Gina Torres Rego; ARICA, Jose. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, vol. 11, n. 2, jun. 2010. p. 85 - 103

IBAÑES, T.; *Faire, et croire*. Perspectives cognitives et conduites sociales. In: Beauvois, J. L.; Joule, R. V.; Monteil, J. M. (Eds.), **Cousset**, v.2, 1989, p27-46.

IBAÑES., T. *Representaciones sociales, teoria y metodo*. In: IBAÑEZ, T. *Ideologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai. 1998. p. 33.

IVO, Ana Mônica Serakides. **Representações de pessoas com HIV/Aids sobre o corpo: a construção da corporeidade**. 2012. 121 p. Dissertação (Mestrado - Escola de Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012. Disponível em <[http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/401ea73efc01934f83256c13006ab709/4055e00cf38b930483257a1a00405f18/\\$FILE/Ana%20M%C3%B4nica%20Serakides%20Ivo.pdf](http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/401ea73efc01934f83256c13006ab709/4055e00cf38b930483257a1a00405f18/$FILE/Ana%20M%C3%B4nica%20Serakides%20Ivo.pdf)> Acesso em 19 04 2012.

KNAUTH, D. Maternidade sob o signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas. In: COSTA, A. O. (Org.). **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir, FCC, Editora 34, 1997. p. 39-64.

KNAUTH, D. **Aids, reprodução e Sexualidade: Uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids**. Programa de treinamento e pesquisa sobre direitos reprodutivos na América latina (II PRODİR), Porto Alegre, 1996.

KORB, Arnildo; GELLER, Bárbara Milena Rambo. O conhecimento como fator determinante para o enfrentamento dos problemas ambientais e de saúde. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCARE**. 2009. PUCPR. Disponível em <http://www.isad.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3029_1500.pdf> Acesso 07 01 2012

LALHOU, S., *Penser manger*. Paris, PUF. 1998.

LIEBER, Renato Rocha. Melhoria das condições de trabalho e o conceito de risco. s/d. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1999_A0556.PDF> Acesso 31 03 2012.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; Ana Cleide Guedes MOREIRA. Aids e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 1, p. 103-118, 2008.

LINS, Regina Navarro. **A cama na varanda: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

LOURO, G. **Nas Redes do Conceito de Gênero. Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOYOLA, Maria Andréa. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):875-899, jul-ago, 2003.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 242-248. Epub 29-Fev-2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6357.pdf> Acesso em 22 02 2012.

MACÊDO, G N S. **A Construção da Relação de Gênero no Discurso de Homens e Mulheres, dentro do Contexto organizacional**. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica de Goiás, 2003. p. 15-22.

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.

MARTINS, A. V.; SOUZA FILHO, E.A. Avaliação psicossocial de agricultores em processo de mudança tecnológica: um estudo comparativo no Vale do São Francisco. **Ensaio – Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, 4, 299-308, 1996.

MANN J, TARANTOLA DJM, NETTER T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MEIRELLES, Mauro; INGRASSIA, Thiago. Perspectivas teóricas acerca do empoderamento de classe social. **Revista Eletrônica “Fórum Paulo Freire”**, Ano 2, Nº 2, Agosto 2006, p. 1-9. Disponível em < <http://www.ufpel.edu.br/fae/paulofreire/novo/br/pdf/Mauro%20Meirelles%20e%20Thiago.pdf>> Acesso em 25 02 2012.

MEYER, Dagmar E. Estermann; KLEIN, Carin; ANDRADE, Sandra dos Santos.. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. n. 46.. dez. 2007, p. 219-239

MIGUEL, P. A. C., SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos de medição de qualidade em serviços. **Revista Produção**, V. 14. N. 1, p. 12-30. Rio de Janeiro, 2004.

MILAN, G. S., TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE Eletrônica, **Revista de Administração de Empresas**. V. 4, N. 2, Art. 17, jul/dez 2005.

MIRANDA, A. E.; GADELHA, A. M. J., SZWARCOWALD, C. L. Padrões de comportamento relacionado as praticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002 **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(1), jan-fev, 2005. p207-216.

MORIN, Michel. *Parcours de santé*. Paris, Armand Colin, 2004.

MORIN, Michel. *Entre prévention et pratiques: le SIDA, la prévention et le jeunes*. In: ABRIC, J-C (org.). *Pratiques sociales et représentation*. Paris: PUF, 1994, p. 109-144.

MORIN, M; SOUVILLE, M; OBADIA, Y. Attitudes, *représentation et pratiques de médecins généralistes confrontés à des patients infectés par le VIH*. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, n. 29, p 9-28.

MOSCOVICI, Serge. Por que estudar representações sociais em psicologia? **Vida e Saúde**, 30 (1), 11-30. 2003.

MOSCOVICI, Serge. *Psychologie sociale des relations à l'altrui*. Paris : PUF. 1994.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Trad.: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1978

MOSCOVICI, Serge. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: 1961.

MOATTI, J-P.; DAB, W. & POLLAK, M. *Les Français et le Sida: les comportements évoluent*. **La Recherche**, 247: 1202-1211, 1992.

MOTA, A. C. M. **Da condição Sexual do Homem Contemporâneo**. Monografia (Graduação em Teologia) Instituto Teológico Franciscano, 2004. p. 1-5.

NEMES MIB; CARVALHO, HB; SOUZA MFMS. *Antiretroviral therapy adherence in Brazil*. **AIDS** 2004; 18 (Suppl 3): 5-20

OLIVEIRA, Vânia Lúcia Bezerra; LANDIM, Fátima Luna Pinheiro; COLLARES, Patrícia Moreira; MESQUITA, Rafael Barreto de; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 16(2): 287-93. 2007

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 37, abril-junho, 2011, p. 363-375.

OLIVEIRA, Denize Cristina; COSTA, Tadeu Lessa da. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicologia: Teoria e Prática**, 9(2): 2007, p.73-91

OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sérgio Correia; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Cristina Trigueiro V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brigido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária. 2005, p.573-603.

OLIVEIRA, Denize Cristina; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco de; ALVERENGA Augusta Thereza de. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: Moreira, A S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares em Representações Sociais**. 2ª ed. Goiânia: AB Editora, p. 163 – 203. 2000.

OLTRAMARI, Leandro C; CAMARGO, Brigido Vizeu. Aids, relações conjugais e confiança: Um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo** (Impresso), v. 12, 2010, p. 275-283,

OLTRAMARI, Leandro Castro; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicol. teor. prat.** [online]. vol.6, n.2, 2004, p. 75-87.

OLTRAMARI, Leandro C. **Representações sociais da AIDS, relações conjugais e confiança**. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

OSENSTOCK, I.M. *The health belief model and preventive health behavior*. **Health Education Monograph**, n.xx, v.14, 35-86, 1974.

OVIEDO, H. C., CAMPO-ARIAS, A. *Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach*, **Revista Colombiana de Psiquiatria**. V. 34, N. 4. p. 572-580. 2005.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas*. **Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015: romper la cadena de transmisión**. 2007. 72 p.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. 2009. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Tradução, Regina Ungerer e Floriza Gennari. Tradução: Jean-Pierre Barakat. 2011. 112 p. Disponível em <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf> Acesso 15 02 2012

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington: OMS; 2004. 199 p.

WHO - World Health Organization. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. **WORLD AIDS DAY REPORT**. 2011. Disponível em

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf Acesso em 01/12/2011

WHO - *World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.* [acesso em 2011 Jan 05]. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf. Acesso 01/12/2010.

WHO - *World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2010. Boletim Informativo - A epidemia da aids no mundo.* [acesso em 2011 Jan 05]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf> Acesso 01/12/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections.* Geneva: WHO; 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>. Acesso em 22 02 2012

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o Cuidado em HIV/ AIDS e o processo de Emancipação psicossocial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, 2002, p.25-38.

PAIVA, Elenir Pereira de; MOTTA, Maria Catarina Salvador da. A prevenção do hiv / aids segundo o olhar das mulheres: o caso do grupo de direitos reprodutivos em juiz de fora / MG. **Esc Anna Nery R Enferm**, ago; 10 (2): 2006, p. 328-9.

PASSOS, Mauro Romero Leal. **Deessentologia, DST.** 5 ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005, p. 408-425, 445 p.898, p. 1017-1023.

PATERSON, D. et al. *Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Annals Int. Med.*, [S.l.], v.133, n.1, 2000, p. 21-30.

PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 128 – 121.

PARKER, R. **Cultura, economia, política e construção da sexualidade.** In LOURO, G, L (Org), 1996. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 125-154.

PHILLIPS, A. N. et.al. *Collaborative Group on HIV Drug Resistance; UK CHIC Study Group. AIDS*, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 487-494, 2005.

POLLAK, M.; DAB, W. & MOATTI, J-P. *Systèmes de reaction au SIDA et action préventive. Sciences Sociales et Santé*, 7: 111-140, 1989.

POLEJACK, Larissa and SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1201-1208. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Nov. 2011.

RAMOS, Ana Paula de Oliveira. **Véu, grinalda e diálogo: um estudo sobre as representações sociais da conjugalidade para mulheres casadas e para mulheres separadas**. 2009. 70 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009.

PUPPO, Lígia Rivero. 2007. 261 f. **Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica**. Dissertação (Mestrado – Pós-graduação em Medicina Tropical), Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.44, n.3, 2010, p. 759-765. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/30.pdf> Acesso 22 02 2012

RIBEIRO, J. L. P. **Psicologia e saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1998. 220 p.

ROGERS, Carl. **Liberdade para aprender**. 4ª ed. Belo Horizonte, MG: Interlivros.

ROGER, Ronald. W. *A meta-analysis of research on protection motivation theory*. **Journal of Applied Social Psychology**. n. 30, v.2, p.407-429, 2000. ROUQUETTE, M.-L. et Guimelli, C. (1992) *Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurales des représentations sociales*. **Bulletin de Psychologie**, XLV, 405, p.196-202.

ROGERS, R. *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. In B. Cacioppo, L. Petty e D. Shapiro (Eds.), **Social psychophysiology: A sourcebook**. London: Guilford Press. 1983

ROSENSTOCK, I. *Historical Origins of the Health Belief Model*. **Health Education Monographs**. Vol. 2 No. 4. 1974.

ROUQUETTE, M. & Râteau, P. **Introduction à l'étude des représentations sociales**. Grenoble: PUG. 1998.

SA, C. P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes. 2002.

SA, C. P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes. 1996.

SA, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representação sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Da UERJ. 1998.

SALES, S. R. E. S. **O jovem macho e a jovem difícil: sexualidade, subjetividade e governo no discurso curricular**. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: Presidência da República. 2008. p.56-17.

SALIS, Fernando Alvares; BESCH, Mônia Mariani. Comunicação e performance para a prevenção às DSTs/Aids. **ECO-PÓS-** v.10, n.1, janeiro-julho 2007, p.148-168.

SANTOS, Naila J. S.; BARBOSA Regina Maria; PINHO, Adriana A.; VILLELA, Wilza V.; AIDAR Tirza; FILIPE; Elvira M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:, 2009, p. S321-S333

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; OLIVEIRA, Dora Lúcia C.L. Gênero e risco de HIV/Aids nas campanhas de educação em saúde através da mídia. In: 29a. Reunião Anual da ANPED, 2006, Caxambu - MG. CD-Rom da 29a. Reunião Anual da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). Rio de Janeiro - RJ: ANPED, 2006. p. 1-17. Disponível em <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>> Acesso em 10/02/2012.

SANTOS, N. J. S. ET AL. **Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Boletim Epidemiológico do Programa Estadual de DST/Aids-SP.** Centro de Referência e Treinamento. Ano XXI, Número 2, Out-2002.

SALOMI, G. G. E. et al, SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão da Produção.** V. 12 N. 2, maio-ago/2005, p 279-293.

SILVA, Sílvia Fernandes Ribeiro da; PEREIRA, Márcio Roberto Pinho; MOTTA NETO, Renato; PONTE, Mauriclécio Franco; Ribeiro, Ilana Farias; COSTA, Paola F. Torres Ferreira da; SILVA, Sônia Leite da. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, vol. 42(3);, 2010, p. 209-212.

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: 22/02/2009.

SILVEIRA, Mariângela F; BÉRIA, Jorge U; HORTA, Bernardo L; TOMASI, Elaine. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev Saúde Pública**; 36(6): 2002. 670-677.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev Esc Enferm USP**, 43(2), 2009, p 401-406.

SIMAO, Livia Mathias. Desequilíbrio e co-regulação em situação de ensino-aprendizagem: análise segundo o conceito de ação comunicativa (Habermas). **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/03/2012.

SODELLI, Marcelo. **Escola e Aids: Um olhar para o sentido do trabalho do professor na prevenção à Aids.** Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 1999.

SOUZA FILHO, Edson Alves de. Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/efetivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro. In: Moreira, Antonia Silva Paredes (org.); Oliveira, Denize Cristina de (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2ª ed. Goiânia: AB, 2000.

SONTAG, S. **A Aids e suas metáforas.** São Paulo: Cia. das Letras, 1989. 112 p.

SCABELLO, Edilaine Helena. **Desvelando a dor amorosa da infidelidade conjugal: discursos de homens e mulheres.** 2006. 335 f. Dissertação (Mestrado – Departamento de

Psicologia e Educação – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. 335 p.

TORRES, G. V. CARON-RUFFINO, M. Competência técnica do enfermeiro na prevenção do HIV/AIDS nas unidades básicas de saúde em Natal/RS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 14, n. 3, 2002.

TRUCHOT, D. *Attributions et représentations dans la relation d'aide. Thèse de Doctorat em Psychologie Sociale. École des Hautes Études en Sciences Sociales*. Paris. 1994.

TURA, Luiz Fernando. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, Denise (org.); MADEIRA, Margot (Org.). **Aids e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRRN, 1998. p. 121 -154.

PHILPOTT, Anne; KNERR, WENDY; Boydell, Vicky. Prazer e prevenção: quando sexo bom é sexo seguro. **Questões de saúde reprodutiva**. p. 34 – 44. 2006. Disponível em http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm2/revista2/34-prazer-prev.pdf Acesso em 22 02 2012.

SCHWARTZER, R. *A window of the self reconstructing processes to understand human action. Psychology and Health*, n.10, v.4, , 1995, p. 285-289.

SCOTT, Joan Wallach. Prefácio *A gender and politics history*. **Cadernos Pagu**, vol 3, 1994, p. 13.

SILVA, Carla Marins. **A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/Aids**. 2008. 89 p. Dissertação (Mestrado – Faculdade de Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev Esc Enferm USP**, 34(2), 2009. p 401-406

SMITH, R. *Adherence to antiretroviral HIV drugs: how many doses can you miss before resistance emerges? Proc. R. Soc. B.*, [S.l.], B 273, 2004, p. 617-24

SOUSA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm** Jan-Mar; 13 (1), 2009, p. 123-130

SOUZA, Nilzemar R; BERNARDES, Elexandra Helena; CARMO, Tânia Maria D; NASCIMENTO, Evania; SILVA, Edilaine S; SOUZA, Bruna NA; BENTO, Patrícia de Fátima. Perfil da População Idosa que Procura o Centro de Referência em DST/Aids de Passos/MG. **DST - J bras Doenças Sex Transm**; 23(4), 2011, 198-204.

SOUZA FILHO, E. A. Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/afetivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro. In: Antonia Silva Praxedes, Denise Cristina de Oliveira (orgs). **Estudo interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia; AB, p. 215-236, 2000.

TREVISAN, R. **A sexualidade Humana: uma visão histórico-social**. São Paulo. 2004. p. 03-09.

TRINDADE, Mônica; SCHIAVO, Márcio. Comportamento sexual de mulheres em relação ao HIV/Aids. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 13(5): 17-22, 2001.

URDAN, A. T. Qualidade de Serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, V. 41, N. 4, out/dez 2001. p. 44-55.

UNESCO. Educação Preventiva e HIV/AIDS. 2006. Disponível em <
http://www.unesco.org.br/areas/educacao/areastematicas/edaids/index_html/mostra_documento> Acesso em 21 02 2011.

VANCE, Carol S. a antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 5 n. 1, 1995, p. 7 – 31.

VERGES, P. Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. In. Guimelli, C. (Éd.), **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne, Délachaux et Niestlé, 1994, p.233-253.

VERGÈS, P. Représentations solciales de l'économie: une forme de connaissance. In: Jodelet, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF. 1989, p. 387-405.

VERGES, P. *Interprétation au premier degre l'analyse au plus près des propriétés mathématiques*. **Informatique et Sciences Humaines**. 1985, p 27-40.

VILLELA, W. Sobre desejos, direitos e necessidade. In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Cidadãos positHIVas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. p. 69-97.

VILLELA, W. Mulher e Aids. In: Rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos. **Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: Dossiês**. Rede Nacional. São Paulo, 2001. p. 73-99.

XEXEO, J. A. M. **Sistemas de Informação como Instrumento de Programa de Qualidade**. Tese (Doutorado em Engenharia de Sistemas e Comunicação). COOPE, UFRJ, 2001.

WILDE, Gerald J. S. **O limite aceitável de risco. Uma nova psicologia de segurança e de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005, 318 p.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa a ser realizada para conclusão do Curso de Doutorado em Psicologia realizado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, outro documento será entregue para você assinar. Caso não queira participar, não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás pelo telefone (62) 3946-1071.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Representações Sociais de Mulheres Jovens Associadas ao Sexo, Risco e Práticas Preventivas

Pesquisadora e telefone para contato: Maria Eliane Liégio Matão – fone: (62) 3946 1095

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as representações sociais elaboradas por jovens mulheres acerca das práticas sexuais preventivas e de risco, para DST/HIV/Aids, com vistas à compreensão estrutural do seu sistema sócio cognitivo. Na pesquisa só poderá participar mulheres com idade de 18 a 35 anos, vida sexual ativa nos últimos doze meses, faça uso do serviço público de saúde em que estamos, e claro, manifestar desejo em participar.

Na realização desse trabalho, serão atendidas todas as exigências éticas legais. Portanto, há plena garantia de sua não identificação, manutenção de sigilo das informações que forem dadas por você, utilizando-as somente para fim exclusivo do presente estudo; informamos, também, que no momento em que for responder ao questionário, você deverá estar com a pesquisadora em local reservado, sem a presença de outras pessoas.

Não se preocupe, caso não queira participar, não receberá nenhum tipo de pressão ou coação agora ou posteriormente, ou seja, será respeitada em sua decisão que é livre. Caso a sua opção seja pela não aceitação em participar, não receberá nenhum tipo de constrangimento ou penalidade, portanto o seu atendimento na unidade de saúde não sofrerá nenhum tipo de restrição. Também, está garantido que mesmo concordando agora em participar, poderá desistir a qualquer momento, e que tal decisão também não implicará em restrição de qualquer natureza.

Esclarecemos que não há previsão de nenhum ganho financeiro decorrente dessa participação, bem como você não terá nenhum gasto financeiro para que isso ocorra. Entretanto, caso haja necessidade comprovada, nos comprometemos em devolver igual valor que gastar (ressarcimento), bem como terá indenização se tiver algum dano.

Quanto aos riscos em razão da sua participação, não mínimos e ligados à possibilidade de sentir algum constrangimento em tratar do assunto perguntado. Se isso ocorrer, a pesquisa será interrompida e terá o apoio na medida do necessário.

Caso tenha alguma dúvida, poderemos esclarecer.

Obrigada por sua atenção!

M^a Eliane Liégio Matão
Pesquisadora Responsável

Apêndice B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PAR PARTICIPAR DA PESQUISA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG
nº _____, CPF nº _____,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Representações Sociais de Mulheres Jovens Associadas ao Sexo, Risco e Práticas Preventivas” como sujeito. Fui devidamente informado que a pesquisadora M^a Eliane Liégio Matão esclareceu sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou ciente que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento na unidade em que participei da pesquisa.

Local, de de 20____

Nome _____

Assinatura: _____

Documento: _____

Testemunhas (não ligada a pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice C

Questionário

Universidade Católica de Goiás
Departamento de Enfermagem e Psicologia
Pesquisa sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis

Prezada colaboradora,

Esta é uma pesquisa que visa conhecer a opinião das pessoas com relação às doenças que são transmitidas durante o ato sexual. Não precisa se identificar, apenas responder às seguintes questões conforme achar conveniente.

Agradecemos sua contribuição.

1) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça quando você escuta a palavra “SEXO”?
 Dê, no mínimo 3 respostas

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

2) Conforme sua compreensão da expressão **doença sexualmente transmissível**, quais são as 3 palavras que espontaneamente lhe vêm a seu pensamento?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

3) A seguir, encontra-se uma série de fatores associados à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Indique quais são para você os 3 fatores mais importantes e os 3 menos importantes.

Marque X na case que corresponde a sua resposta. (3 opções máximo em cada coluna)

	Mais importante	Menos importante
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais		
Fazer exames regularmente		
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença		
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)		
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids		
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas		
Ser fiel a um parceiro único		
Utilização do preservativo somente nas relações de risco		
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido		
Praticar a abstinência sexual		

4) Agora, **Responda como você acha que suas colegas responderiam**, indicando quais são para você os 3 fatores mais importantes e os 3 menos importantes?

Marque X na case que corresponde a sua resposta. (3 opções máximo em cada coluna)

	Mais importante	Menos importante
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais		
Fazer exames regularmente		
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença		
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)		
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids		
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas		
Ser fiel a um parceiro único		
Utilização do preservativo somente nas relações de risco		
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido		
Praticar a abstinência sexual		

5) **Responda como você acha que responderiam as moças (mulheres jovens) da “cidade X”**, indicando quais são para você os 3 fatores mais importantes e os 3 menos importantes?

Marque X na case que corresponde a sua resposta. (3 opções máximo em cada coluna)

	Mais importante	Menos importante
Utilização do preservativo em todas as relações sexuais		
Fazer exames regularmente		
Utilização do preservativo somente nas relações com pessoas que você acha que podem ter alguma doença		
Seleção de parceiros (conhecer bem a pessoa)		
Utilização de preservativos somente com pessoas portadoras do HIV/aids		
Utilização de preservativos somente com usuários de drogas		
Ser fiel a um parceiro único		
Utilização do preservativo somente nas relações de risco		
Utilização do preservativo somente se o parceiro é desconhecido		
Praticar a abstinência sexual		

6) Conforme sua compreensão da expressão “**risco de pegar uma DST**”, quais são as 3 palavras que espontaneamente lhe vêm a seu pensamento?

1.
2.
3.

7) Você pensa que pôde ter risco de infecção pelo HIV/aids? Sim Talvez Não

8) Pessoalmente, você conhece pessoas que já tiveram alguma doença sexualmente transmissível?

- | | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|
| Amigos | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Colegas | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Família | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Vizinhos | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Outros | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

9) Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre as relações sexuais das mulheres que você conhece e convive no bairro, na escola ou no trabalho. Indique seu grau de concordância com cada uma, marcando o número da casa correspondente à sua resposta.

	Nenhuma	Algumas (poucas)	Muitas	Todas
Quantas mulheres mantém relações sexuais somente com o namorado ou parceiro fiel	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com outros parceiros além do namorado ou parceiro fiel	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com pessoas que elas conhecem pouco ou acabaram de conhecer	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com usuários de drogas	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com homens que não usam preservativo	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com parceiros têm outras parceiras.	1	2	3	4
Quantas mulheres mantém relações sexuais com parceiros que são casados com outra mulher	1	2	3	4

10) A seguir, encontra-se uma lista de razões para utilizar ou não o preservativo. Indique quais são para você as 3 razões mais importantes e as 3 menos importantes? Marque X na case que corresponde à sua resposta (3 opções no máximo)

	Mais importantes
Protege contra o HIV/aids	
Reduz a confiança no parceiro	
Protege as relações de risco	
Reduz o prazer sexual	
Protege contra as DST	
Protege contra todas as relações sexuais	
Protege contra a gravidez	
Mostra interesse pela prevenção	
Mostra falta de interesse pela prevenção	

Por fim, responda os itens abaixo:

IDADE _____ anos

ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDADE _____

Raça: _____

Segundo o IBGE a população brasileira pode ser dividida nas seguintes categorias: (marque com um X)

Preto () Branco () Pardo () Amarelo () Indígena () Em qual você se colocaria?

5- Religião: _____

6- Profissão/ocupação: _____