



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LARISSA SILVA DE ABREU RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES DE MULHERES EM UNIÃO HETEROSSEXUAL
ESTÁVEL SOBRE A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO
HIV/AIDS**

**SALVADOR
2009**

LARISSA SILVA DE ABREU RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES DE MULHERES EM UNIÃO HETEROSSEXUAL
ESTÁVEL SOBRE A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora:

Profa. Dra. Mirian Santos Paiva

Co-orientadora:

Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira

**SALVADOR
2009**

Rodrigues, Larissa Silva de Abreu
R696 Representações sociais de mulheres em união heterossexual estável
sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS / Larissa Silva de Abreu
Rodrigues. – Salvador, 2009.
78 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santos Paiva.
Co-orientadora: Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2009.

1. AIDS (Doença) em mulheres. 2. HIV (Vírus). I. Paiva, Mirian Santos. II.
Oliveira, Jeane Freitas de. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
IV. Título.

CDU: 616.98

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem, UFBA.

LARISSA SILVA DE ABREU RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES DE MULHERES EM UNIÃO
HETEROSSEXUAL ESTÁVEL SOBRE A
VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração Gênero Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 27 de novembro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Sheva Maia da Nóbrega _____
Doutora em Psicologia Social, Professora da Universidade Federal de Pernambuco

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

Enede Andrade da Cruz _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho:

À minha avó paterna, Maria, pela sua força e amor incondicional;

À minha mãe, pelo amor e incentivo a mim dispensados que foram fundamentais;

Ao meu pai, pelo apoio e pela torcida;

À minha irmã Luana e ao meu irmão Mário Neto;

À minha prima Elaine;

E a André, obrigada pelo amor e companheirismo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva, que com dedicação e tranquilidade, além de capacidade brilhante de partilha de conhecimento, em muito contribuiu para realização deste trabalho. Obrigada, por fazer tão prazerosa essa caminhada!

AGRADECIMENTOS

... a vida é a arte do encontro, embora haja tantos desencontros pela vida... (Vinícius de Moraes)

A **Deus**, por ter me concedido condições necessárias para concretização desse estudo;

À **Ana Luiza** e **minha tia Luiza** pelo incentivo, carinho e acolhimento. Obrigada pela amizade;

À **Profª Drª Sheva Maia da Nóbrega**, pela gentileza, atenção e ensinamentos. Suas contribuições foram valiosas;

À **Profª Drª Maria da Penha Lima Coutinho** pelas colaborações na qualificação do projeto;

À **Professora Drª Jeane Freitas de Oliveira**, sempre gentil e pronta para ajudar, obrigada pelas contribuições na construção do trabalho;

Às amigas **Ana Paula, Lúcia Helena, Marizete, Michele e Eva** pelo apoio e, principalmente, pela amizade;

A todas as **professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, em especial, a professora **Drª Enilda Rosendo do Nascimento** e a todas (os) **colegas de curso** pelas contribuições durante a trajetória;

À **CAPES** cujo apoio financeiro foi essencial na realização desta pesquisa;

Às **mulheres** que aceitaram participar deste estudo;

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram nesta caminhada.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu. **Representações sociais de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS**. 78f. il. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quanti-qualitativa desenvolvido com o objetivo de apreender e comparar as representações sociais sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS de mulheres em união heterossexual estável que vivem no interior com as representações sociais daquelas que moram na capital, sob a luz da teoria das Representações Sociais tendo gênero como categoria analítica. Participaram do estudo 195 mulheres em união heterossexual estável atendidas em duas unidades básicas de saúde uma localizada em Salvador/Bahia e a outra em Jequié, município situado no interior deste estado. Foram observados os aspectos ético-legais dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados empíricos foram produzidos pela técnica de associação livre de palavras, desenho-estória com tema e entrevista semi-estruturada. Para o tratamento dos dados, foram utilizadas a análise fatorial de correspondência através do software Tri-deux-mots e a análise de conteúdo. Os resultados da análise fatorial de correspondência demonstraram significância para as variáveis fixas: escolaridade, tempo de união estável e procedência. As representações sociais sobre a vulnerabilidade a aids evidenciaram mudanças nas representações sociais sobre a aids quando as mulheres assinalam a traição masculina e a confiança no parceiro como algo que as deixam mais vulneráveis à infecção pelo HIV. As representações do grupo de Jequié com menor tempo de união estável apontam para uma sujeição e passividade com relação à traição do parceiro. Enquanto o grupo de Salvador com seis a dez anos de casado enfatiza sua prática monogâmica e não promíscua, e defende-se da transmissão pela traição do parceiro único invocando a religião, embora não aparente submissão ao parceiro na relação conjugal como no grupo de Jequié. As mulheres com nível básico de escolaridade e maior experiência conjugal constroem a crença de sua própria invulnerabilidade. Quanto às mulheres com nível médio de escolaridade e pouca experiência conjugal colocam em estado de alerta a sua vulnerabilidade. As representações sociais apreendidas revelam invisibilidade da vulnerabilidade social e programática e a influência da religião no conteúdo representacional.

Palavras-chaves: Aids; Gênero e Saúde; Vulnerabilidade em Saúde

RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu. **Representações sociais de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS**. 78f. il. 2009. Dissertation (Masters in nursing) – Nursing School, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

This is a descriptive study of quantitative and qualitative approach developed in order to apprehend and compare the social representations of women in stable heterosexual marriage that live in a town within the social representations of those who live in the capital about vulnerability to HIV/aids, through Social Representation Theory and gender as an analytical category. The study included 195 women in stable heterosexual union assisted in two Basic Health Units, one located in Salvador / Bahia and another in Jequié, a city within this state. We observed the ethical-legal requirements of Resolution 196/96 of the National Health Council. The data were produced by the technique of free words association, a themed story drawing and a semi-structured interview. The data treatment was performed using correspondence factor analysis through the software tri-deux-mots and content analysis technique. The results of correspondence factor analysis showed significance for the fixed variables: education, length of marriage and origin. The social representations of vulnerability to AIDS show changes in social representations of AIDS when women point out the betrayal and trust in the male partner as something that leaves them more vulnerable to HIV infection. For the group of Jequié with less time of marriage there is passivity to the partner's betrayal. While the group of Salvador with six to ten years of marriage emphasizes their monogamous and not promiscuous practice, and advocates themselves from the partner's betrayal by invoking religion, although they do not show apparent submission to the partner in the marriage relationship as Jequié's group. Women with more experience with marriage and basic schooling build the belief of their own invulnerability. Women with a high school degree and little marital experience put on alert their vulnerability. The social representations obtained show invisibility of social and programmatic vulnerability and the influence of religion in the representational content.

KeyWords: Aids; Gender and Health; Health Vulnerability

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ASPECTOS DA VULNERABILIDADE DE MULHERES AO HIV/ AIDS	15
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	19
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE PESQUISA	23
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	23
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.4 ASPECTOS ÉTICOS-LEGAIS DA PESQUISA	26
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	27
3.5.1 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)	27
3.5.2 Desenho-Estória com tema	28
3.5.3 Entrevista semi-estruturada	28
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
3.6.1 Análise fatorial de correspondência	29
3.6.2 A Análise de Conteúdo	30
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES	32
4.2 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SEGUNDO A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	33
4.2.1 Análise dos fatores 1 e 2 (F1, F2)	35
4.2.2 Análise dos quadrantes	37
4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS A PARTIR DA AFC E DAS ENTREVISTAS	39
4.3.1 Fator 1: Implicações do tempo de união heterossexual estável e escolaridade nas representações sociais de mulheres sobre a vulnerabilidade ao HIV/ aids	39
4.3.2 Fator 2: Implicações da procedência e do tempo de união heterossexual estável nas representações de mulheres sobre a vulnerabilidade ao HIV/ aids	42
4.4 OS DESENHOS E AS ENTREVISTAS REVELANDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	46
4.4.1 Categoria: (In) vulnerabilidades ao HIV/ AIDS ancoradas na (in) fidelidade do parceiro	46

4.4.2 Categoria: A convivência com o HIV/ aids no casamento ancorada nos transtornos psicoafetivos	50
4.4.3 Categoria: A religiosidade e a aids	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A – Informações à colaboradora e termo de consentimento livre e esclarecido	63
APÊNDICE B – Associação livre de palavras	64
APÊNDICE C – Entrevista	65
APÊNDICE D – Caracterização sócio-demográfica das participantes	66
APÊNDICE E – Tabela 1 - Distribuição das frequências das variáveis de opinião, que apareceram no gráfico processado pelo <i>Tri-deux-mots</i> em função das variáveis fixas.	67
APÊNDICE F – Tabela 2 - Frequência absoluta e relativas das variáveis de opinião com incidência maior do que 20 vezes, ou seja, 10%.	68
ANEXO A – IMP – Dicionário Tri-deux-mots	69
ANEXO B – AFC - Analyse fatorial de correspondances	72
ANEXO C – Frequência das variáveis de opinião que foram evocadas ao menos por oito sujeitos em função das variáveis	75
ANEXO D – Parecer do comitê de ética e pesquisa CEP/ UESB	77
ANEXO E - Parecer do comitê de ética e pesquisa CEP/UFBA	78

1 INTRODUÇÃO

A mudança no padrão da epidemia da aids – Síndrome da imunodeficiência humana adquirida, no Brasil e no mundo, aponta que a população heterossexual foi acometida por essa doença. A aids que era identificada como restrita a determinados grupos, considerados “de risco”, sofreu mudanças em sua dinâmica com uma participação expressiva de mulheres em união heterossexual estável/ casadas – categoria considerada como não integrante do cenário desta epidemia até meados dos anos 90 do século XX.

A epidemia tem apresentado muitos retratos e avança no interior do país, em mulheres, heterossexuais e na população de baixa renda e pouca escolaridade. Em mulheres heterossexuais com idade maior que 13 anos, 95% dos casos de aids são resultantes de transmissão através de relação sexual, com queda acentuada entre usuárias de drogas injetáveis (BRASIL, 2008).

Os contextos de vulnerabilidade que determinam a susceptibilidade das mulheres em união heterossexual estável perpassam pluralidade de vulnerabilidades: político social, individual, econômica, biológica e histórico-cultural. Nesse sentido, as práticas sexuais e os papéis sexuais desempenhados pela mulher em posição, quase sempre, de subserviência em relação ao seu parceiro, a dificuldade em discutir questões sobre a prevenção da infecção pelo HIV/ aids e inserir o uso do preservativo em seus relacionamentos revela uma histórica subalternidade de gênero determinando a vulnerabilidade dessas mulheres ao HIV/ aids.

Assim, considerando a distribuição de poder na esfera das relações entre homens e mulheres na sociedade e, em especial, o poder de decisão nos aspectos vinculados às decisões sobre as relações sexuais – além da maior suscetibilidade biológica das mulheres para adquirir a infecção – é que se propõe destacar gênero como categoria analítica neste estudo de representações sociais de mulheres em união estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids.

Gênero estabelece identidades particulares para homens e mulheres, já que é proveniente de uma construção social e cultural da forma como eles (as) – homens e mulheres se relacionam na sociedade. Há sobremaneira, diferenças significativas entre os papéis e comportamentos de homens e mulheres nos relacionamentos, especialmente, no tocante às atividades sexuais.

A aproximação ao objeto de estudo se deu, inicialmente, através dos resultados obtidos com a monografia de conclusão de curso de graduação, denominada: Planejamento Familiar: um olhar de usuários. Os dados obtidos revelaram, que, quando se orienta o sexo seguro, ou seja, a utilização de preservativos nas relações sexuais, penetra-se em um universo subjetivo que interfere na decisão da mulher em união heterossexual estável/casada de solicitar do seu parceiro o uso ou usar o preservativo (RODRIGUES, 2006).

Posteriormente, o contato direto com mulheres em atividades de assistência e de pesquisa evidenciou dificuldades para adoção de medidas de prevenção da aids, vivenciadas pelas mulheres. Tal constatação reforçou a necessidade de se pesquisar o campo das representações sociais das mulheres a respeito da infecção ao HIV/aids, a fim de identificar possíveis dimensões desta realidade que as deixam mais vulneráveis a esta infecção.

A busca na literatura sobre este tema avigorou a inquietação inicial, ao ser observada a existência de escassos trabalhos científicos que atentam para as questões da vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável. Passados quase trinta anos da descoberta do HIV/ aids, será que esta doença continua sendo representada socialmente como “a doença do outro”? Como as representações sociais da vulnerabilidade à aids se relacionam com as expectativas das mulheres em relação à sexualidade, ao afeto e ao respeito? Como estão ancoradas, por estas mulheres, as questões da susceptibilidade à aids? Como elas situam, significam a experiência afetiva e sexual com o parceiro e as atuais propostas de prevenção da infecção pelo HIV entre casais heterossexuais que, baseiam-se quase exclusivamente na utilização do preservativo masculino e/ ou feminino?

Sem dúvida, tais questões remontam à historicidade de como se sustentaram e, até certo ponto, como se sustentam as relações em uma união conjugal, nas quais as mulheres estão circunscritas em uma vivência afetiva e familiar dissociada da prevenção e do autocuidado requeridos no atual contexto da AIDS.

Vale salientar que, o entendimento de prevenção, neste estudo, corrobora com Ayres (1999), quando se reporta a Mann na década 90 do século XX, para afirmar que a prevenção perpassa questões mais amplas, extrapola os enfoques de redução de comportamento de risco individual e abarca a dialética da vulnerabilidade social e programática, sendo também permeada pela percepção de invulnerabilidade experimentada por algumas mulheres. Estudo realizado por Costa e Lima (1998) envolvendo estudantes universitários(as) destaca a crença destes(as) jovens de invulnerabilidade à aids, uma vez que associam a homossexualidade a essa doença e, ainda, os sentimentos românticos e a confiança no parceiro explicaram a existência de uma menor preocupação com à infecção pelo HIV.

Apesar dos avanços científicos/teóricos e da introdução do conceito de vulnerabilidade, segundo o qual todas as pessoas são vulneráveis ao HIV/aids, e especialmente, aquelas que possuem vida sexual ativa, não importando o número de parcerias ou a orientação sexual, os dados epidemiológicos corroboram, nos dias atuais, com uma notória e crescente participação de mulheres em união heterossexual estável no âmbito da epidemia HIV/aids.

Partindo da premissa de que todas as infecções sexualmente transmissíveis – IST são preveníveis e que há uma incidência crescente de aids em mulheres em união heterossexual estável/casadas e na população do interior dos estados, formula-se a questão norteadora dessa pesquisa: Quais as semelhanças e/ou diferenças entre as representações sociais das mulheres em união estável que vivem na capital e em uma cidade do interior, sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids?

Diante desse questionamento, objetiva-se apreender as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável a respeito da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids, bem como, comparar as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável que vivem na capital, com as representações sociais daquelas que vivem em uma cidade do interior, sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids.

O eixo teórico dessa pesquisa é a Teoria das Representações Sociais (TRS), pois, esta permite captar elementos cognitivos, ideológicos, crenças, valores, opiniões que conformam a representação social. Ademais a TRS possibilita articulações com gênero como categoria analítica.

Segundo Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2005) a teoria das Representações Sociais caracteriza-se por ser:

uma teoria do senso comum, alocada nas relações humanas, assumindo caráter simbólico e sócio-histórico, conduzindo a funções específicas, como contribuir com os processos de formação de condutas e orientar as comunicações sociais (p.194).

Articular a TRS com gênero, como categoria analítica, assinala relevância ao estudo pela possibilidade que tal articulação apresenta de desvendar significados da vulnerabilidade ao HIV/aids por parte de mulheres em união heterossexual estável.

Almeja-se, com a divulgação dos resultados do presente estudo, possibilitar uma reflexão sobre a vulnerabilidade dessas mulheres em uma perspectiva contextual, considerando a complexidade dos elementos condicionantes das relações sociais, dentre os quais, destacam-se as relações de gênero.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS DA VULNERABILIDADE DE MULHERES AO HIV/ AIDS

A aids, desde a notificação dos seus primeiros casos, caminhou por diferentes abordagens e estratégias de enfrentamento, perpassando os conceitos de fatores de risco, grupo de risco, comportamento de risco e, finalmente, vulnerabilidade.

Ayres et al. (1999) relata que no início da epidemia, pesquisadoras(es) buscavam investigar os fatores de risco associáveis à nova doença e que associações regulares entre determinadas características e a aids fortaleceu a crença da existência de grupos de risco para tal entidade nosológica. Dessa maneira, o conceito de grupo de risco reforçou a homofobia existente na sociedade e colaborou para a representação da aids como “a doença do outro”.

Segundo o autor supracitado, mesmo após o conhecimento do caráter pandêmico e transmissível da aids, as estratégias de redução de risco ao HIV tiveram como alvo somente aquelas pessoas que apresentavam comportamentos chamados de risco. Tal fato colaborou para a crescente disseminação da infecção entre outros grupos da sociedade, que não eram vistos como vulneráveis ao HIV, exemplifica-se aqui a crescente disseminação entre as mulheres casadas/em união estável, monogâmicas que, geralmente, tiveram apenas um parceiro durante toda a sua vida.

Saldanha, Figueredo e Coutinho (2005, p. 159) afirmam que

O avanço do HIV/ AIDS entre as mulheres é indicativo não apenas das dificuldades para oferecer respostas institucionais para a contenção da epidemia, mas também, e sobretudo, remete às questões que envolvem identidade de gênero, que determinam os papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria aumenta a vulnerabilidade das mulheres a infecção.

Ayres et al. (1999) relatam que ataques críticos frente às estratégias relacionadas aos comportamentos de risco foram instaurados pelos movimentos de reflexão e militância, para este a prevenção da aids está circunscrita em uma discussão mais ampla:

A discussão do *empowerment* que enfatiza que a mudança de comportamento perpassa coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias (p. 54).

A construção social e científica da aids, marcada por representações biologicistas/reducionistas ao excluir a mulher do cenário da epidemia, desconsiderou os determinantes individuais, sociais, políticos, econômicos, culturais – além da maior susceptibilidade biológica da mulher, que agravam a vulnerabilidade das mulheres à aids.

Grande parte do conhecimento produzido sobre a mulher e a aids relegou essa questão aos aspectos biológicos, ignorando seus aspectos culturais e sociais e tratando categorias como ‘heterossexualidade’ como não vulneráveis à infecção pelo HIV (BARBOSA, 1999).

A partir do final da década de 80 do século XX, os indicadores epidemiológicos demonstram uma mudança no padrão da epidemia com uma notória heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização dos casos de aids. Destaca-se também a participação expressiva de mulheres em união estável vivendo relações monogâmicas que adquiriram o vírus por via sexual que de acordo com Barbosa (1999, p. 284) “*revela claramente que as questões de gênero estão presentes desde o início na determinação e na representação da epidemia, mas somente agora se tornam explícitas*”.

A esse respeito, Giffin (1991) destaca que

A tese ‘mulher é uma categoria biológica’ foi substituída pela antítese ‘mulher é uma construção social’ e, finalmente, pela síntese ‘os fatos biológicos foram processados no nível do social, que inclui as atividades científicas que, por sua vez, reforçaram os estereótipos tradicionais que enfatizam os fatores biológicos (p. 131).

Ainda hoje, as tendências epidemiológicas da aids no Brasil e no mundo denunciam um número crescente da infecção/doença em mulheres em união heterossexual estável/casadas. Além da dimensão biológica existem determinantes sociais mais amplos que contribuem para aprofundar a reflexão sobre as dificuldades e impasses enfrentados pela mulher em união estável/casada para se prevenir de aids.

Por tudo isso, o conceito de vulnerabilidade demonstra um avanço no sentido de ampliar a noção de risco individual, para uma noção mais ampla que abarca as questões individuais, sociais e programáticas que facilitam a exposição das pessoas ao HIV.

Expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e natureza da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES et al., 1999 p. 50).

O conceito de vulnerabilidade, oriundo da área dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde em 1992, a partir das discussões teóricas de Mann. Como quadro teórico, a vulnerabilidade extrapola a tradicional abordagem comportamentalista das estratégias individuais de redução de riscos. Para a avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à aids foram traçados três planos interdependentes de determinação: o comportamento individual (vulnerabilidade individual), o contexto social (vulnerabilidade social) e as políticas públicas de combate à aids (vulnerabilidade programática) (AYRES et al., 1999).

A articulação teórica entre a aids e o conceito de vulnerabilidade ampliou significativamente a compreensão das diferenças de poder existentes nas relações de mulheres e homens na sociedade, principalmente no tocante aos relacionamentos afetivos/sexuais (vulnerabilidade de gênero), assim como, a discussão de aspectos relacionados à sexualidade.

A vulnerabilidade da mulher em união heterossexual estável ao HIV/aids, em especial, envolve diversos aspectos na inter – relação saúde doença: desvantagens biológicas; abordagens desiguais de profissionais de saúde; desvantagens sociais e desvantagens quanto às estratégias de prevenção adotadas pelas políticas públicas.

Assim, a aids, compreendida sob o prisma da vulnerabilidade, desnuda nuances e contradições que delineiam as relações de gênero, de poder entre homens e mulheres, e as questões intersubjetivas vivenciadas por eles e elas em seus relacionamentos.

Distintos papéis sociais são desempenhados por homens e mulheres na sociedade. Estes papéis definem o que é próprio para cada um desses na sociedade. Assim, desigualdades são entendidas e vividas, na maioria das vezes, de maneira “natural” como se de alguma forma o fato de nascer mulher reservasse, por si só, opressão à mesma, ou seja, sem que haja compreensão e/ou questionamento que por trás das diferenças sociais impostas ao sexo biológico deitam-se construções sociais, políticas, culturais e históricas.

As tendências de feminização, pauperização e interiorização do HIV/aids confirmam o quanto as desigualdades de gênero, entrelaçadas às de classe social e de raça/etnia, influenciam a vulnerabilidade feminina. Gênero consiste em uma forma primeira de significação de poder que interfere diretamente na experiência da sexualidade de homens e mulheres (SCOTT, 1989); estabelece valores diferenciados para estes(as), já que é proveniente de uma construção social e cultural das formas como eles(as) se relacionam na sociedade, pois, sabe-se que são significativas as diferenças entre os papéis de homens e mulheres nos relacionamentos, especialmente, nas escolhas e no diálogo no que se refere às atividades sexuais.

Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 50), pesquisando pessoas do sexo masculino que não se consideravam vulneráveis ao HIV, identificaram aspectos da masculinidade que contribuíam para tal crença o: *“sentir-se forte; imune a doenças; ser impetuoso; correr riscos; ser incapaz de recusar uma mulher; considerar que o homem tem mais necessidade de sexo do que a mulher e de que esse desejo é incontrolável”*.

Para a mulher, pensar e questionar a infidelidade masculina quando esta vive uma relação de monogamia é complicado, pois, é algo que adentra no campo dos sentimentos/emoções, além disso, a infidelidade masculina é amplamente aceita na sociedade em geral, sendo justificada como algo normal e inerente à sexualidade masculina. Os aspectos de feminilidade, embora em um sentido contrário, também contribuem para a percepção de invulnerabilidade.

A esse respeito, Guimarães (1996, p. 93) destaca que

a estruturação da identidade feminina, diferentemente da masculina, segue o estereótipo do silêncio, do ocultamento. [...] Essa cultura feminina explicita uma relação de desconhecimento e ocultamento das suas especificidades físicas, biológicas e emocionais, onde os tabus, preconceitos e interdições extremamente rígidos que circundam a expressão da sexualidade feminina compõem-se em verdadeiras estratégias de silêncio.

Há, portanto, um destoamento na construção social da masculinidade e da feminilidade que repercute na maneira como as mulheres vivenciam sua sexualidade e seus direitos sexuais e reprodutivos. No momento, a prevenção da aids tem sido baseada na utilização dos preservativos masculinos e femininos. Entretanto, sugerir o preservativo em uma relação heterossexual estável significa, para a mulher, admitir a possibilidade de estar sendo traída, o que, de fato, envolve grande sofrimento emocional.

Carovano (1991) destaca ainda que quando as mulheres solicitam o uso do preservativo para seus parceiros, estas são vistas pelos mesmos como preparadas demais para o sexo, infiéis e desconfiadas da infidelidade do parceiro ou mesmo infectadas pelo vírus HIV. Isso evidencia as desigualdades de poder entre homens e mulheres, no diálogo e na negociação do uso dos preservativos em suas relações que perpetuam a situação de maior vulnerabilidade feminina.

Maia, Guilhem e Freitas (2008, p. 247) ao estudar conhecimentos, comportamentos preventivos e percepções em relação ao HIV/ aids de homens e mulheres heterossexuais casados ou em união consensual demonstrou que os(as) mesmos(as) *“possuíam conhecimento importante sobre a transmissão do HIV/aids; entretanto, suas percepções conjugais*

expressam a cultura em que estão inseridos no que se refere aos papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual”.

Por tudo isso, para a discussão e entendimento da feminização da aids é, cada vez mais, necessário perpassar os aportes teóricos de gênero, vulnerabilidade e sexualidade. Uma vez que, a aids deflagrou uma realidade de acentuada vulnerabilidade feminina, determinada pela opressão e falta de poder das mulheres na sociedade e em seus relacionamentos afetivos/sexuais, pela feminização da pobreza e em menor medida pela maior suscetibilidade biológica das mulheres.

A aids está relacionada, pois, a diversos condicionantes sociais, econômicos, históricos e culturais nos quais se incluem as questões de gênero. Agências como a Organização Mundial da Saúde – OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS – UNAIDS têm defendido o enfoque de gênero como necessário para compreender e intervir na vulnerabilidade de mulheres, homens e crianças à aids, uma vez que, na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais.

Deste modo, este estudo partiu da premissa de que a categoria gênero implica na existência de diferentes representações sociais das mulheres em união estável/casadas, que interferem na sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV - influência mútua de fatores que facilitam ou dificultam a exposição ao HIV.

2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Essa pesquisa encontra-se ancorada na TRS que busca compreender fatos e fenômenos sociais. As representações sociais (RS) constituem formas de conhecimentos socialmente elaborados por grupos de indivíduos para comunicar-se e tentar entender aquilo que lhe é estranho e não familiar (MOSCOVICI, 2007).

Desde a instauração do método científico, a ciência positivista estabeleceu um rompimento com tudo aquilo que não acompanha sua rigidez metodológica e neutralidade científica. A TRS, por sua vez, traz um importante resgate dos conhecimentos construídos socialmente através das experiências das pessoas, ou seja, do senso comum.

Nesse sentido, Nóbrega (2001, p. 62) assinala que:

Antes do advento da teoria das representações sociais, o pensamento das massas, correntemente denominado ‘*o senso comum*’, era

considerado como um *corpus* de conhecimento ‘confuso’, ‘inconsistente’, ‘desarticulado’ e ‘fragmentado’. Em relação ao conhecimento científico, o senso comum era situado num pólo extremo e oposto: como uma espécie de saber ‘selvagem’, ‘profano’, ‘ingênuo’ e, até mesmo, de ‘mentalidade pré-lógica’, conforme classificavam a sociologia, psicologia, antropologia etc.

O termo representações sociais cunhado por Moscovici (2007), a partir dos estudos de sociologia de Durkheim sobre representações coletivas, não se reduziu, portanto, a representações individuais limitadas ao objeto da psicologia determinando um novo campo “*uma forma sociológica e não psicológica, de Psicologia Social*” (FARR, 1995, p. 36).

Moscovici (1978, p. 26) define as representações sociais da seguinte forma:

um conjunto de conceitos, enunciados e explicações originados na vida cotidiana. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e aos sistemas de crença das sociedades tradicionais; poder-se-ia mesmo considerá-las como a versão contemporânea do senso comum.

A Teoria das Representações Sociais, embora originária das ciências sociais, foi se inserindo nos estudos da área de saúde. Spink (1989, p.10) destaca que

As representações sociais constituem um campo fértil para o estudo do processo saúde – doença porque permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, seja este concebido como corpo de conhecimento ou como relações sociais com um grupo definido comparativamente como detentor do saber.

Jodelet (1998, p. 18) salienta que, a TRS vem sendo utilizada em “*estudos que analisam as relações entre conhecimento científico e profano, e no exame do papel que as concepções do senso comum exercem sobre a apreensão de certas doenças*”. Neste estudo a referida teoria é pertinente, pois, possibilita apreender a interconexão entre o senso comum e o pensamento científico e captar como as pessoas significam aspectos diversos do processo saúde – doença, contribuindo, assim, no desvelamento das RS que obstaculizam ou facilitam as intervenções nesta área.

A partir dessas considerações, é que este estudo se propõe investigar as RS de mulheres em união heterossexual estável acerca da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids, pois, as relações que elas estabelecem entre si e o contexto que as rodeiam são constituídas por processos sócio-cognitivos que têm influência na vida cotidiana, determinando a comunicação e os comportamentos e ao mesmo tempo, também, sendo determinados por estes.

Sendo assim, a representação social pode ser considerada como um sistema de apreensão da realidade, organizando as relações das pessoas com o mundo e orientando suas condutas e comportamento no meio social.

Abric (2001, p. 156) ao tratar da dinâmica das representações sociais, expõe o seguinte:

um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

De acordo com Moscovici (2007), para compreender melhor a conduta humana, e o modo como os atores sociais se agrupam, deve-se considerar os afetos, condutas, organização, crenças, atitudes, valores que permeiam as experiências sociais.

O referido autor ainda acrescenta que:

Representações, obviamente não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu (p. 41).

Com efeito, as representações sociais proporcionam o surgimento de uma identidade do grupo a partir das experiências vivenciadas por ele. Os fatores culturais e as diferentes formas de viver influenciam muito na escolha dos elementos que aparecem no conteúdo, na estrutura da representação.

Assim, a representação social da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids por parte das mulheres em união heterossexual estável incorpora significados resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento científico, resultando numa diversidade de significados de caráter dinâmico.

Com relação à dinamicidade das representações sociais, Duveen (2007, p. 22) assinala que: *“a mudança dos interesses humanos pode gerar novas formas de comunicação, resultando na inovação e na emergência de novas representações”*.

As representações sociais são elaboradas através de experiências pessoais e de interações entre sujeitos de determinados grupos sociais por meio de processos cognitivos e sociais e, portanto, variam ao longo do tempo e nos diversos grupos de pertença.

Como base na construção, pelo sujeito, das representações sociais, dois processos são fundamentais: a objetivação e a ancoragem. Estes são responsáveis pela interpretação e atribuição de significados ao objeto social. Para Moscovici (2007), tais processos colaboram na maneira como o social transforma um conhecimento em representação e a maneira como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a concepção/percepção e o social.

Objetivar segundo Moscovici (2007, p. 71) “*é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem*”. A objetivação constitui, portanto, uma transformação de uma abstração em algo concreto, é responsável pela aproximação do que é estranho em familiar. É por meio desta, que os elementos adquirem materialidade.

Já a ancoragem é o processo da inserção de um conhecimento em categorias socialmente definidas, a partir de experiências e esquemas de pensamentos pré-estabelecidos sobre o objeto em estudo. Para Moscovici (2007, p. 61), “*ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa: coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existem e ao mesmo tempo são ameaçadoras*”.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quanti-qualitativa. Tal abordagem foi utilizada, uma vez que, possibilita uma avaliação ampla dos resultados obtidos. De acordo com Minayo (2007, p. 22):

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística aprendem dos fenômenos apenas a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

A propósito da utilização quantitativo-qualitativo, Goldemberg (2004) destaca que é perfeitamente possível a combinação dos dois tipos no estudo de um determinado fenômeno e acrescenta que tal exercício metodológico, permite a triangulação. Esta opção investigativa objetiva amplia as possibilidades de apreensão, descrição e compreensão do objeto de estudo. A base da triangulação é a idéia de que "*...os limites de um poderão ser contrabalançados pelo alcance de outro*" (GOLDEMBERG, 2004, p. 63).

3.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida junto a mulheres em união heterossexual estável atendidas em duas unidades básicas de saúde – UBS do estado da Bahia sendo uma localizada em Salvador e outra em Jequié, a fim de possibilitar a comparação das representações sociais dessas mulheres que vivem na capital e no interior sobre a vulnerabilidade à aids. Tais escolhas se justificam, na medida em que se observa além da crescente incidência de casos de aids em mulheres em união heterossexuais estáveis, uma interiorização da epidemia.

Desde o registro do primeiro caso de aids em 1984 até junho de 2009 foram notificados 10810 casos na Bahia, sendo 34,4% no sexo feminino. Atualmente, Salvador detém 51% do total de casos e 338 municípios do estado apresentam pelo menos um caso de

aids, o que corresponde a 81% dos municípios da Bahia (BAHIA, 2009). Nesse estado, não há registro de municípios com foco, ou seja, com alta taxa de prevalência quando comparados entre si. A quantidade de pessoas com esse agravo é maior em municípios mais populosos obedecendo à proporção direta população e números de casos identificados.

Diante dessa consideração, elegeram-se os municípios de Jequié e Salvador, distantes um do outro por 365 km. A possibilidade de retorno para a comunidade do município de Jequié através da implementação de ações desenvolvidas em articulação entre academia e instituições de saúde, também contribuiu para sua escolha.

Com relação à aids em Jequié, informações obtidas junto a coordenação do Centro de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva, tem notificado 223 casos de pessoas com aids. O referido Centro dispõe apenas de notificações a partir de sua inauguração, ocorrida em 2002, até o mês de outubro de 2009. Os notificados apontam uma proporção de 1: 1,7, na relação homem/mulher.

Com relação às UBS, optou-se por duas unidades que atendem a pessoas/famílias com características similares – com baixas condições sócio-econômicas, o que as torna do ponto de vista sócio-cultural, mais vulneráveis ao contágio pelo HIV/aids dentro de uma perspectiva epidemiológica mais complexa e menos biologicista e que se constituem campos de estágio e pesquisa para as atividades da academia.

Em Salvador, a unidade básica de saúde escolhida pertence ao distrito sanitário Barra/Rio Vermelho e atende demanda aberta, ou seja, pessoas da comunidade do Vale das Pedrinhas e de outras áreas de Salvador e, também, do interior do estado. Essa UBS foi inaugurada em 1982 com finalidade de unidade ambulatorial tendo sua estrutura física reformada em 1997. Já no ano de 2004, ocorreu uma ampliação do laboratório que passou a ser referência do distrito supracitado. Entre os anos 2007 a 2008 a unidade ficou sem funcionar por aproximadamente um ano quando foi contemplada com uma reforma predial e com o retorno de profissionais de nível superior e técnico. Atualmente, é considerada unidade de referência em atendimento de básica e média complexidade do Distrito Barra/ Rio Vermelho, inclusive o laboratório.

A UBS de Salvador consta na sua instalação física de 18 consultórios, 12 salas de laboratório, área de lazer “Viva a vida com saúde”, escovódromo, sanitários feminino e masculino e área onde se situa o arquivo dos prontuários dos pacientes e presta os seguintes serviços à comunidade: clínica médica, pediatria, geriatria, ginecologia, hematologia, dermatologia, angiologia, medicina do trabalho, oftalmologia, cardiologia, odontologia, nutrição, puericultura, hipertensão e diabetes, pré-natal, preventivo, planejamento familiar,

curativo, nebulização, imunização, laboratório, farmácia, teste do pezinho e serviço social. Ressalta-se ainda que, essa UBS possui uma equipe de Programa de Agente Comunitários (PACS) atuante nas microáreas.

Em Jequié, a UBS escolhida tem como seu território de abrangência o bairro Joaquim Romão que possui uma população estimada de 36.596, pelo cadastramento realizado em 2008. Esta UBS possui uma equipe multiprofissional composta por: médicos clínicos, médicos gineco-obstetra, pediatras, endocrinologista, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, oficiais administrativos, assistente social, odontólogos, agentes administrativos, assistente administrativo, agentes de serviços gerais, atendente, atendente de odontologia, vigias, técnico em eletrocardiograma e nutricionista.

Sendo assim, oferece os seguintes serviços: clínica geral; pediatria; hipertensão; endocrinologia, diabetes; serviço de tuberculose; odontologia, planejamento familiar; preventivo; nutricionista, pré-natal; atenção à criança; teste do pezinho; imunização, curativo e laboratório de análises clínicas (apenas coleta de material). Além desses, a Unidade dispõe de serviços terceirizados como, otorrinolaringologia, urologia, pneumologia e pequenas cirurgias; utiliza como referência hospitais públicos e conveniados pelo SUS, assim como clínicas e outras unidades de saúde que oferecem atendimentos especializados e possui também duas equipes do PACS.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram mulheres em união heterossexual estável, casadas no civil e/ou religioso ou em união consensual que moram com o parceiro atual por mais de um ano. Foi utilizado como critério de inclusão, a ausência de sorologia positiva para o HIV 1 e/ou 2 no prontuário dessas mulheres, uma vez que, o objetivo é apreender as representações sociais de mulheres soronegativas ou sorodesconhecidas¹ para o HIV sobre a vulnerabilidade à infecção por este vírus e também o fato de morar em Jequié ou Salvador por, no mínimo, 5 anos.

A aplicação dos instrumentos de produção de dados ocorreu no serviço de Planejamento Familiar no período de fevereiro a maio de 2009 em ambos os municípios. A

¹ Terminologia utilizada para mulheres que não conhecem a sua condição sorológica para o HIV, uma vez que não realizaram teste laboratorial diagnóstico.

escolha deste serviço se justifica pelo fato de que a atenção aos assuntos referente à Saúde Sexual e Reprodutiva acontece predominantemente neste serviço sob responsabilidade da enfermeira

Após a consulta com a enfermeira, as mulheres foram convidadas a participarem da pesquisa, 195 responderam a associação livre de palavras, sendo 100 mulheres de Salvador e 95 de Jequié. Em seguida, foi oferecida às mesmas a participação na entrevista e no desenho-estória com tema. Algumas delas aceitaram participar, perfazendo um total de 22 desenhos e 24 entrevistas, distribuídos nos dois cenários do estudo. O material produzido pelas participantes (desenhos e entrevistas) respondeu ao princípio de saturação dos dados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS-LEGAIS DA PESQUISA

Para operacionalização deste estudo foi encaminhada uma cópia do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), cujas aprovações foram formalizadas através dos pareceres número 48/2008 e 217/2008, respectivamente.

A fim de atender aos princípios éticos, as participantes do estudo receberam esclarecimentos de forma completa e pormenorizada, assegurando o anonimato e o direito de participarem ou não deste estudo ou interromper sua participação em qualquer etapa, se assim desejarem.

O aceite em participar da pesquisa foi formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Salienta-se que durante todo o estudo foram considerados aspectos éticos e legais, principalmente, os dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

No intuito de garantir o anonimato das participantes no decorrer da apresentação de suas expressões, as falas e os desenhos foram identificados pela procedência, seguida da escolaridade e do tempo de união estável das mesmas.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COLETA DOS DADOS

Para atender aos objetivos propostos, empregou-se uma abordagem multi-técnicas com o objetivo de comparar os dados obtidos nas diferentes técnicas e, conseqüentemente, traduzir uma melhor compreensão do fenômeno em estudo. Portanto, foram utilizadas a Associação Livre de Palavras, o Desenho-Estória com tema e a entrevista semi-estruturada.

3.5.1 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

A TALP, originalmente desenvolvida por Jung em 1905 no contexto da prática clínica da psicologia, foi adaptada por Di Giacomo, a fim de atender à demanda das pesquisas em psicologia social. Esta técnica é amplamente utilizada em pesquisas com aporte teórico-metodológico na TRS, defendida por Moscovici, uma vez que, permite evidenciar elementos semânticos de determinado grupo, através de respostas evocadas a partir de um ou mais estímulos indutores. Consiste em uma técnica projetiva que traz à consciência elementos inconscientes através das manifestações de condutas de reações, evocações (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Abric (2003) acrescenta que, esta técnica possibilita a captação de universos semânticos, elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas verbalizações dos sujeitos.

Para este estudo, foram utilizadas como estímulos indutores as seguintes palavras ou expressões: AIDS, homem e AIDS, mulher e AIDS e você mesma, cuja definição se deu pela necessidade de identificar como as mulheres, participantes deste estudo, expressam questões referentes à aids, a vulnerabilidade de homens e mulheres e, ainda, como se posicionam neste contexto. Portanto, foram utilizados os referidos estímulos, de acordo com a classificação ordinária apresentada no quadro 1.

QUADRO 1 – Classificação ordinária dos estímulos indutores

ESTÍMULO INDUTOR	Nº DO ESTÍMULO
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra AIDS	01
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra HOMEM E AIDS	02
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo MULHER E AIDS	03
Cite 5 palavras que vem a sua cabeça quando digo VOCÊ MESMA	04

Estas palavras indutoras foram apresentadas às participantes, uma de cada vez, solicitando-lhes que associassem o mais rápido possível cinco palavras que lhes viessem à mente quando as escutavam, perfazendo em média quatro minutos para cada participante responder a TALP (APÊNDICE B). Salienta-se que a aplicação do instrumento ocorreu individualmente.

3.5.2 Desenho-Estória com tema

Com vistas a complementar a produção dos dados deste estudo, aplicou-se a técnica de Desenho-Estória com Tema às mulheres que aceitaram participar. Trata-se de uma técnica projetiva, que permitiu exteriorizar informações que se encontram no subconsciente das participantes e que formam as Representações Sociais das mesmas sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/ aids.

Coutinho (2001) descreve a técnica como de aplicação simples, podendo ser individual e/ou coletiva; aplicada a todas as faixas etárias, em ambos os sexos, em qualquer nível: mental, socioeconômico e cultural e que sua execução deve acontecer, preferencialmente, durante o período diurno.

Neste estudo aplicou-se o desenho-estória com tema individualmente utilizando folhas de papel ofício branco sem pauta, lápis preto, lápis de cor e pincéis de tinta colorida. Às participantes foi explicado o objetivo da pesquisa, e em seguida, ocorreu a distribuição dos materiais citados. Posteriormente, foi requerido que as mesmas fizessem um desenho sobre o tema “Casamento e AIDS”. Esclareceu-se que o termo casamento, para este estudo, refere-se à união heterossexual estável, seja ela consensual ou civil e/ou religiosa.

Após o término do desenho, solicitou-se que a participante do estudo escrevesse ou contasse uma história, associada ao desenho e lhe desse um título. Os desenhos foram identificados com número de ordem e características sócio-demográficas de cada participante (procedência, escolaridade e tempo de união estável).

3.5.3 Entrevista semi-estruturada

A entrevista, segundo Gaskell (2007), fornece os dados básicos para desenvolvimento e compreensão detalhada das relações entre os atores sociais, bem como de suas crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada que combina perguntas abertas e fechadas, respeitando as idiossincrasias de cada participante da pesquisa, a partir de um roteiro (APÊNDICE C) contendo dados de caracterização das participantes do estudo e, também, questões relacionadas às representações sociais das mulheres em união estável/casadas a respeito da vulnerabilidade à AIDS.

Para tanto, foi utilizada linguagem precisa e de fácil entendimento, no intuito de obter dados que permitiram alcançar os objetivos do estudo. O tempo para cada participante responder a entrevista foi em média de 20 minutos.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos da pesquisa, conteúdo emergido da TALP, foram processados através do software Tri-deux-mots e interpretados por meio da Análise Fatorial de Correspondência – AFC. Quanto aos dados qualitativos, ou seja, as informações das entrevistas e as histórias contidas nos desenhos foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo.

3.6.1 Análise fatorial de correspondência

A análise fatorial de correspondência dos dados obtidos pela TALP foi processada pelo software Tri-Deux-Mots, que oferece a visualização gráfica dos resultados. Trata-se de um programa amplamente utilizado no tratamento de dados de estudos com embasamento teórico das Representações Sociais, e é viável para processamento de questões abertas, fechadas e/ou associação de palavras (COUTINHO, 2001).

A AFC consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional, assim como, visualizar as relações de atração e afastamento entre elementos a propósito de determinado objeto (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Para o banco de dados processado pelo Tri-Deux-Mots, foram utilizadas as seguintes variáveis fixas ou sócio-demográficas: procedência (Jequié e Salvador), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio), religião (evangélica, católica, sem religião) e tempo de união

heterossexual estável (1 a 5 anos, 6 a 10 anos e maior ou igual a 11 anos), a fim de verificar a influência das mesmas no campo de significação e comparar as representações entre os grupos sobre a vulnerabilidade ao HIV/ aids.

Quanto às variáveis de opinião, ou seja, as respostas obtidas através da técnica de associação livre de palavras pela evocação aos estímulos indutores foram, inicialmente, agrupadas de acordo com a similaridade semântica: as palavras evocadas com maior frequência se impuseram como categorias e aquelas com menor frequência foram incluídas nessas categorias quando apresentavam mesma similaridade semântica ou então definiram categorias próprias. Em seguida, foram organizados os dicionários referentes a cada estímulo para, finalmente, compor o banco de dados do referido software.

Salienta-se que no processamento dos dados, foram consideradas apenas as respostas com frequência igual ou superior a oito em relação a cada estímulo indutor. Um total de 2656 palavras foram evocadas pelas 195 mulheres, das quais 398 foram diferentes.

3.6.2 A Análise de Conteúdo

Na busca de coerência entre as técnicas de produção e análise dos dados, a Análise de Conteúdo foi escolhida para compreensão e inferência das verbalizações dos participantes na entrevista semi-estruturada e na análise das histórias dos desenhos.

A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2004 p.37) constitui em:

[...] Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Estabelecendo relações com a proposição de Bardin (2004), a análise dos dados produzidos a partir da entrevista foi realizada através dos seguintes passos: pré – análise; leitura flutuante; constituição do corpus, respondendo aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade para se chegar à definição das categorias emergentes (empíricas); preparação do material – seleção das unidades de análise; recorte, classificação, codificação; categorização e discussão das categorias.

Apesar da trajetória ter sido descrita de forma separada e sequencial, as diferentes fases aconteceram de maneira intercomplementar e dinâmica. A partir do desmembramento

do texto em unidades semânticas, estas foram reagrupadas em categorias, segundo analogia dos temas e analisadas à luz da TRS, tomando gênero como categoria analítica.

Com relação ao desenho estória com tema, especificamente, estes foram associados ao tema principal de suas respectivas estórias e agrupados em categorias que emergiram das mesmas (BARROS; COUTINHO, 2005). Foram evidenciadas categorias idênticas nas verbalizações das entrevistas nas duas técnicas (desenho-estória com tema e entrevistas), portanto, optou-se por apresentar e discutir seus resultados paralelamente. Salienta-se ainda que a análise dos dados da AFC também foi permeada pelos discursos das entrevistas.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 195 mulheres em união heterossexual estável, destas 100 (51,3%) residem em Salvador e 95 (48,7%) em Jequié, 60% destas na faixa de 18 a 29 anos, 25,6% entre 30 a 39 anos e 14,4% entre 40 a 49 anos.

Todas as mulheres participantes desta pesquisa se encontram no período reprodutivo, fato evidenciado na faixa etária das participantes da pesquisa, o que define a busca pelo serviço de planejamento familiar com finalidade primeira de atendimento das necessidades de contracepção alcançadas, predominantemente, pelo uso de contraceptivos orais ou injetáveis. Nota-se neste estudo que o uso do preservativo masculino ocorre algumas vezes, mas com objetivo maior de prevenir a gravidez.

Assim, as mulheres que já encerraram o ciclo reprodutivo, pela realização de laqueadura tubária ou por estar no climatério, não participam como usuárias do serviço de planejamento familiar. Tal fato torna-se problemático se considerarmos que apesar de que, no sexo feminino, as maiores taxas de incidência de aids encontram-se na faixa de idade de 30 a 39 anos, tem existido um incremento a partir dos 40 anos (BRASIL, 2007).

Com relação à escolaridade, 51,8% das participantes informaram estudar ou ter concluído o ensino fundamental e 48,2% estudam ou concluíram o ensino médio. Do total das mulheres 46,1% é dona de casa, 24,1% é doméstica, 2,6% é estudante e 26,2% é representado por outras profissões como diaristas, cozinheiras, artesãs, professoras. Trata-se, no geral, de mulheres com poucas condições sócio-econômicas.

Essa conjuntura caracteriza a dependência econômica dessas mulheres, uma vez que quase a metade delas é dona de casa e não participa diretamente na geração de renda. Por conseguinte, estão em situação de maior vulnerabilidade social e de gênero, ou seja, detêm poucos mecanismos para se prevenirem da aids em um contexto social em que desigualdades no exercício do poder econômico/ financeiro e nas relações de gênero acumulam e potencializam vulnerabilidades.

A maioria das participantes (55,9%) referiu ser católica, 30,3% evangélicas e 13,8% sem religião. Chama-se atenção para a questão que não houve referências para as religiões de origem africana. Do total de participantes, 89,7% se auto-declararam negras (33,3% pretas e

56,4% pardas), 7,7% se auto-declararam brancas, 5% indígena e 2,1% amarela. Salienta-se que a Bahia é o estado com maior porcentagem de população negra no Brasil e 75% das pessoas de Salvador são não brancos que apresentam baixos salários e de escolaridade (ARAÚJO et al., 2009).

Quanto ao tempo de casamento, 46,6% afirmaram estarem casadas ou em união heterossexual consensual de 1 a 5 anos, 25,1% de 6 a 10 anos e 28,2% tempo igual ou superior a 11 anos. Informações referentes à caracterização das participantes encontram-se dispostas em tabelas no apêndice D.

4.2 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SEGUNDO A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

A análise fatorial de correspondência realizada através do software evidenciou oposições significativas relacionadas para as variáveis fixas: escolaridade, tempo de união conjugal e procedência. Não foram demonstradas oposições significativas entre as representações sociais de mulheres soronegativas ou sorodesconhecidas que estão em união heterossexual estável por mais de um ano, quando as mesmas são analisadas a partir da variável religião, entretanto, quando se analisa o conteúdo das representações, observa-se o quanto ele carrega significados e símbolos relacionados à religião.

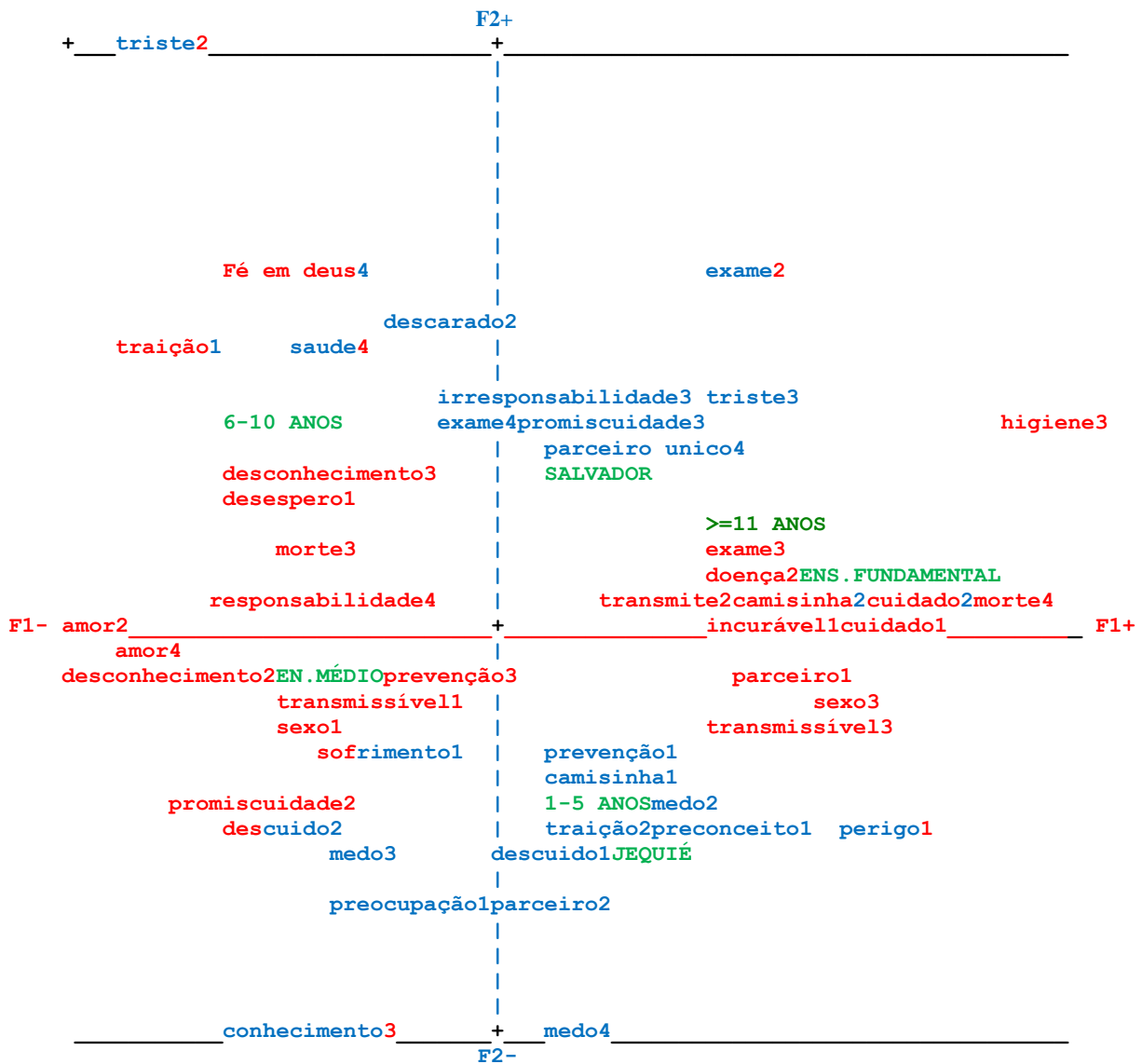
Corroborando com esse achado, destaca-se um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids de homens e mulheres de 50 a 59 anos no qual também se observou a não significância na análise fatorial para variável religião, contudo, a autora também enfatiza que *“as religiões regem e determinam uma estrutura para um sistema de crenças, valores, condutas e comportamentos que ao serem ancorados e objetivados podem influenciar nas representações sociais para a aids”* (SILVA, 2008, p. 44).

O gráfico 1 gerado pelo software permite representar a atração e/ ou o afastamento entre as entrevistadas, suas respostas e suas correspondentes características sócio-demográficas: procedência, escolaridade e tempo de união estável. O fator 1 (F1), em vermelho, posição horizontal, no eixo das abscissas, traduz as representações mais significativas, explicando 29,1% da variância total de respostas.

O fator 2 (F2) em azul, posição vertical, no eixo das ordenadas apresenta percentual de variância de 23,1%. Somados os valores percentuais do F1 e F2, explica-se 52,2% de

variância total das respostas, caracterizando-se como uma análise com alta significância, uma vez que, para Di Giacomo (1993) há significância quando os dois fatores em conjunto conseguem explicar ao menos 15% da variância total.

GRÁFICO1 - Resultante da Análise fatorial de correspondência, processado pelo software Tri-deux-mots



LEGENDA

- F1+ Mulheres com tempo de casamento maior ou igual a 11 anos e que estudaram até o ensino fundamental
- F1- Mulheres com tempo de casamento de 6 a 10 anos e que estudaram até o ensino médio
- F2+ Mulheres de Salvador e com tempo de casamento de 6 a 10 anos
- F2- Mulheres de Jequié com tempo de casamento de 1 a 5 anos

No gráfico 1, as palavras em verde referem-se às variáveis fixas ou sócio-demográficas. Em azul ou vermelho, observam-se palavras ou variáveis de opinião, referentes

às representações das mulheres entrevistadas de acordo com a contribuição aos respectivos fatores (CPF). As palavras que apresentaram um maior índice de CPF para o fator 1 receberam a cor vermelha, enquanto que aquelas com CPF maior para o fator 2 foram pintadas de azul e aquelas que contribuíram para os dois fatores foram coloridas pelas duas cores (azul e vermelho). Os números que acompanham as respostas referem-se ao estímulo em questão.

A análise foi realizada a partir da disposição das variáveis fixas e de opiniões distribuídas no gráfico. Seguem, nos subitens a seguir, dois planos de análise: por fatores e por quadrante, respectivamente.

4.2.1 Análise dos fatores 1 e 2 (F1, F2)

A partir do gráfico, observa-se o jogo de oposições entre as evocações das mulheres que estudavam ou estudaram até o ensino fundamental e com tempo de união heterossexual estável maior ou igual a 11 anos (F1+) e as respostas das mulheres que estudavam ou estudaram até o ensino médio e com tempo de união heterossexual estável de 6 a 10 anos (F1 -). Houve oposição também entre as respostas das mulheres procedentes de Salvador (F2+) e as representações das mulheres procedentes de Jequié e com tempo de união heterossexual estável de 1 a 5 anos (F2 -).

No fator 1 (F1+), lado positivo, encontra-se o grupo de mulheres com mais de 11 anos de vida conjugal e com escolaridade ensino Fundamental que a aids (estímulo 1) como uma doença **incurável e perigosa**, que se deve ter **cuidado** e pode ser transmitida pelo **parceiro**.

Esse mesmo grupo representa o 2º estímulo (homem e aids) como uma **doença transmissível**, que se deve fazer **exames**, ter **cuidado**, e prevenir-se com o uso da **camisinha**.

Em relação à mulher e aids (estímulo 3) existe uma representação de **sexo, transmissão** da doença e que em função disso deve-se ter **higiene** e fazer **exames**. Esse grupo se representa (estímulo 4) nesse contexto como **morte**.

No Fator 1 (F1-), lado negativo, à esquerda, encontram-se as mulheres com escolaridade Ensino Médio e com tempo de união estável de 6 a 10 anos que representam a aids (estímulo 1) como doença **transmissível** através do **sexo**. Fortemente em oposição ao grupo anteriormente descrito, essas mulheres destacam com intensidade um aspecto afetivo devastado pela aids, revela a dor da **traição** e como consequência **o desespero e o sofrimento**.

Sobre esse mesmo eixo, homem e aids (estímulo 2) são representados pela **promiscuidade, descuido, desconhecimento e tristeza** quando existe **amor**. Mais uma vez a afetividade é afetada e atribuída responsabilidade ao homem pelo transtorno da aids.

Quando é representada a mulher e a aids (estímulo 3), uma posição bastante diferenciada é assumida em relação ao homem e a aids. A mulher deve tomar **conhecimento**, para se **prevenir**, para não ser ameaçada de **morte**. Aqui a mulher tem uma representação sinistra da **morte** e se coloca como vítima do descuido e promiscuidade masculina quando há **desconhecimento** por parte de um dos dois.

Com relação ao estímulo 4 (você mesma), esse grupo se representa como **responsável**, que tem **saúde, amor e fé em Deus**. Percebe-se que, essas mulheres ancoram sua própria prevenção da aids a partir de atitudes responsáveis, na dimensão da afetividade e da religiosidade, no intuito de manter e promover a **saúde**.

No Fator 2 (F2+), positivo, acima do eixo F1, cor azul, encontra-se o grupo procedente de Salvador, com tempo de experiência conjugal entre 6 e 10 anos, que representa a aids (estímulo 1) unicamente como **traição**.

O estímulo 2 (homem e aids) é representado como algo **triste** e relacionado ao fato do homem ser **descarado** e que este precisa fazer **exame**, ter **cuidado** e deve usar **camisinha**.

Com relação ao estímulo 3 (mulher e aids), esse grupo representa como **triste, irresponsabilidade e promiscuidade**. Aqui a associação entre mulher e aids foi representada a partir da perspectiva do comportamento de risco do grupo. Isto é, observa-se a compreensão que mulher e aids é possível quando a mesma é irresponsável e tem conduta promíscua.

Para o estímulo 4 (você mesma) foram evocadas as representações: **exame e parceiro fixo, saúde e fé em Deus**. Esse grupo de pertença também apresenta representações distantes das possibilidades de contaminação por HIV/ aids. A alusão de invulnerabilidade foi observada na evocação da resposta **saúde** que é preservada pela realização de **exames**, pelo fato de terem **parceiro fixo**, além da invocação religiosa de que precisa ter **fé em Deus**.

Nesse mesmo eixo (F2-), posição inferior, negativo do fator, encontra-se o grupo mais jovem em experiência conjugal, com tempo de no máximo cinco anos de vida em comum e procedente do interior.

Com relação ao primeiro estímulo, a aids é representada como **preconceito, sofrimento, preocupação, perigo, descuido, prevenção**. As respostas desse estímulo encontram-se ancoradas em aspectos da vivência da aids, principalmente, em uma cidade do interior de médio porte onde o preconceito devido ao estigma persistente na sociedade em geral gera sofrimento sendo freqüente pelas dificuldades em se manter o anonimato com

relação à soropositividade para o HIV/ aids e em questões da susceptibilidade da doença que leva a **preocupação** e é determinada pelo **descuido**. A aids é tida por esse grupo como um **perigo** que exige **prevenção**.

O estímulo 2, homem e a aids, foi objetivado como **medo, traição, parceiro, descuido**. A representação simbólica da **traição** está indissociável ao comportamento do **parceiro** que leva ao **medo** da contaminação.

Com relação ao estímulo 3, mulher e aids, esse grupo de pertença o representa como **conhecimento e medo**, revela insegurança de um grupo que tem conhecimento sobre a doença e sente-se ameaçado.

A sua própria representação, estímulo 4 (Você mesma) é ancorada no contexto da aids a partir do **medo**, quando elas se sentem ameaçadas pela possibilidade de serem infectadas pelo vírus no caso da ocorrência de traição do parceiro.

4.2.2 Análise dos quadrantes

A partir da apresentação gráfica (Gráfico1), pode-se também fazer uma leitura diagonal das intercessões dos eixos fatoriais (F1 e F2) que formam quatro quadrantes. A figura 2 a seguir evidencia as disposições das intercessões, ou seja, as variáveis de opinião que são comuns entre os grupos que se conformam.

No quadrante Q1, extremidade superior à esquerda, encontra-se a intercessão do grupo de Salvador, ensino médio e com tempo de união estável entre 6 a 10 anos. Para as participantes com essas características, a aids é representada como **traição** para Salvador (6/9)², ensino médio (6/8) e união estável (6/9). A resposta **triste** é evocada com relação ao estímulo homem e aids para Salvador (8/8), ensino médio (5/8) e união estável (5/8). A representação que existe sobre si mesma como **saudável** é para Salvador (9/13), ensino médio (7/13) e 6 a 10 anos de união estável (7/13). Esse grupo revela também **fé em Deus** sendo Salvador (8/11), ensino médio (7/11) e 6 a 10 anos de união estável (7/11).

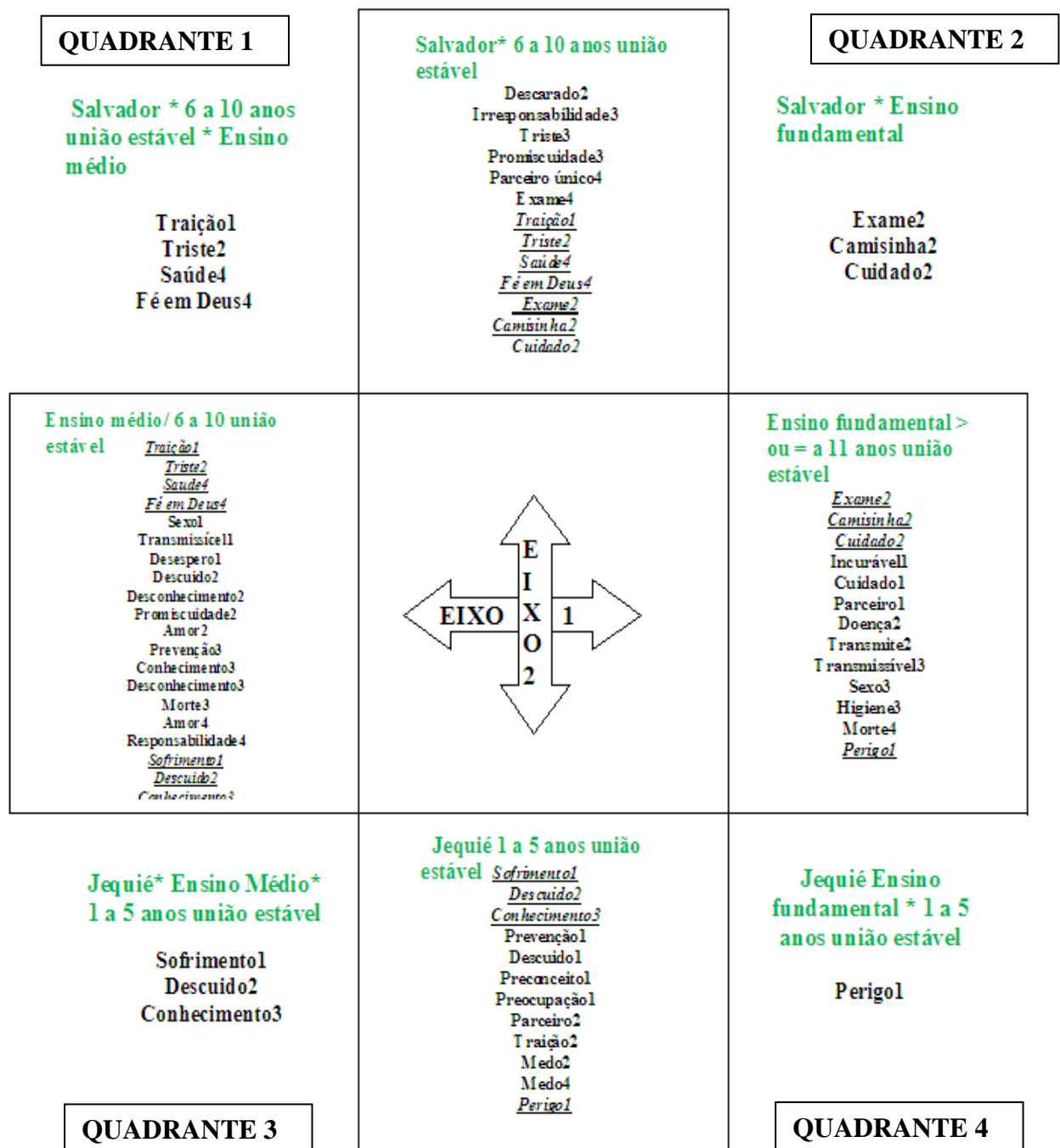
No quadrante Q4, extremidade inferior à direita, em oposição ao grupo anterior, encontra-se o grupo de Jequié ensino fundamental com experiência conjugal de 1 a 5 anos que

² Os valores em parênteses referem-se à frequência de respostas parciais e totais do estímulo em questão com relação a uma categoria (procedência/ escolaridade/ tempo de união estável. Neste caso o total de respostas relativas à traição (estímulo 1) foram 9, sendo que 6 foram evocadas pelo grupo de Salvador. Conferir valores na tabela 1(APÊNDICE E).

responderam unicamente ao estímulo 1 (aids) como **perigo** (Jequié, 15/23), (Ensino Fundamental 16/23) e (experiência conjugal de 1 a 5 anos 11/23).

Na construção da segunda diagonal são analisados os quadrantes dois e três. No quadrante 2, encontra-se o grupo de Salvador com ensino fundamental cujas respectivas respostas para homem e aids são: **exame** (11/14), (10/14); **camisinha** (26/47), (29/47) e **cuidado** (32/52), (34/52).

FIGURA 2 - Disposição das variáveis sócio-demográficas e de opinião e intercessões entre os fatores F1 e F2.



Em oposição ao Q2 encontra-se o Q3 composto pelo grupo de Jequié com ensino fundamental e experiência conjugal de 1 a 5 anos, com as respectivas repostas: para o estímulo 2 foi evocado o **descuido** (12/20) (15/20), (11/20) e para o estímulo 3 a resposta **conhecimento** (7/11), (10/11) (7/11).

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS A PARTIR DA AFC E DAS ENTREVISTAS

A discussão dos resultados deste estudo procura entrelaçar as representações apreendidas a partir do grupo em seu contexto relacional na tentativa de compreender a prática discursiva do grupo historicamente situado.

Parte-se do entendimento de que as representações que os sujeitos exprimem não são desencarnadas. Dito de outra maneira, os significados são construídos, moldados e retocados dentro de uma dinâmica rede de relações interpessoais em contexto de pertença social.

Abaixo segue a análise por fator. O eixo F1 + e F1 – ilustra as implicações do tempo de união estável e da escolaridade no campo de significados da vulnerabilidade ao HIV/ aids e o eixo F2 + e F2 – esboça efeitos da procedência e tempo de união estável na arena de significação, conformando oposições significativas entre as representações dos grupos que se dispõem na parte positiva e na parte negativa de cada um desses dois eixos. Essas oposições, por sua vez, confirmam o entendimento de que as representações sociais têm relação direta com o grupo de pertencimento e com o contexto no qual este grupo se insere.

4.3.1 Fator 1: Implicações do tempo de união heterossexual estável e escolaridade nas representações sociais de mulheres sobre a vulnerabilidade ao hiv/ aids.

Observa-se que o grupo com maior tempo de casamento e menor escolaridade (F1 +), tem conhecimento do caráter **incurável** e transmissível da aids, da necessidade de se ter **cuidado**. Esse grupo de pertença mostra suas representações sobre homem e aids atreladas ao conhecimento científico que vem sendo divulgado no contexto social e demonstra estar afastado dessa realidade ao ponto que não transversaliza suas representações com opiniões, sentimentos e emoções próprios.

A representação do grupo de pertença acima descrito remetem a idéias divulgadas pela mídia e por profissionais de saúde que, de um modo geral, tem enfatizado o **cuidado** como estratégia de evitar a aids. Embora, o **cuidado** tenha sido evocado por este grupo de entrevistadas, a pouca escolaridade e maior tempo de casamento podem interferir na adoção de práticas preventivas.

As entrevistas realizadas com essas mulheres elucidam-nos a evocação da palavra **exames** ao estímulo 3, elas expõem a compreensão de que tanto a mulher quanto o homem devem realizar exames periódicos e de que estes últimos são mais resistentes ao acesso aos serviços de saúde e a realização de exames.

O fato dos homens buscarem menos os serviços de saúde em relação às mulheres é, freqüentemente, evidenciado em estudos. A esse respeito, Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 569) relatam que

Ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

As entrevistadas, por vezes, denotam que a detecção da infecção pelo HIV pode ser feita em exames inespecíficos ou até mesmo durante a realização do exame citopatológico do colo do útero. Tal fato remete-nos a possível influência que a escolaridade tem sobre o universo de significações e também a forma como as(os) profissionais de saúde atuam no repasse de informações.

Evidenciam, ainda, papéis de gênero em suas respostas: a responsabilidade com a **higiene do sexo** cabe ao feminino, enquanto ao homem é atribuída a responsabilidade do uso da **camisinha**. Essas representações estão imbricadas por idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres construídas socialmente (SCOTT, 1999).

Com relação a si mesma no contexto da aids, as mulheres objetivaram a **morte**, o que denota afastamento real com relação à aids, já que a **morte** é, normalmente, percebida como algo distante. A aids aparece como uma ameaça muito remota, mas não impossível:

Eu não [...] Eu não posso dizer que um dia eu não posso pegar porque um dia porque de repente a gente toma sangue, uma transfusão de sangue e ai?" (Salvador, Ens fund incompleto, 11 anos união estável).

Efetivamente, o grupo não se representa como vulnerável à infecção pelo vírus HIV/ aids por via sexual o que pode ser reafirmado trecho abaixo, quando foi inquirida a possibilidade de adquirir aids:

Eu não, não gosto nem de ouvir falar nessa doença, é muito grave. Eu mesma só tenho meu parceiro.” (Salvador, Ens. fund incompleto, 12 anos união estável).

Em uma análise geral, diante da epidemia da aids, essas mulheres consideram-se isentas, a ponto de não questionarem ou pensarem na sua própria vulnerabilidade no seu dia-a-dia, uma vez que suas representações denotam reprodução passiva do conhecimento veiculado pela mídia e pelas instituições relacionadas à prevenção.

Suas representações abstraem o conhecimento científico epidemiológico sobre a aids, entretanto, no momento em que, se integram as suas experiências e valores tornam-se pouco significativas para si própria. Nesse sentido, Tura (2005) argumenta que os programas de prevenção não devem seguir uma lógica geral, ou seja, direcionada a toda a população e que a dificuldade na elaboração e implementação advém do fato de que se necessita considerar as diferenças sócio-culturais dos grupos.

Contrapondo o grupo descrito acima, as mulheres com escolaridade ensino médio e tempo de união intermediário (F1-) apresentam em suas representações além da visão pragmática, biológica e normativa do conhecimento científico sobre a aids, uma ênfase nos aspectos afetivos demonstrando talvez um maior envolvimento nessa questão.

Ao ancorar a aids em distúrbios psicoafetivos, as mulheres com maior escolaridade expressam maior aproximação no contexto da epidemia. Apontam também o caráter **transmissível** da aids e o **sexo** como via de transmissão, ancorados na dimensão biológica.

As evocações desse grupo expressam a dor da **traição**, o **desespero** e o **sofrimento**. Há preponderantemente, em suas representações, uma relação factícia entre a aids e a quem ela acomete, relacionada a comportamentos individuais que explica a contaminação: **traição, descuido, promiscuidade, desconhecimento**.

Ao objetivarem homem e aids como **desconhecimento e descuido**, demonstram apropriação do discurso científico. Entretanto, a objetivação da **promiscuidade** masculina quando se pensa em homem e aids relaciona-se ao processo de figuração em que comportamentos, modos de vida concretizam a doença e permitem visualizar o indivíduo com aids, dar sentido e explicar o fenômeno social (VALA; MONTEIRO, 2006).

Na concepção deste grupo, a vulnerabilidade de homens e mulheres à aids relaciona-se, sobremaneira, com o nível de **(des) conhecimento**. Por outro lado, quando estimuladas a se posicionarem no contexto da aids, ancoram sua própria prevenção a partir de atitudes responsáveis, na dimensão da afetividade (do **amor** enquanto valor cultural) e da religiosidade. Tal fato talvez não seja indicativo de uma representação de auto-

vulnerabilidade, entretanto, representa um avanço, uma vez que, mesmo com pouco envolvimento se questionam no contexto da epidemia.

Nessa perspectiva, esse grupo com maior nível de escolaridade revela-se vulnerável a transmissão, por fazer prevalecer seus afetos de **amor** (quando pensa em si mesma e no parceiro) no casamento. O **amor** é “*um sentimento de uma pessoa que se dirige a uma outra pessoa precisa e faz a primeira desejar receber da segunda e de lhe dar prazeres sexuais (se trata-se de adultos), ternura, admiração, cooperação, compreensão, proteção ou pelo menos várias destas satisfações*” (DORON; PAROT, 1991, p. 31).

A concepção do amor romântico no exercício da sexualidade pressupõe entrega ao outro e para Maia, Guilhem e Freitas (2008) essa representação faz com que o casal abandone práticas sexuais seguras, como o uso do preservativo e com que as mulheres, em especial, acreditem estar protegidas.

Sobre a influência da representação do amor e dos papéis de gênero no relacionamento entre os casais, e, conseqüentemente, na vulnerabilidade desses ao HIV/ aids, Kerr-Pontes et al. (2004) destaca falas de uma entrevistada casada de 23 anos que expressa: "Se meu marido tem [relações sexuais com] uma outra mulher [...] com ela é só sexo. Com sua esposa em casa, ele está fazendo amor. É por isso que eu acho que é diferente”.

A autora citada acima acrescenta, ainda, que a crença de que a natureza do sexo masculino requer vários parceiros e que o marido tem, portanto, necessidades atendidas fora do ambiente familiar não é incomum, permite a esta mulher se preocupar menos com essa situação, a fim de evitar transformar uma ação socialmente prevalente em um conflito pessoal.

Em suma, diferenças se configuram na representação da vulnerabilidade ao HIV/ aids entre os dois grupos (F1+) (F1-). Observa-se, que as mulheres com menor escolaridade e maior tempo de união heterossexual estável reproduzem o conhecimento veiculado pelas campanhas publicitárias de prevenção de forma normativa, com pouco envolvimento na questão, ao passo, as representações de mulheres com maior escolaridade e menor tempo de experiência conjugal são permeadas por questões de ordem afetiva em função da preponderância do amor pelo parceiro.

4.3.2 Fator 2: Implicações da procedência e do tempo de união Heterossexual estável nas representações de mulheres sobre a vulnerabilidade ao hiv/ aids.

Um dos questionamentos que nos levou a realizar esta investigação foi sobre as semelhanças ou diferenças em relação à representação social de mulheres procedentes da

capital e do interior. Esse estudo demonstrou que se dispuseram em pólos opostos no gráfico1: as mulheres do interior e as da capital e suas respectivas representações. O afastamento que se configurou foi acentuado pelo tempo de união heterossexual das mesmas.

O grupo procedente da capital e com tempo de experiência conjugal entre 6 e 10 anos (F2+) representa a vulnerabilidade ao HIV/ aids pela **traição**. A representação de homem e aids é relacionada à sexualidade “descontrolada” do homem. Tal representação demonstra que a maneira como a sexualidade masculina vem sendo construída sustenta a convicção, por parte dessas mulheres, de que os homens são infiéis por natureza e tem sexualidade expressa de maneira mais intensa que a da mulher (GUERRIERO, AYRES, HEARST, 2002). Gomes e Nascimento (2006, p. 905) assinalam também que “a sexualidade masculina vista como infectante também se expressa pela relação dos homens com a prostituição”.

A mulher e aids foi representada pelo grupo de Salvador com 6 a 10 anos a partir da abordagem de grupo de risco. A mulher que tem ou pode ter aids, para esse grupo, é **irresponsável** e tem comportamentos promíscuos. Essas mulheres apresentam, pois, representação dicotomizada com relação à mulher e à aids. Por um lado, ela se representa cuidadosa e precavida mantendo relações com “**parceiro único**”, atitude diametralmente oposta quando ela pensa na "outra" mulher que não ela, assumindo uma atitude acusativa de "**promiscuidade**", “**irresponsabilidade**” e de condição degradantemente "**triste**".

A construção das representações pelo grupo de mulheres com tempo intermediário de casamento (6 a 10 anos) e procedente de Salvador sobre a vulnerabilidade ao HIV/ aids evidenciou a influência de constructos machistas e patriarcais em que a mulher associa sexo ao casamento como modelo social. Em estudo realizado por Giacomozzi e Camargo (2004), verifica-se que a mulher relaciona o fato de ser casada e ter parceria fixa com a proteção contra a aids.

Santos (2009) chama atenção que ao contrário do que circula no imaginário social, as mulheres soropositivas para o HIV não apresentam um número de parceiros significativamente diferente com relação às mulheres soronegativas. Entretanto, a aids continua ser utilizada como recurso simbólico para exorcizar o medo, associando o flagelo aos desvios e transgressões morais (IRIART, 2003).

Ao se representarem na perspectiva que **tem parceria fixa** e **fé em Deus** situam-se relativamente distantes da infecção pelo HIV/ aids. De forma não esperada e aparentemente contraditória, o grupo da capital manifesta conservadorismo em suas representações, entretanto, isto pode ser explicado por serem mulheres com maior tempo de casamento quando comparada com o grupo que se encontra em oposição.

Por outro lado, o grupo com menor tempo de vida em comum e procedente do interior destaca aspectos do (con) viver com aids dentro do contexto de uma cidade do interior onde a pessoa com a referida doença experimenta **sofrimento** e **preconceito**. A **traição** permeia o imaginário social do grupo como possibilidade de determinar maior vulnerabilidade quando há “**descuido**” do parceiro na prevenção. A prevenção a que elas se referem é a utilização pelo parceiro do preservativo nas relações extraconjugais. Como não possuem controle dessa situação, elas representam a mulher e a si própria no contexto da aids como **medo**, demonstrando passividade com relação a sua proteção individual, ao passo, que conferem maior importância ao papel social de esposa, cujas práticas sexuais encontram-se submissas ao homem, com função primordial de satisfação das necessidades sexuais do parceiro.

As seguintes falas também ilustram esta situação:

Eu não uso camisinha, só tomo anticoncepcional. Meu marido diz: para que camisinha? E eu para satisfazer a vontade dele não uso. (Jequié, ens. médio completo, 05 anos união estável).

O marido fala que você está usando remédio e então para que usar a camisinha, porque usar camisinha é chato. E o medo maior do casal é engravidar. Com o parceiro você pode até abrir mão, para satisfazer a vontade do parceiro a gente faz [...]Se eu não tivesse meu esposo e fosse ter relação com qualquer outro homem, não importa quem seja, com certeza, eu só transaria com camisinha. (Jequié, ens. médio completo, 05 anos união estável).

Corroborando com a assertiva acima, Diniz (2001) em um documento de consultoria destinado a subsidiar diretrizes para prevenção de DST/ aids em mulheres com enfoque de gênero pontua que “*decorrentes de todas as expectativas de gênero que vão contra uma postura mais auto-protetora, temos um contexto social pouco acolhedor das necessidades das mulheres e potencialmente discriminatório*”

A palavra **traição** apreendida no discurso de mulheres com menor tempo de casamento e de Jequié não se reverte para ações de prevenção por questões como relações de gênero, dependência financeira da mulher ao parceiro, o que pode ser evidenciado na fala abaixo relacionada ao casamento:

Eles (os homens) têm que trabalhar para botar a comida dentro de casa.

Eles não deixam a gente trabalhar, só eles podem chegar a hora que quer em casa. Para as mulheres é bom, saem das casas dos pais, não dependem de pai mais mãe. A gente tem nossa casa (Jequié, 18 anos, ens. fundamental, 02 anos união estável).

Vala (2006) reflete sobre esses aspectos e afirma que as categorias sociais, como gênero, são vistas como naturalizadas, encontram-se reificadas e, conseqüentemente, são operativas e resistentes a mudança. O contexto social no qual se insere as desigualdades de gênero, em termos culturais, sociais e econômicos, permeia a construção das representações sociais em um movimento de mão dupla ao passo que uma determina a outra.

Em estudo sobre o significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados, Silva (2002) aponta que parece ser mais efetivo valorizar e enfatizar o uso do preservativo nas relações fora do relacionamento do que suscitar dúvidas quanto à confiança na esposa, uma vez que, o preservativo é muito associado à prevenção de doenças e às relações extraconjugais, que se limitam ao sexo.

Diferentemente dos achados de estudo realizado por Giacomozzi e Camargo (2004) no qual embora mulheres associassem ao universo masculino o fato de terem mais tendências a trair e a ter múltiplas parcerias, posicionavam o seu marido em posição distinta dos demais, esse grupo se coloca assim:

Nós não usamos (preservativo). Ele trabalha com sons, quando ele viaja falo com ele para usar com as outras mulheres. Ele usa, já peguei na carteira dele a camisinha. Eu sou fiel, mas homem apronta, a gente não pode fazer nada. Então, eu falo com ele, se você pegar outra você usa. Se eu quero usar camisinha ele briga comigo, ele diz que estou com nojo dele. (Jequié, ensino fundamental, 04 união estável).

O discurso desse grupo de pertença reproduz o conhecimento sobre a prevenção da aids e o reconstrói com base em situações vivenciadas no cotidiano de suas relações. Assim, como não detêm meios suficientes para negociar o sexo seguro com seu esposo, dadas principalmente, as questões de gênero e classe (vulnerabilidade social) parecem caminhar na direção do encorajamento do parceiro na utilização do preservativo nas relações extraconjugais, ao passo, que garantem fidelidade ao mesmo.

Em suma, as mulheres de Jequié, cujo grupo situa-se no (F2 -) sentem-se inseguras e assumem posição acusativa do **parceiro** acerca da **traição**, revelando o **medo** do contágio, já que não detêm mecanismos eficazes para sua prevenção efetiva. Este grupo, portanto, evidencia uma atitude de submissão ao **parceiro**, mesmo que seja ele o portador do seu **medo** em relação à infecção pelo HIV/aids. Em psicologia, **medo** corresponde a “uma emoção desencadeada por uma estimulação que tem o valor de perigo para o organismo que reduz suas defesas gerando condutas de fuga ou de imobilismo” (DORON; PAROT, 1991, p. 515).

4.4 OS DESENHOS E AS ENTREVISTAS REVELANDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Os textos dos desenhos-estória com tema e das entrevistas foram analisados a partir da constituição do corpus e leitura exaustiva. As unidades de registro foram recortadas e em seguida, realizou-se a classificação destas segundo as semelhanças semânticas – processo de categorização. Foram apreendidas as categorias: (in) vulnerabilidades ao HIV/ AIDS ancoradas na (in) fidelidade do parceiro; a convivência com o HIV/ aids no casamento ancorada nos transtornos psicoafetivos e a religiosidade e a aids.

Na organização dos dados, alguns desenhos não foram selecionados para ilustrar as categorias identificadas, uma vez que, eles contêm elementos que contemplam mais de uma categoria, contrariando uma regra do processo de categorização na análise de conteúdo – exclusão mútua, ou seja, cada elemento deve existir em apenas uma única categoria para evitar ambigüidades (RODRIGUES, LEOPARDI, 1999).

4.4.1 Categoria: (In) vulnerabilidades ao HIV/ AIDS ancoradas na (in) fidelidade do parceiro

O discurso das entrevistas juntamente com o desenho-estória com tema evidenciou a (in) fidelidade do parceiro como possibilidades de favorecer a contaminação pelo HIV/ aids de pessoas em união conjugal estável. A traição é abordada pelos grupos procedentes de Salvador e Jequié, entretanto, apresenta algumas peculiaridades vinculadas ao contexto de vida de cada grupo.

Nas expressões gráficas das mulheres provenientes do interior, a casa aparece em 50% dos desenhos, enquanto que, para as mulheres da capital não houve ocorrências para essa insígnia nos desenhos.

Grubtis (2003) argumenta que desenhos e pinturas de ‘casa’ têm significados e representações relacionados à cultura, à sociedade, a vida e tradição familiar e à identidade. Neste sentido o referido autor assinala que:

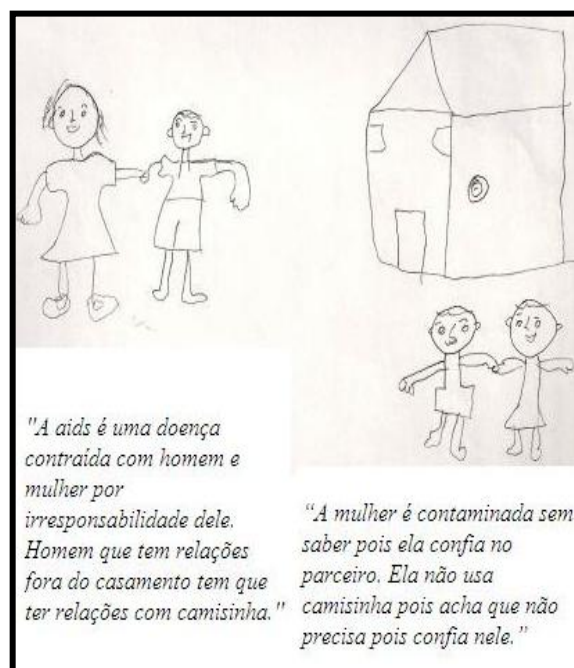
a casa é o símbolo de todas as "peles" sucessivas que nos envolvem - o seio materno, corpos, família, universo - e que vão se encaixando e modelando. Assim, desenhar uma casa é evocar o último ego que reside mais fundo, assim como suas relações com todos seus envelopes; é revelar as modalidades de sua pertença no mundo (GRUBTIS, 2003 p.97).

Nos desenhos de Jequié, a casa parece aludir ao privado, local em que a mulher se sente segura. Em contraposição, a rua também é demonstrada graficamente e explicitada nos textos das estórias como o lugar de onde vem à ameaça, espaço público em que o homem ser instintivo, dotado do livre exercício da sexualidade aparece como o responsável pelo transtorno da doença.



Desenho 1

(Jequié, Ens. Médio, 06 anos união estável)



Desenho 2

(Jequié, ens. Fundamental, 12 anos união estável)

Ao objetivar a (in) vulnerabilidade à aids na (in) fidelidade do parceiros (desenhos 1 e 2), as participantes deste estudo, situam as mulheres casadas de forma vitimizada enfatizando que nada podem fazer para evitar uma possível contaminação pelo HIV quando o parceiro possui relações extraconjugais e culpabilizam o homem pela inserção da aids no contexto do “casamento”. A utilização da camisinha, ou seja, do preservativo masculino nas relações extraconjugais dos parceiros foi também enfatizada pelas mulheres, como forma de prevenção da infecção pelo HIV/ aids tanto nas estórias dos desenhos como nas entrevistas:

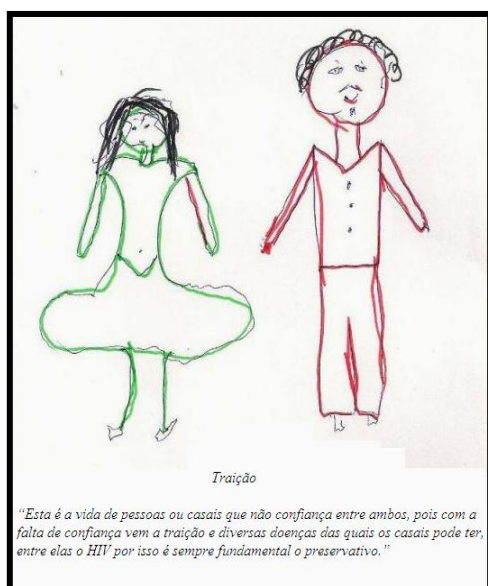
a gente às vezes não quer usar [o preservativo] porque é marido, já tem aquele tempo, mas a gente não sabe se ele trai se ele pega outras mulheres na rua, se usa camisinha.” (Jequié, ens fundamental, 04 anos união estável)

O uso do preservativo é, na maioria das vezes, descartado pelos casais que vivem juntos, uma vez que, seu uso é considerado indesejado nas relações estáveis que “já tem

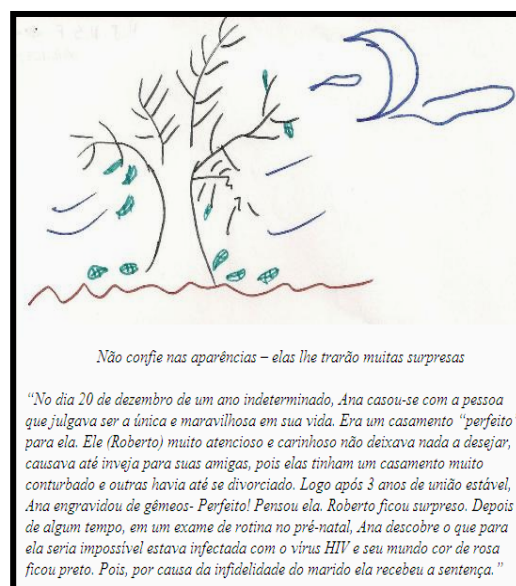
aquele tempo”. Entretanto, as mulheres apontam a traição como um aspecto que pode as deixá-las vulneráveis e assinalam que pode haver “descuido” do parceiro no uso do condom nas relações extraconjugais.

As mulheres de Salvador expressam a traição e alertam ainda, através dos desenhos-estória tema (3,4) para a necessidade de prevenção, do uso do preservativo dentro dos relacionamentos estáveis e demonstram conhecimento de que a confiança no parceiro determina, por vezes, uma situação de maior vulnerabilidade às ISTs/aids.

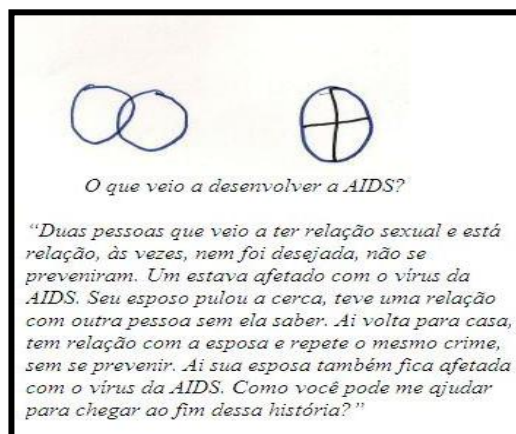
Entretanto, a representação social de que a infidelidade do parceiro aumenta a vulnerabilidade das mulheres em união heterossexual não garante uma mudança automática das práticas por parte destas no que diz respeito à prevenção, uma vez que, as representações orientam comportamentos/ prática dentro de um contexto amplo onde coexistem forças sinérgicas e antagônicas.



Desenho 3
(Salvador, Ens. Fund, 03 anos união estável)



Desenho 4
(Salvador, Ens. Méd, 05 anos união estável)



Desenho 5 (Salvador, Ens. Fund, 19 anos união estável)

A partir da análise gráfica dos desenhos (3, 4 e 5) evidenciou-se uma relação entre a traição no casamento e, respectivamente, poucos vínculos entre os casais; uma árvore simbolizando um casamento sem raízes e uma aliança com um desenho ao lado que remete a um aprisionamento no vazio.

Tais achados corroboram com a associação entre o desgaste da relação e a traição do parceiro assinalada por Souza e Alvarenga (2001, p. 25): “A infidelidade masculina [...] acaba sendo o caminho pelo qual as mulheres percebem a relação se deteriorando [...]. Como forma típica de violência de gênero relaciona o fato à quebra da solidariedade entre os pares e um conjunto de valores cultivados pelo grupo a que pertencem”.

O relato do desenho 4 é enfático sobre o fato de que a confiança no parceiro distância às possibilidades de prevenção de ISTs/aids pelas mulheres em união conjugal esta poderá ser a gênese de uma representação que no futuro será um mecanismo eficaz que orientará estratégias de prevenção das IST/ aids no “casamento”.

O conhecimento sobre a necessidade de prevenção sexual não se traduz imediatamente em mudanças de práticas no sentido de conter a disseminação da aids, uma vez que o contexto onde permeiam as decisões das mulheres em união conjugal conduz a dificuldades – vulnerabilidade social. Outras questões centrais referentes à vulnerabilidade social e econômica se atrelam à vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, são relevantes a situação sócio-econômica, as relações de gênero, os valores culturais e outros, pois, favorecem o acesso das mulheres casadas às condições capazes de gerar novos posicionamentos.

Estudo realizado por Costa (2008) sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras ao HIV/aids apontou que as mulheres negras tem menor poder de negociação da inserção do preservativo na relação, decorrentes de uma acumulação de vulnerabilidades de gênero e situação sócio-econômica, obrigando-as à tolerar situações em que situações de empoderamento, ou seja de menor vulnerabilidades, não tolerariam.

Costa (2008) alerta que não se pode deixar de considerar, em uma análise sob a perspectiva de gênero que as possibilidades e entraves que o homem e a mulher possuem para implantar medidas de prevenção são diferentes, pois para as mulheres não existem medidas realmente eficazes, uma vez que o preservativo, mesmo quando usados por elas presume sempre alguma forma de negociação entre homens e mulheres, inclusive entre os casais em união estável.

Os valores, as questões de gênero, a (in) segurança afetiva e/ou material, a baixa auto-estima concorrem para dificuldades na negociação do uso do preservativo (masculino ou

feminino) ou do sexo não penetrativo, interferindo assim na prevenção da aids. Soma-se a isso que durante o período reprodutivo nem sempre o casal deseja realizar sexo seguro, já que implica em não conceber (PAIVA, 2000).

Ao analisar as falas expressas verbalmente pelas entrevistadas, a representação da vulnerabilidade da mulher em união conjugal ancorada na não utilização do preservativo também se fez presente: *“existe vários homens que às vezes não aceita que a mulher usa camisinha e acaba matando uma vida, já estão contaminados e eles nem sabem e às vezes, acaba trazendo doença pra casa e acaba infectando a família.”* (Jequié, 34 anos, ensino médio, 10 anos união estável).

Fortemente atrelada a essa concepção, algumas características específicas de identidades de gênero se mostram – o homem instintivo e a mulher emocional, uma presa fácil foram observada nos discursos:

o homem, assim, ele é mais irracional, não pensa, eles agem pelo impulso e tem muitas mulheres que deixam ser envolvidas por eles e acabam se contaminando. Às vezes eles realmente não gostam de preservativos, tem homem que quer ter relação sem preservativo e, às vezes, as mulheres acham que tomando anticoncepcional elas já estão protegidas para não ter filhos, mas elas não sabe que isso não protege à aids. Temos que prevenir (Jequié, ensino médio, 10 anos união estável).

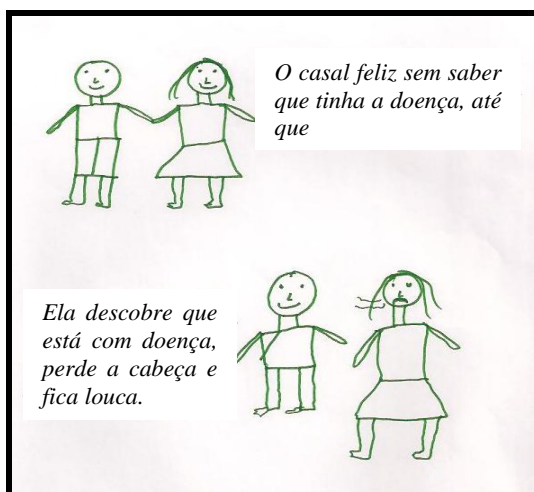
Por fim, considerando os elementos que concorreram para definição da presente categoria, mesmo que este não tenha se configurado a priori como objetivo da pesquisa, observa-se que a traição é evocada e traduzida de maneira distinta entre as mulheres de Jequié e de Salvador. Para as primeiras, a traição, por si só, não parece influenciar na união do casal e o uso do preservativo pelos seus parceiros é esperado não relações extramaritais. Contudo, o segundo grupo refere uma deterioração do casamento em função da traição. Tal fato é indicativo da existência de diferentes concepções sociais acerca do casamento e fatores contextuais imbricados entre os dois grupos estudados.

4.4.2 Categoria: A convivência com o HIV/ aids no casamento ancorada nos transtornos psicoafetivos

O relato das histórias revelou a objetivação da convivência com a aids no casamento como tristeza, sofrimento, desespero, destruição da família e como preconceito, representações hegemônica da aids.

Desde o início da epidemia a aids carrega representações com componentes enraizados nos símbolos de sofrimento psíquico. A frase repetida pela mídia “aids mata” foi amplamente divulgada nas duas primeiras décadas da epidemia. Assim, o diagnóstico de HIV/ aids continua sendo considerado mesmo nos dias atuais como uma sentença de morte, apesar dos avanços da medicina.

Os desenhos-estória tema 6 e 7 exprimem respectivamente o desespero ao receber o diagnóstico e a impotência na convivência com a doença relacionada ao preconceito e a morte. Na análise gráfica destes desenhos, verifica-se rompimentos de ligação, vínculos entre os casais (desenho 6) membros superiores ausentes (desenho 7) e aumento da distância entre o casal o que ratifica a representação da consequência do diagnóstico da aids pelo casal: desunião, distanciamento em relação ao mundo exterior, desespero, falta de perspectivas, destruição familiar, quebra de laços e vínculos.



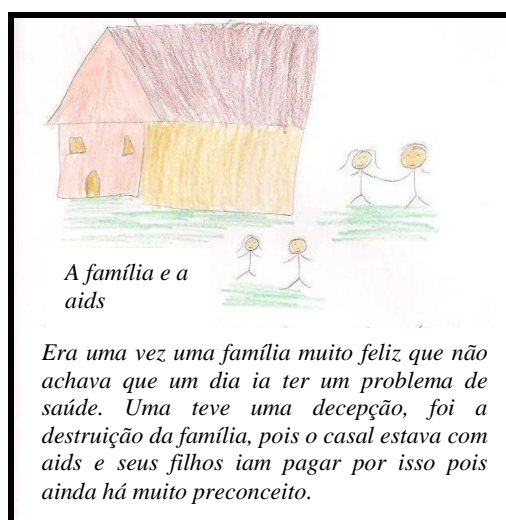
Desenho 6 (Jequié)

(Ens Fundamental, 06 anos união estável)



Desenho 7 (Jequié)

(Ens Fundamental, 03 anos união estável)



Desenho 8 (Jequié, Ens. Médio, 03 anos união estável)

O viver com aids foi retratado pelas mulheres como uma interdição, na medida em que coloca o indivíduo diante de limitações e impossibilidades. Ao objetivar a vida de casais com aids, remetem a um grande sofrimento psíquico que envolve várias perdas, principalmente em termos das relações afetivas e sexuais.

Para Santos (2007), a pessoa com HIV/ aids, além do temor de doenças incapacitantes, convive com as denominadas mortes sociais ocasionadas pela discriminação, preconceito e isolamento do convívio familiar e/ou social, resultantes do forte estigma que ainda persiste na maioria das sociedades.

Assim, quando se trata da inserção da aids no casamento, as mulheres de Jequié, assumem posição distinta de quando pensam apenas na traição: evidenciam a separação entre os casais, o sofrimento gerado pelo preconceito e por restrições biológicas e sociais. Os grafismos produzidos pelas mulheres de Salvador demonstram, por sua vez, tristeza e desfiguramento corporal associado à solidão e o abandono e, também, o fim do casamento.



Desenho 9

(Salvador, Ens fund, 07 anos união estável)



Desenho 10

(Salvador, Ens Méd, 01 ano união estável)



Desenho 11

(Salvador, Ens Fund, 17 anos união estável)

4.4.3 Categoria: A religiosidade e a aids

Na análise dos dados do TALP, processados pela AFC, as diferenças de religião (evangélica, católica ou sem religião) não determinaram oposições nas representações expressas pelas participantes deste estudo. Entretanto, isso não significa que suas representações não sofrem influências das questões religiosas, isso pode ser evidenciado no desenho abaixo, uma vez que, no plano simbólico, igreja e casamento pressupõem fidelidade dos parceiros. Por sua vez, a aids está objetivada como sinônimo de morte – castigo para aqueles de condutas e comportamentos “desviantes” das normas religiosas (PERLONGER, 1987).

Representações da doença baseada em conceitos religiosos e morais tiveram princípio na idéia de que o pecado, a sexualidade “descontrolada” seriam a causa da aids. Assim, esta doença adquire uma função de deter comportamentos considerados socialmente “excessivos”, inclusive a infidelidade, o sexo fora do casamento. Embora, a infidelidade masculina seja algo aceito e naturalizado socialmente.

A partir da análise do desenho estória-tema 12, observa-se a ausência da representação da figura humana, prevalecendo normas de instituições religiosas e sociais. A **igreja**, o **casamento** e a **fidelidade** aparecem como alternativas para evitar a **aids**, a **morte**, entretanto, o texto do desenho aponta o conhecimento, por parte desta atriz social, de que sofre coerções culturais/ religiosas no exercício de sua sexualidade, conforme evidenciado no desenho abaixo:



Eu venho de uma tradição, minha família é evangélica, eu sou evangélica, eu tinha que casar virgem, já para o homem para o meu marido já não era assim. Então se eu hoje tomasse alguma atitude, tomasse alguma prevenção, tomar uma atitude a respeito a isso, eu já ia ser mal vista, tipo, se eu chegar pro meu marido e mandar ele usar camisinha, ai ele já vai me ver com maus olhos, então vai começar aquela discussão, por que? Você está me traindo? Ele nunca vai dizer que é ele que ta traindo, vai dizer que sou eu, então pesa muito isso. (Salvador, Evangélica, Ens Médio, 01 ano união estável)

Desenho 12

(Salvador, Evangélica, Ens Médio, 01 ano união estável)

O comportamento humano e a prevenção da aids estão fortemente enraizados em fatores sociais, culturais e econômicos que estabelecem normas para o exercício da sexualidade. Estas normas, no entanto, são distintas para homens e mulheres. Ainda hoje, as

mulheres, em especial, sofrem interdições e limitações no exercício de sua sexualidade e também na adoção de medidas de proteção de sua própria saúde.

O discurso religioso, portanto, apresenta-se como um dispositivo regulador da sexualidade da mulher em posição antagônica ao discurso dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (WHO, 2006). A religiosidade implica em desafios para o fortalecimento da laicidade do Estado e no combate a epidemia do HIV/Aids.

Santos (2007) destaca ainda que apesar do protestantismo aceitar o uso de métodos contraceptivos não abortivos, dentre esses os preservativos entre os casais, a abstinência sexual e a fidelidade conjugal são eleitas como medidas prioritárias. No entanto, a aceitabilidade maior é justificada para evitar gravidez, sendo a prevenção de IST algo desconsiderado, uma vez que, casamento pressupõe fidelidade, principalmente, por parte da mulher. Com relação à igreja católica, esta se opõe fortemente ao uso de preservativos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de uma inserção social problemática (vulnerabilidade social), das desigualdades nas relações de gênero, as participantes do presente estudo se caracterizam por serem casadas e moradoras do interior e da capital da Bahia. Diferenças nas características sócio-demográficas como tempo de união estável, procedência e escolaridade evidenciam oposições entre as representações sociais desse grupo sobre a vulnerabilidade ao HIV.

O presente estudo apresenta como limitação o fato que os resultados não são passíveis de generalização para outros locais onde se atende mulheres em união heterossexual estável, já que a produção de dados envolveu dois grupos de pertença em cenários historicamente e socialmente situados.

Os resultados revelaram que o tempo de união estável e nível de escolaridade constituem-se aspectos determinantes na construção das representações de vulnerabilidade ao HIV/ aids. As mulheres com maior experiência conjugal e com apenas nível básico de escolaridade constroem a crença de sua própria invulnerabilidade. Em oposição, as mulheres com nível médio de escolaridade e pouca experiência conjugal colocam em estado de alerta a sua vulnerabilidade por terem conhecimento da possibilidade de transmissão do HIV/ aids, pela inexistência de práticas sexuais seguras com o parceiro que supostamente, para elas, mantém relações extraconjugais.

As desiguais relações de gênero são manifestas na pesquisa atreladas à dependência econômica das mulheres em relação aos homens. Para o grupo de Jequié com menor tempo de união estável existe uma sujeição e passividade com relação à explícita traição do parceiro, que mantém as mulheres emudecidas pelo medo duplicado: de sua própria vulnerabilidade e da perda da relação conjugal. Já o grupo de Salvador, enfatiza sua prática monogâmica e não promiscua, e defende-se da transmissão pela traição do parceiro único invocando a religião, embora não aparente submissão ao parceiro na relação conjugal como no grupo de Jequié.

Apesar dos avanços no entendimento da susceptibilidade à infecção pelo HIV/ aids, vislumbrado a partir do conceito de vulnerabilidade, não foram apreendidas representações, ancoradas na vulnerabilidade social e programática. No imaginário social das participantes da pesquisa, a aids continua ligada a determinados grupos e as questões de gênero aparecem naturalizadas, em suas representações.

Dentro dos grupos estudados se configuraram diferenças e semelhanças nas representações sobre a vulnerabilidade à aids demonstrando o quanto as representações

sociais são dinâmicas, uma vez que, estão circunscritas em contextos histórico-sociais inacabados e processuais. Nesse sentido, esta pesquisa evidenciou mudanças nas representações sociais sobre a aids e a vulnerabilidade a esse agravo, considerando o estado de alerta das mulheres quando enfatizam a traição masculina e a confiança no parceiro como algo que as deixam mais vulneráveis a infecção pelo HIV.

Os resultados do estudo desvelaram ainda conteúdos representacionais na esfera da prevenção e do cuidado e, também, aspectos simbólicos hegemônicos da aids. A vulnerabilidade principalmente para o grupo com menor escolaridade e maior tempo de união consensual estável, continua atrelada a noção de grupos de risco, a partir da relação entre aids e comportamentos considerados “ímorais”.

O estudo revelou, portanto, representações sociais que obstaculizam e/ ou facilitam as práticas de prevenção da aids. Dessa forma, torna-se importante através de trabalhos educativos, valorizar ou desencorajar tais representações considerando os fatores contextuais imbricados.

Ao analisar essas representações, sob uma perspectiva de gênero, salienta-se a necessidade de articular ações intersetoriais para não apenas aumentar a compreensão da vulnerabilidade ao HIV/ aids entre as mulheres casadas, mas para, principalmente, favorecer condições econômicas, sociais e políticas para superar as desigualdades dessas mulheres.

Nesse sentido, ressalta-se a relevância de problematizar e desnaturalizar as desigualdades vivenciadas pelas mulheres em união conjugal estável. Esse direcionamento pode ser dado pelas (os) profissionais de saúde, em especial, na rede básica de saúde durante consultas e oficinas, a fim de suscitar e provocar reflexões sobre as implicações das questões de gênero, bem como, classe social e raça na prevenção de HIV/aids nos relacionamentos estáveis e, de forma mais ampla, no pleno exercício da sexualidade.

Os profissionais de saúde, em particular, a equipe de enfermagem assumem papel importante na realização de trabalhos educativos junto com as mulheres a partir da disponibilização de informações que contribuam para dar visibilidade aos fatores que aumentam a vulnerabilidade da mulher em união conjugal à aids.

Salienta-se, contudo, que a problematização de coerções sociais, políticas, econômicas, religiosas e culturais que engendram e aproximam a mulher em união conjugal estável à aids não deve se restringir à saúde, merece ser discutida e valorizada também em outros campos, como a educação a fim de que possibilite mudanças efetivas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude (org). *Méthodes D'étude dês représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2003. p.59-80.

ABRIC, Jean-Claude. **O estudo experimental das representações sociais**. In: Jodelet, D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001

AYRES, José Ricardo Ayres, JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela; FILHO, Haraldo Saletti Filho. **Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de AIDS**. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. (orgs). *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34, 1999

ARAÚJO, Edna Maria de et al . Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2009. Epub 03-Abr-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000021.

BAHIA, **Boletim epidemiológico**, ano 1, nº2, agosto, 2009. Disponível em [www.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GTAIDS/ 2º dst_aids 2009.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GTAIDS/2º_dst_aids_2009.pdf)

BARBOSA, Regina Helena Simões. **AIDS e Saúde Reprodutiva: novos desafios**. In: Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker. (Orgs.) *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 281-296.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 2004.

BARROS, Airton Pereira do Rêgo Barros; COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão na adolescência e Representações Sociais**. In: COUTINHO, Maria da Penha Lima; SALDANHA, A. A.W. *Representação Sociais e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

BRASIL, **Boletim epidemiológico** – Aids e DST. Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Brasília, 2007

BRASIL, **Resposta +** : A experiência do programa brasileiro de AIDS. Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p.15-25, 1996.

CAROVANO, K. **More than Mothers and Whores: redefining the AIDS Prevention Needs of Women**. International Journal of Health Services, Volume 21, Number 1 p. 131-142, 1991.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. 216p

COSTA, Carla; LIMA, Maria Luiza. **O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA**. Psicologia. Orlas. ISSN 0874-2049. Vol. 12, nº , 1998, p 41-62

COSTA, Dera Carina Bastos, PAIVA, Mirian Santos. **Vulnerabilidade à infecção pelo HIV: representações sociais de mulheres negras e não negras**. Dissertação (mestrado em enfermagem). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2008.

DINIZ, Simone G. Gênero e prevenção das DST/ AIDS.[São Paulo]: **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, [2001]. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/relacoes_de_genero.doc>. Acesso em: jan. 2009

DI GIACOMO, J. **Technique D'analyse de données nominales**. Apontamentos para Métodos de Investigação. Lisboa: ISCTE, 1993

DORON, ROLAND; PAROT, FRANÇOISE. **Dictionnaire de Psychologie**. 1º edição. Paris: PUF, 1991.

DUVEEN, Gerard. **O poder das idéias**. In: MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.p.7-28

FARR, R. M. **Representações Sociais: a teoria e sua história**. In: Textos em Representações Sociais. P.Guareschi & S. Jovchelovitch, org. p. 31-59, 2.ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes,1995

GASKELL, George. **Entrevistas grupais e individuais**. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático; tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6º Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes,2007

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS**. In: Psicol. Teor. Prat. V.6 n.1 São Paulo, jun 2004

GIFFIN, Karen Mary. **Nosso corpo nos pertence**: a dialética do biológico e do social. In: GIFFIN, K.M.(Org) Cadernos de Saúde Pública, VII (2), abr/jun:190-200, 1991.

GOLDEMBERG, Miriam. **A arte de pesquisar**: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007 . Available from <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500003.

GRUBITS, Sonia. A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. spe, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2009. doi: 10.1590/S1413-73722003000300012.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo C.M; HEARST, Norman. **Masculinidade e Vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais**, São Paulo, SP. Revista de Saúde Pública, v. 36, nº 4 p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, K. **Nas raízes do silêncio**: A representação cultural da sexualidade feminina e a Prevenção do HIV/ AIDS. In: PARKER, R. G & GALVÃO, J. (orgs). Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA: IMS/ UERJ: Redume –Dumará, Coleção Histórica Social da Aids, nº 7, 1996.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Concepções e representações da saúde e da doença**. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA, 2003.

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

KERR-PONTES, Ligia Regina Sansigolo et al . Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100050&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100050.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. **Vulnerabilidade ao HIV/ AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável**. Revista Saúde Pública, v. 42, nº 2, p. 242- 248, 2008

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 25.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução pela Presses Universitaires de France. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____, **O fenômeno das representações sociais**. In: Representações sociais: investigações em psicologia social. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. cap.1, p. 29-109.

NÓBREGA, Sheva Maia. **Sobre a Teoria das Representações Sociais**. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. João Pessoa: Editora Universitária, p.55-87, 2001.

NÓBREGA, Sheva Maia; COUTINHO, Maria da Penha Lima. **O teste de associação livre de palavras**. In: M. P. L. Coutinho & A. S. Lima, F. B. Oliveira & M. L. Fortunato (Orgs.), Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Universitária 2003.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. 170 p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-14012002-170148/publico/TDE.pdf>. Acesso em: 07/2009.

RIBEIRO, Cristiane Galvão.; COUTINHO, Maria da Penha Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba **O atendimento e o tratamento no contexto da AIDS: Representações Sociais de Profissionais e Pacientes**. In: COUTINHO, Maria da Penha Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Representação Social e Práticas de Pesquisa. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo**. Uma versão para enfermeiras. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RODRIGUES, LARISSA SILVA DE ABREU; OLIVEIRA, MEIRA ZULMERINDA. **Planejamento familiar: um olhar de usuários**. Monografia de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2006

SALDANHA, Ana Alayde Werba; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro; COUTINHO, Maria da Penha Lima. **AIDS: Trajetória e Tendências da Epidemia: A Legitimação de um Universo Simbólico**. In: COUTINHO, Maria da Penha Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba *Representação Social e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

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. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 sup 2: S321-S333, 2009

SANTOS, Ninalva de Andrade. **Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/ aids**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2007

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. In: **Rev. Saúde Pública**, 36 (4 supl): 40-9, 2002

SILVA, Lucineide Santos. **Vulnerabilidade ao HIV/ aids de homens e mulheres de 50 a 59 anos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2008

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0104-12902001000200003.

SPINK, M. J. **As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde**. In: II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso Brasileiro de Saúde Pública. São Paulo: Mimeo, 1989, 13 p.

TURA, Luiz Fernando Rangel. **A aids:** repensando a prevenção. In: TURA, Luiz Fernando Rangel; Moreira, Antônia Silva Paredes. Saúde e Representações Sociais. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005

VALA, Jorge. **Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano.** In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta Monteiro. (Coord) Psicologia Social. 7ª Edição Editora: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006

WHO, World Health Organization. **Defining Sexual Health:** Report on technical consultation on sexual health 2002 (Sexual Health Document Series). Geneva, Switzerland, 2006.

APÊNDICE A - INFORMAÇÕES À COLABORADORA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Meu nome é Larissa Silva de Abreu Rodrigues, sou enfermeira e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou elaborando um Projeto de Pesquisa intitulado “**Representações Sociais de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids**”, tendo como orientadora a Profª Drª Mirian Santos Paiva. A pesquisa tem como objetivos: apreender as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids e comparar as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável que vivem na capital, com as representações sociais daquelas que vivem no interior, sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. Pretendo contar com a sua participação nesta pesquisa. Quero informá-la que sua colaboração é livre, seu nome não será revelado e você terá a liberdade de desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Caso aceite participar da pesquisa, peço sua permissão para gravar sua fala, o que muito ajudará na realização deste trabalho. Os resultados do estudo serão publicados em Congressos e em Revistas científicas e estarão também à sua disposição.

Certas de sua colaboração agradecemos antecipadamente,

 Profa Dra Mirian Santos Paiva
 Pesquisadora do GEM- Orientadora
 Escola de Enfermagem da UFBA

 Larissa Silva de Abreu Rodrigues
 Mestranda da Escola de Enfermagem
 Da UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Representações sociais de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à AIDS**” e li o conteúdo do texto **Informações ao Colaborador** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimação.

Local _____, data _____,

Assinatura



Impressão digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido desta entrevistada, para participação nesta Pesquisa.

 Profa Dra Mirian Santos Paiva
 Pesquisadora - Orientadora

 Larissa Silva de Abreu Rodrigues
 Mestranda

APÊNDICE B – TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Universidade Federal da Bahia – UFBA
Escola de Enfermagem da UFBA – EEUFBA
Mestrado em Enfermagem

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA E LOCAL DA ENTREVISTA _____

PARTICIPANTE _____

IDADE _____ PROCEDÊNCIA _____

ESCOLARIDADE _____ OCUPAÇÃO/PROFISSÃO _____

COR AUTODECLARADA _____ RELIGIÃO _____

TEMPO DE UNIÃO ESTÁVEL/ CASAMENTO _____

Quando eu falo em **AIDS**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo em **HOMEM E AIDS**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo em **MULHER E AIDS**, quais palavras lhe vêm à mente?

Quando eu falo em **VOCÊ MESMA**, quais palavras lhe vêm à mente?

APÊNDICE C - ENTREVISTA

Universidade Federal da Bahia – UFBA
Escola de Enfermagem da UFBA – EEUFBA
Mestrado em Enfermagem

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA E LOCAL DA ENTREVISTA _____
PARTICIPANTE _____
IDADE _____ PROCEDÊNCIA _____
ESCOLARIDADE _____ OCUPAÇÃO/PROFISSÃO _____
COR AUTODECLARADA _____ RELIGIÃO _____
TEMPO DE UNIÃO ESTÁVEL/ CASAMENTO _____

1. Gostaria que a senhora falasse para mim sobre o casamento e/ou união estável entre homens e mulheres. O que representa para os homens? E para as mulheres?
2. Para a senhora, como uma pessoa, de maneira geral, pode adquirir infecção pelo HIV/AIDS?
3. Fale para mim sobre as chances de um homem e de uma mulher adquirirem HIV/AIDS. E quanto às mulheres que estão casadas ou em união heterossexual estável.
4. Para a senhora, o que facilita a prevenção da infecção pelo HIV/ AIDS pela mulher casada? Por que? E o que dificulta? Por que?
5. A senhora usa preservativos (masculino e/ou feminino) em suas relações sexuais com seu parceiro? Fale para mim sobre sua experiência no uso/ não uso de preservativos e de outras formas que se adota para se prevenir de infecções transmitidas pelas relações sexuais.
6. A senhora acha que algum dia pode adquirir AIDS? Se sim, como? Se não, por que?
7. Como a senhora vê a descoberta, em um casamento/ uma união estável, do diagnóstico de infecção pelo HIV/ AIDS do parceiro, pela mulher?

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

IDADE	Frequência	%
18 a 29 anos	117	60,0
30 a 39 anos	50	25,6
40 a 49 anos	28	14,4
Total	195	100,0

PROCEDÊNCIA	Frequência	%
Salvador	100	51,3
Jequié	95	48,7
Total	195	100,0

ESCOLARIDADE	Frequência	%
ensino fundamental	101	51,8
ensino médio	94	48,2
Total	195	100,0

PROFISSÃO	Frequência	%
doméstica	47	24,1
dona de casa	91	46,7
estudante	5	2,6
outras	51	26,2
nenhuma	1	,5
Total	195	100,0

RELIGIÃO	Frequência	%
Católica	109	55,9
Evangélica	59	30,3
sem religião	27	13,8
Total	195	100,0

COR	Frequência	%
preta	65	33,3
parda	110	56,4
branca	15	7,7
amarela	4	2,1
indígena	1	,5
Total	195	100,0

TEMPO DE UNIÃO ESTÁVEL	Frequência	%
1 a 5 anos	91	46,7
6 a 10 anos	49	25,1
> ou = a 11 anos	55	28,2
Total	195	100,0

APÊNDICE E – TABELA1: Distribuição das frequências das variáveis de opinião, que apareceram no gráfico processado pelo *Tri-deux-mots* em função das variáveis fixas.

Estímulo	Freq Total	Salvador	Jequié	Ens. funda	Ens. Médio	1 a 5 União	6 a 10 União	> ou = 11 união
Traição1	9	6	3	3	6	2	6	1
Desespero1	19	12	7	8	11	6	10	3
Triste2	8	8	0	3	5	1	5	2
Amor2	8	5	3	2	6	4	4	0
Descarado2	8	7	1	2	6	3	2	3
Morte3	13	7	6	5	8	5	6	2
Fé em deus4	11	8	3	6	5	1	7	3
Resposta4	12	8	4	2	10	5	3	4
Saúde4	13	9	4	6	7	3	7	3
Irrespon3	10	7	3	3	7	4	3	3
Exame4	33	22	11	17	16	10	14	19
Desconh3	13	6	7	3	10	2	7	4
Promisc3	12	8	4	5	7	3	4	5
Parceiro Único	30	16	14	14	16	8	10	12
Higie3	8	5	3	6	2	3	0	5
Exame3	22	14	8	15	17	11	4	7
Doença2	26	17	9	14	12	14	5	7
Transmite2	37	17	20	22	15	13	10	14
Morte4	13	7	6	5	8	5	6	2
Incurável1	24	14	10	14	10	12	3	9
Parceiro1	12	5	7	9	3	5	3	4
Sexo3	10	4	6	6	4	5	1	4
Transmi3	16	6	10	10	6	7	3	6
Prevenção1	37	19	28	28	19	22	12	13
Medo2	17	8	9	9	8	9	1	7
Traição2	22	9	13	11	11	11	6	5
Preconceito1	16	8	8	7	9	10	2	4
Descuido1	11	5	6	4	7	8	2	1
Parceiro2	16	6	10	7	9	9	2	5
Medo4	35	10	25	18	17	22	5	8
Amor4	14	7	7	3	11	5	7	2
Desconhe2	13	6	7	3	10	2	7	4
Prevenção3	76	37	39	37	39	32	28	16
Transmis1	36	15	21	13	23	13	12	11
Sexo1	12	5	7	5	7	5	5	2
Sofrimento1	32	19	13	13	19	19	8	5
Promiscuid2	10	4	6	2	8	4	4	2
Descuido2	20	8	12	5	15	11	7	2
Medo3	13	5	8	5	8	7	4	2
Preocupaçã1	11	5	6	3	8	7	2	2
Conhecime3	11	4	7	1	10	7	2	2
Descuido2	20	8	12	5	15	11	7	3
Exame2	14	11	3	10	4	5	4	5
Camisin2	47	26	21	29	18	17	14	16
Cuidado2	52	32	20	34	18	23	13	16
Perigo1	23	8	15	16	7	11	5	7
Camisi1	27	9	18	16	11	12	8	7

APÊNDICE F – TABELA 2 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVAS DAS VARIÁVEIS DE OPINIÃO COM INCIDÊNCIA MAIOR DO QUE 20 VEZES, OU SEJA, 10%.

VARIÁVEL DE OPINIÃO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
DOENÇA1	119	61,02%
MORTE1	72	36,92%
PREVENÇÃO1	47	24,10%
TRANSMISSÍVEL1	36	18,46%
CUIDADO1	36	18,46%
SOFRIMENTO1	32	16,41%
CAMISINHA 1	27	13,84%
INCURÁVEL1	24	12,30%
PERIGO1	23	11,79%
MEDO1	21	10,76%
TRISTE1	30	15,38%
PREVENÇÃO2	59	30,25%
CUIDADO2	52	26,66%
CAMISINHA2	47	36,92%
TRANSMISSÍVEL 2	37	18,97%
DOENÇA2	26	13,33%
TRAIÇÃO2	22	11,28%
DESCUIDO2	20	10,25%
PREVENÇÃO3	76	38,97%
CUIDADO3	53	27,17%
CAMISINHA3	41	21,02%
CUIDADO4	82	42,05%
PREVENÇÃO4	74	37,94%
CAMISINHA4	45	23,07%
MEDO4	35	17,94%
CONHECIMENTO4	35	17,94%
EXAME4	33	16,92%
PARCEIRO ÚNICO/FIXO4	30	15,38%

ANEXO A – IMP- DICIONÁRIO TRI-DEUX-MOTS

TRI-DEUX Version 2.2

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

Le fichier de sortie mots courts tri,s est sajel.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera sajel.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est sajel.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 4
 Nombre de lignes maximum par individu 4

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 5
 il sera laiss, en fin de mot
 Nombre de lignes lues en entr,e 195
 Nombre de mots ,crits en sortie 2656
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractšres
 Impression de la liste des mots

aban2	aban	1	aban4	aba1	5	absti4	abst	3	acab3	acab	1
amig1	amig	1	amiga3	ami1	1	amiza1	ami2	1	amiza4	ami3	2
amor1	amor	3	amor2	amol	8	amor3	amo2	4	amor4	amo3	14
amp1	amp1	1	amp2	amp1	1	amp3	amp2	5	amp4	amp3	4
arre3	arre	1	arrep1	arr1	3	assust2	assu	1	ause2	ause	1
beijo1	beij	4	beijo3	bei1	3	beijo4	bei2	2	belez4	bele	1
besta1	best	1	besta3	bes1	1	bestar2	bes2	1	bom4	bom4	1
camis1	cami	27	camis2	cam1	47	camis3	cam2	41	camis4	cam3	45
carenl	care	2	casam1	casa	2	casam2	cas1	2	casam4	cas2	1
casar3	cas3	1	caus2	caus	2	confil	conf	2	confi4	con1	16
confia2	con2	5	confia3	con3	3	confu1	con4	1	conhe2	con5	8
conhe3	con6	11	conhe4	con7	35	conpa2	con8	5	conpar3	con9	5
conpar4	on10	2	consc1	on11	4	conse3	on12	1	conta2	on13	1
conta3	on14	1	convil	on15	1	convi2	on16	2	convi4	on17	1
coq1	coq1	7	corp1	corp	1	corpo2	cor1	1	corpo3	cor2	1
crian1	cria	1	crian2	cri1	1	cuid1	cuid	36	cuid2	cui1	52
cuid3	cui2	3	cuida3	cui3	53	cuida4	cui4	82	culpa4	culp	2
cural	cura	2	cura3	curl	1	dece1	dece	3	decep2	dec1	1
decep3	dec2	3	decep4	dec3	3	dedi4	dedi	1	defe1	defe	1
des1	des1	2	desa1	des1	1	desam2	des2	6	desam3	des3	4
desca2	des4	8	descn2	des5	8	desco1	des6	5	desco2	des7	10
desco3	des8	13	desco4	des9	14	descu1	es10	11	descu2	es11	20
descu3	es12	26	descu4	es13	2	descui1	es14	1	dese4	es15	15
desej2	es16	1	desepl	es17	19	deses2	es18	3	desfa1	es19	2
desfa2	es20	2	desor1	es21	4	desp3	es22	4	dest1	es23	5
desva2	es24	1	diagn4	diag	1	dial3	dia1	2	dialo1	dia2	3
dialo2	dia3	5	dialo3	dia4	1	dialo4	dia5	14	difi2	difi	3
difi3	dif1	4	difi4	dif2	2	dinh2	dinh	2	dinh3	din1	2
dinhe1	din2	1	dista2	dist	2	dista4	dis1	1	distan1	dis2	1
divid2	divi	1	doen1	doen	119	doen2	doe1	26	doen3	doe2	19
doenca4	doe3	2	droga2	drog	4	droga3	dro1	4	dsts1	dsts	5
dsts3	dst1	2	duvi4	duvi	1	ego2	ego2	1	egrav2	egra	2
emagr1	emag	3	emagr3	ema1	4	enga2	enga	2	eproxl	epro	1
esper1	espe	1	estre2	estr	1	eu2	eu2	1	evolu2	evol	1
exam1	exam	7	exam4	exa1	33	exame2	exa2	14	exame3	exa3	22
fada1	fada	1	falre1	falr	1	falre2	fall	3	famil1	fami	7
famil2	fam1	4	famil3	fam2	4	famil4	fam3	7	fdeus4	fdeu	11
fedel	fede	3	fedeu4	fed1	1	feio1	feio	1	feio3	feil	1
feli1	feli	1	feli4	fell	5	ferim1	feri	1	festal	fest	1

festa2	fes1	3	festa3	fes2	2	fetica1	feti	1	fhigi1	fhig	1
fhigi2	fhi1	1	fhigi3	fhi2	2	fhigie2	fhi3	1	fiel2	fiel	5
fiel3	fiel	3	fiel4	fiel	10	filh4	filh	6	filho1	fill	5
filho2	fil2	2	filho3	fil3	6	filho4	fil4	1	fim2	fim2	1
frag3	frag	1	fraql	fra1	4	fracu2	fra2	1	fres2	fres	1
futu4	futu	1	fvont4	fvon	5	gesta1	gest	2	gesta3	ges1	4
harmo2	harm	2	higi4	higi	4	higie1	hig1	1	higie3	hig2	8
home1	home	2	home2	hom1	1	home3	hom2	2	home4	hom3	1
homos2	hom4	6	hones2	hone	5	hones4	hon1	2	hospi1	hosp	3
imatu2	imat	1	incur1	incu	24	incura4	incl	1	inde4	inde	1
indi4	ind1	2	inexp4	inex	1	infid4	infi	1	inho3	inho	1
inoce3	inoc	1	inseg1	inse	3	inseg2	ins1	3	inseg3	ins2	1
inseg4	ins3	3	inte4	inte	1	inter2	int1	1	invul4	invu	12
iresp1	ires	3	iresp3	ire1	10	irres2	irre	7	irresp4	irrl	1
isola2	isol	1	isola3	isol	2	isola4	iso2	4	lesco1	lesc	4
machi2	mach	1	mae3	mae3	3	mae4	mae1	3	matu4	matu	2
matur3	mat1	1	medo1	medo	21	medo2	med1	17	medo3	med2	13
medo4	med3	35	mend3	mend	1	mens4	men1	1	meto4	meto	2
morte	mort	2	mortel	mor1	72	morte2	mor2	7	morte3	mor3	13
morte4	mor4	16	mrua3	mrua	1	mulh1	mulh	3	mulhe2	mull	10
mulhe3	mul2	1	mund3	mund	1	nacre3	nacr	1	nada3	nada	1
naoco3	naoc	2	natur2	natu	1	ndte2	ndte	1	nmedo4	nmed	1
npens4	npen	8	npensol	npe1	1	nprec4	npre	2	nprev4	npr1	5
obrig1	obri	1	obv4	obv4	1	odio2	odio	2	odio3	odil	2
opor3	opor	1	orgu3	orgu	1	pacie2	paci	1	parci1	parc	12
parci2	par1	16	paren2	par2	1	paren3	par3	1	paru3	par4	18
parun4	par5	30	pena2	pena	1	pensa3	pen1	3	pensa4	pen2	1
peril	peri	23	perig2	per1	6	perig3	per2	2	perig4	per3	2
perse3	per4	1	pesso1	pess	1	plane3	plan	3	planej4	pla1	2
polui1	polu	1	posse2	poss	1	ppega4	ppeg	1	preco1	prec	16
preco2	pre1	9	preco3	pre2	11	preco4	pre3	5	preoc1	pre4	11
preoc2	pre5	4	preoc3	pre6	4	preoc4	pre7	5	preve1	pre8	47
preve2	pre9	59	preve3	re10	76	preve4	re11	74	probl1	prob	7
probl2	pro1	2	promi1	pro2	1	promi2	pro3	10	promi3	pro4	12
prost2	pro5	3	prost3	pro6	5	qcabe1	qcab	6	qcabe3	qcal	1
real2	real	1	relac3	rela	1	reme2	reme	2	reme3	rem1	2
remed4	rem2	1	respe2	resp	4	respe3	res1	2	respe4	res2	6
respo1	res3	1	respo2	res4	5	respo3	res5	6	respo4	res6	12
revoll	revo	1	revol2	rev1	3	revolt4	rev2	2	risco1	risc	4
risco2	ris1	6	ruim1	ruim	14	ruim2	ruil	3	ruim3	rui2	4
sangu1	sang	3	sangu2	san1	1	sangu3	san2	1	satit2	sati	1
saud1	saud	1	saude1	sau1	8	saude2	sau2	2	saude3	sau3	6
saude4	sau4	13	sdma2	sdma	1	segur1	segu	1	segur2	seg1	2
segur4	seg2	3	sensi3	sens	1	sensi4	sen1	2	senti2	sen2	1
serin1	seri	2	serin2	ser1	4	sexda1	sexd	1	sexda3	sex1	1
sexol	sex2	12	sexo2	sex3	15	sexo3	sex4	10	sexos4	sex5	2
sexsc2	sex6	3	sexsc3	sex7	4	sim4	sim4	1	since4	sinc	2
sinsil	sin1	6	sinsi3	sin2	2	sinsi4	sin3	2	sofri1	sofr	32
sofri2	sof1	5	sofri3	sof2	10	sofrim4	sof3	7	sold1	sold	2
solda4	sol1	1	solid1	sol2	2	solid2	sol3	2	solid4	sol4	2
solida3	sol5	2	trabal	trab	2	traba4	tral	2	trage4	tra2	1
trail	tra3	9	tra12	tra4	22	tra13	tra5	10	tra14	tra6	9
trans1	tra7	36	trans2	tra8	37	trans3	tra9	16	trans4	ral0	1
trata1	ral1	13	trata2	ral2	5	trata3	ral3	5	trata4	ral4	5
trist1	tris	30	trist3	tri1	14	trist4	tri2	12	triste2	tri3	8
tudo2	tudo	1	unia1	unia	1	vaid3	vaid	1	vaida2	vail	1
valor3	valo	1	verg3	verg	2	vergo1	ver1	2	vergo4	ver2	5
vida4	vida	6	vinga2	ving	3	vinga3	vin1	1	viole2	viol	2
viole3	vio1	2	viole4	vio2	1	viris1	vir1	4	viris2	vir1	3
viris3	vir2	2	viti4	viti	1	vitim2	vit1	1	vitim3	vit2	2
vonta4	vont	1	vulne3	vuln	7						
Nombre de mots entr,s				2656							
Nombre de mots diff,rents				398							

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2
Tot. 1 2

2656 1432 1224
100 53.9 46.1

Question 016 Position 16 Code-max. 2
Tot. 1 2
2656 1280 1376
100 48.2 51.8

Question 017 Position 17 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2656 1501 889 266
100 56.5 33.5 10.0

Question 018 Position 18 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2656 1178 769 709
100 44.4 29.0 26.7

ANEXO B – AFC- ANALYSE FATORIAL DES CORRESPONDANCES

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

Le nombre total de lignes du tableau est de 82
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 10
 Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 82
 Le nombre de colonnes actives est de 10

M,moire disponible avant dimensionnement 498658
 M,moire restante aprřs dim. fichiers secondaires 495150
 M,moire restante aprřs dim. fichier principal 491870

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.064092

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.018888
 Pourcentage du total = 29.5

Facteur 2

Valeur propre = 0.014639
 Pourcentage du total = 22.8

Facteur 3

Valeur propre = 0.011266
 Pourcentage du total = 17.6

Facteur 4

Valeur propre = 0.007796
 Pourcentage du total = 12.2

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

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
amo1	-409	37	-3	0	21	0	65	2	amor2
amo3	-385	58	-29	0	10	0	-56	3	amor4
cam1	82	5	-109	11	-65	5	-85	13	camis1
cam2	97	12	83	12	-84	15	20	1	camis2
cam3	46	2	36	2	15	0	24	2	camis3
con1	55	4	19	1	-54	6	-59	11	camis4
con5	-76	3	139	11	18	0	-22	0	confi4
con6	84	2	-73	2	91	3	33	1	conhe2
con7	-270	22	-353	49	197	20	28	1	conhe3
	-71	5	-7	0	56	5	68	11	conhe4

cuid	194	38	26	1	-154	39	-52	7	cuid1
cui1	142	29	83	13	-57	8	25	2	cuid2
cui3	65	6	58	6	21	1	-98	34	cuida3
cui4	49	6	39	5	-29	3	80	35	cuida4
des4	-123	3	260	19	204	15	392	82	desca2
des5	156	5	134	5	-17	0	20	0	descn2
des7	-423	50	-36	0	-84	3	30	1	desco2
des8	-281	29	126	7	82	4	-104	9	desco3
des9	-18	0	-36	1	-43	1	-87	7	desco4
es10	-10	0	-193	15	277	39	-52	2	descu1
es11	-261	38	-181	23	76	5	116	18	descu2
es12	-51	2	65	4	42	2	-4	0	descu3
es15	3	0	-40	1	-58	2	-141	20	dese4
es17	-288	44	95	6	-154	21	-77	8	desepl
dia5	-105	4	105	5	-229	34	-110	11	dialo4
doen	38	5	-15	1	37	7	-57	26	doen1
doe1	141	14	75	5	171	35	-20	1	doen2
doe2	12	0	-53	2	45	2	244	76	doen3
exa1	-81	6	188	42	-76	9	39	3	exam4
exa2	202	16	293	43	-17	0	19	0	exame2
exa3	216	28	77	5	-15	0	82	10	exame3
fdeu	-265	21	304	36	-337	58	-34	1	fdeus4
fie2	-106	3	-7	0	236	26	-113	9	fiel4
hig2	520	60	166	8	119	5	8	0	higie3
incu	192	25	-1	0	39	2	52	4	incurl
invu	-4	0	110	5	228	29	233	44	invul4
ire1	-56	1	183	12	302	42	29	1	iresp3
medo	47	1	-106	8	109	12	88	11	medo1
med1	155	11	-164	16	-36	1	112	14	medo2
med2	-162	9	-209	20	-57	2	63	3	medo3
med3	36	1	-364	166	-95	15	-88	18	medo4
mor1	7	0	65	11	77	20	-100	48	mortel
mor3	-194	14	64	2	29	1	-5	0	morte3
mor4	243	26	9	0	-4	0	24	1	morte4
mull	25	0	-41	1	131	8	122	10	mulhe2
npen	146	5	-96	3	529	104	-214	25	npens4
parc	206	14	-43	1	-188	20	-50	2	parci1
par1	22	0	-251	36	-39	1	152	25	parci2
par4	85	4	64	3	-62	3	111	15	paru3
par5	30	1	137	20	50	4	14	0	parun4
peri	141	13	-170	24	-239	61	43	3	peri1
prec	24	0	-183	19	52	2	94	9	preco1
pre1	98	2	-81	2	246	25	-27	0	preco2
pre2	52	1	-96	4	156	12	154	17	preco3
pre4	-156	7	-246	24	83	3	171	22	preoc1
pre8	70	6	-115	22	-119	31	-15	1	prevel
pre9	-32	2	69	10	28	2	28	3	preve2
re10	-102	22	-42	5	-101	36	-19	2	preve3
re11	-72	11	-60	9	44	7	-92	42	preve4
pro3	-327	30	-159	9	21	0	-97	6	promi2
pro4	-62	1	175	13	-11	0	81	5	promi3
res6	-225	17	8	0	155	13	126	13	respo4
ruim	56	1	119	7	238	37	-21	0	ruim1
saul	-75	1	142	6	-159	9	125	8	saude1
sau4	-210	16	234	26	-108	7	-45	2	saude4
sex2	-189	12	-84	3	-101	6	41	1	sexo1
sex3	109	5	-75	3	-22	0	217	47	sexo2
sex4	311	27	-77	2	174	14	-201	27	sexo3
sofr	-129	15	-115	15	-12	0	74	12	sofri1
sof2	111	3	29	0	259	31	-167	19	sofri3
tra3	-367	34	231	17	16	0	-316	60	trail
tra4	-16	0	-155	19	-45	2	-139	28	tra12
tra5	54	1	-132	6	63	2	79	4	tra13
tra6	49	1	-10	0	-289	35	56	2	tra14
tra7	-130	17	-69	6	-33	2	83	16	trans1
tra8	126	16	26	1	-55	5	-6	0	trans2
tra9	201	18	-86	4	-38	1	-32	1	trans3
ra11	-171	11	132	8	105	7	-87	7	trata1

```

tris      -88    6   -11    0    55    4    12    0   trist1
tri1      89    3   197   19    17    0     5    0   trist3
tri2     -138   6   -33    0     1    0   -17   0   trist4
tri3     -349  27   497   70   -98    4   145  11  triste2
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.    F=1  CPF    F=2  CPF    F=3  CPF    F=4  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151     -8    0    158  230    40   19    50   43
0152      9    1   -185  270   -47   23   -58   50
0161     192  242    43   15   -121  160   -39   25
0162    -188  236   -42   15   118  157    38   24
0171      23    4    36   13    27    9    87  141
0172   -108   50  -102   57  -161  184   -33   11
0173     208   58   119   25   357  285  -396  508
0181      56   19  -162  198    88   77    23    8
0182   -266  266   174  147  -114   83  -118  128
0183     186  125    81   31   -24    3    85   64
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

mor3	7	6	5	8	9	3	1	5	6	2	52
mor4	10	6	11	5	9	5	2	9	2	5	64
mul1	7	3	4	6	5	4	1	6	1	3	40
npen	4	4	3	5	5	0	3	6	1	1	32
parc	5	7	9	3	7	4	1	5	3	4	48
par1	6	10	7	9	10	6	0	9	2	5	64
par4	11	7	10	8	11	6	1	7	4	7	72
par5	16	14	14	16	21	5	4	8	10	12	120
peri	8	15	16	7	14	9	0	11	5	7	92
prec	8	8	7	9	9	6	1	10	2	4	64
pre1	4	5	3	6	5	2	2	4	1	4	36
pre2	6	5	4	7	7	3	1	6	1	4	44
pre4	5	6	3	8	7	4	0	7	2	2	44
pre8	19	28	28	19	27	17	3	22	12	13	188
pre9	36	23	27	32	35	18	6	24	18	17	236
re10	37	39	37	39	42	30	4	32	28	16	304
re11	35	39	33	41	41	23	10	36	25	13	296
pro3	4	6	2	8	4	5	1	4	4	2	40
pro4	8	4	5	7	7	4	1	3	4	5	48
res6	8	4	2	10	6	5	1	5	3	4	48
ruim	10	4	6	8	8	3	3	7	3	4	56
saul	5	3	4	4	5	3	0	2	3	3	32
sau4	9	4	6	7	7	5	1	3	7	3	52
sex2	5	7	5	7	8	4	0	5	5	2	48
sex3	8	7	8	7	11	4	0	8	2	5	60
sex4	4	6	6	4	5	2	3	5	1	4	40
sofr	19	13	13	19	16	15	1	19	8	5	128
sof2	5	5	4	6	5	2	3	4	2	4	40
tra3	6	3	3	6	3	4	2	2	6	1	36
tra4	9	13	11	11	9	10	3	11	6	5	88
tra5	5	5	4	6	5	4	1	5	1	4	40
tra6	6	3	6	3	3	6	0	4	2	3	36
tra7	15	21	13	23	24	11	1	13	12	11	144
tra8	17	20	22	15	24	9	4	13	10	14	148
tra9	6	10	10	6	10	4	2	7	3	6	64
rall	8	5	5	8	8	3	2	5	6	2	52
tris	17	13	12	18	17	10	3	14	9	7	120
tri1	10	4	8	6	8	4	2	5	4	5	56
tri2	7	5	5	7	6	5	1	6	4	2	48
tri3	8	0	3	5	5	3	0	1	5	2	32
TOT.	1032	880	945	967	1108	611	193	845	544	523	7648

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP/ UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 01 de dezembro de 2008

Of. CEP 433/2008

Ilma. Sra.

Larissa Silva de Abreu Rodrigues

Mestrado em Enfermagem - UFBA

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **217/2008**

Projeto: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES EM UNIÃO HETEROSEXUAL ESTÁVEL SOBRE A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS**

Pesquisadores: **Larissa Silva de Abreu Rodrigues (mestranda)**
Profa. Mirian Santos Paiva (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP/ UFBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA N°. 48/2008 – Rrepresentações Sociais em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS– Folha de Rosto nº 226424 –,Em reunião do dia 11 de Dezembro de 2008, foi considerado **APROVADO** .

- Aprovado**
- Não Aprovado
- Projeto com Pendências
- Aprovado com Recomendação

Os pesquisadores devem lembrar-se de apresentar relatório final assim que concluir a pesquisa.

Salvador, 11 de Dezembro de 2008

Darci de Oliveira Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa

Coordenadora do CEPEE.UFBA

Darci de Oliveira Santa Rosa

Coordenador do CEP-EEUFBA

COFEN-BA 11111