



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Dera Carina Bastos Costa

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES NEGRAS E NÃO
NEGRAS**

**SALVADOR
2008**

Dera Carina Bastos Costa

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES NEGRAS E NÃO
NEGRAS**

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

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

SALVADOR
2008

Dera Carina Bastos Costa

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES NEGRAS E NÃO
NEGRAS**

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

Aprovada em 31 de março de 2008

BANCA EXAMINADORA

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria da Penha de Lima Coutinho _____
Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal da Paraíba

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

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Ficha Catalográfica Preparada pelo
Serviço de Biblioteca e Documentação da EEUFBa

Costa , Dera Carina Bastos

**Vulnerabilidade à infecção pelo HIV:Representações Sociais de
mulheres negras e não negras./ Dera Carina Bastos Costa. –
Salvador: D.C.B. Costa. 2008.**

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia.

I. Título II. Mulher e AIDS III. Saúde Sexual e Reprodutiva IV. Representações
Sociais V. Relações de gênero VI.Diferenciais Raciais

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as mulheres mais importantes em minha vida:

À minha avó materna, Algezira, exemplo de força e coragem, seu exemplo encoraja-me a trilhar meus caminhos pela vida;

À minha mãe, mulher forte e doce, que soube alimentar no meu ser o desejo de lutar pela vida e a nunca esmorecer;

A minha tia, madrinha e amiga, Vera Lúcia, obrigada pelo amor e carinho dispensados desde os meus primeiros passos e por ter me ensinado a amar e respeitar a enfermagem.

Não poderia deixar de dedicar este trabalho, também, ao meu companheiro, amigo e amado Leonardo, obrigada pela sua cumplicidade e compreensão nos momentos em que minha ausência muitas vezes foi necessária. Sem você esse sonho não seria realidade.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha estimada orientadora, Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva, mulher de integridade e inteligência incontestáveis e inigualáveis. Sua serenidade, dedicação e humildade transformou esse trabalho em um leve e prazeroso aprendizado. Palavras não são suficientes para demonstrar meu apreço e gratidão.

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossas vidas, passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa sozinho: leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo” agradeço a algumas que mostraram-se importante nessa minha caminhada

Inicialmente a Deus, por ter me concedido saúde, paz e perseverança permitindo-me a concretização desse sonho;

À Prof^a Dr^a Sheva Maia da Nóbrega, que tão gentilmente nos agraciou com suas colaborações na análise dos dados;

À Prof^a Dr^a Maria da Penha Coutinho pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na elaboração deste trabalho;

À Dr^a Cristina Maria Stroparo, gerente da unidade de saúde Mário Andréa (14^o Centro) e todos os funcionários desta unidade, obrigada pelo apoio na coleta de dados;

À Dr^a Maria Luiza Dias dos Santos, gerente do SMURB, assim como, a todos os funcionários, obrigada pelo apoio durante a coleta de dados;

À todas as professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por terem contribuído com o meu crescimento profissional;

Às professoras, bolsistas e voluntárias do GEM (Grupo de Estudos sobre Saúde da Mull pela convivência harmoniosa e construtiva;

À Coordenadora da pós-graduação da EEUFBA, Prof^a Enilda Rosendo do Nascimento, pelo compromisso em nos proporcionar uma excelente formação profissional;

À todas as colegas de curso, que juntas compartilhamos dos prazeres e dissabores nestes dois anos. Foi muito bom conhecê-las e poder conviver com vocês;

Às amigas Marizete, Lucineide, tão presentes e disponíveis. Foi muito bom poder contar com o apoio de vocês na construção deste trabalho;

À minhas irmãs Aline e Quésia (rida, ridinha) obrigada pelo apoio direto e indireto;

À meu sobrinho Vitor por ter me fornecido momentos de descontração com sua doçura e pelas lindas travessuras que me fizeram tantas vezes esquecer das complicações do nosso mundo;

A meu pai (in memória) que me ensinou a ser forte e decidida;

A todas as colegas do HGE e Hospital Português que nesses 2 anos foram cúmplices e viveram diretas ou indiretamente toda minha trajetória;

E especialmente a todas as mulheres que gentilmente aceitaram participaram do estudo, sem as quais não seria possível a concretização deste estudo.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”
(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO	16
2.1 VULNERABILIDADE DE MULHERES NEGRAS E NÃO NEGRAS À INFECÇÃO PELO HIV.....	16
2.2 A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA.....	20
2.3 ARTICULANDO RAÇA E VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV...24	
2.3.1 Conceituando raça.....	24
2.3.2 Atenção à saúde da população negra.....	25
2.3.2 Articulando raça e classe social na vulnerabilidade de mulheres.....	26
3 CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	31
3.1 EIXO TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	31
3.2 EIXO METODOLOGICO.....	34
3.2.1 Tipo do Estudo.....	34
3.2.2 Caracterização do Cenário do Estudo.....	34
3.2.3 Sujeitos do Estudo.....	35
3.2.4 Coleta de dados e Aspectos Éticos.....	35
3.2.5 Técnicas de Análise dos Dados.....	38
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS	40
4.2 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SEGUNDO O TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	40
4.3 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SEGUNDO A TÉCNICA DO DESENHO ESTÓRIA COM TEMA.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A - Questionário do Teste de Associação Livre de Palavras	72
APÊNDICE B - Roteiro para elaboração da técnica do Desenho estória com tema.....	74
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	75
APÊNDICE D - Caracterização Sócio demográfica dos sujeitos.....	76
ANEXO A - IMP - dicionário TRI-DEUX-MOTS	78
ANEXO B - AFC: <i>Analyse factorial des Correspondances</i>	87
ANEXO C - Parecer nº141/2007. (Comitê de Ética)	89

RESUMO

COSTA, Dera Carina Bastos. **Vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS: Representações sociais de mulheres negras e não negras**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

A mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/aids nos últimos anos ocorridas no Brasil, indica um intenso crescimento do número de mulheres infectadas, sendo estas na sua maioria negras. Neste sentido, acreditando ser importante conhecer as representações sociais dessas para melhor compreender suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV e o modo como agem diante desta epidemia, busquei neste presente estudo apreender as Representações Sociais de mulheres negras e não negras sobre suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV/aids, assim como, identificar as implicações de gênero e dos diferenciais raciais nas vulnerabilidades de mulheres à infecção pelo HIV/aids. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, com abordagem multimétodos, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Para realização do mesmo foram utilizados como cenários da pesquisa uma unidade ambulatorial de saúde integrante da rede de serviços oferecida pela Universidade, e uma unidade de atenção básica da rede municipal de saúde, ambas situadas no município de Salvador. Participaram deste estudo 124 mulheres que compareceram a estas unidades para realização de consultas de planejamento familiar ou ginecológicas no período de julho a outubro de 2007. Foram utilizados para a coleta de dados o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a técnica projetiva do desenho estória com tema, os dados resultantes foram submetidos a análise fatorial de correspondência (AFC) e a análise de conteúdo temática, respectivamente. Para o TALP foram utilizados seis estímulos indutores: aids, sexo, sexualidade, aids e mulher negra, aids e mulher não negra e você mesma. As respostas foram processadas no software Tri-Deux-Mots, com as seguintes variáveis: faixa etária, cor, escolaridade, estado civil. A análise fatorial de correspondência revelada no jogo de oposições demonstrou que a variável cor não apresentou significância diante do percentual total de respostas, possivelmente, em decorrência de a população estudada ter sido constituída em sua maioria de pessoas que se auto-referiram como sendo negras (88,7%, das quais 40,3% eram pardas e 48,4% eram pretas), este resultado corrobora com os dados censitários que indicam Salvador como sendo a capital mais negra do país. Na análise, as mulheres representaram a aids como uma doença que não tem cura, traz perigo, causa dor e as deixa triste, reiterando representações que estão presentes desde o início da epidemia. O descuido relacionado ao não cumprimento de medidas preventivas, em especial, o uso do condom, usado por ela própria ou por seu companheiro requer negociação, levando-as a situações de assimetria no poder de decisão nas relações afetivo-sexuais, decorrentes das questões de gênero, imbuídas no senso comum e que afetam mulheres de todas as classes sociais, raças e crenças. Espera-se que os resultados obtidos através deste estudo contribuam na conscientização tanto das mulheres como dos gestores de políticas de saúde sobre a importância da inclusão dos estudos de gênero e raça na vulnerabilidade à infecção pelo hiv, fatores que contribuem em maior proporção na predisposição das mulheres.

Palavras-chave: aids, vulnerabilidade, diferenciais raciais, diferenciais de gênero.

ABSTRACT

COSTA, Dera Carina Bastos. **Vulnerability to HIV / SIDA: Social representations of black women, not black.** 2008. 89 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2008.

The change in the epidemiological profile of HIV / SIDA in recent years occurred in Brazil, shows a strong growth in the number of infected women, which are mostly black. In this sense, believing it important to know the social representations of those to better understand their vulnerability to HIV infection and how they act on this epidemic, search in this study seize the Social Representations of black women and no blacks on their vulnerability to HIV infection / SIDA, as well as identifying the implications of gender and racial differences in vulnerability of women to HIV / SIDA. This is a quantitative and qualitative study, with multi approach, based on the theory of social representations. To achieve the same scenarios were used as a research unit of outpatient health of the network of services offered by the University, and a unit of basic care in the municipal network of health, both located in the city of Salvador. The study included 124 women who attended to these units to hold consultations of family planning or gynecological in the period from July to October 2007. We used to collect data to test the Association of Free Words (TALP) and projective technique of drawing with a theme story, the resulting data were subjected to factor analysis of correspondence (AFC) and analysis of thematic content, respectively. For the TALP were using six inducing stimuli: SIDA, gender, sexuality, SIDA and black women, SIDA and black women and not yourself. The responses were processed in the software Tri-Deux-Mots, with the following variables: age, race, education, marital status. The factor analysis revealed a correlation in the game of oppositions has shown that the variable color showed no significance before the total percentage of responses, possibly as a result of the study population has been formed in mostly from people who are self-reported as being black (88.7%, of which 40.3% were mulatto and 48.4% were black), this result confirms the census data that indicate Salvador as the darkest capital of the country. In the analysis, women accounted for SIDA as a disease that has no cure, brings danger, causes pain and sad, reiterating representations that are present from the beginning of the epidemic. The neglect related to non-compliance with preventive measures, in particular, the use of condoms, used by itself or by its companion requires negotiation, leading them to situations of asymmetry in decision-making power in the affective-sexual relationship, stemming from questions of gender, on common sense and that affect women of all social classes, races and beliefs. It is expected that results from this study contribute in both awareness of women as managers of health policies on the importance of including studies of gender and race in vulnerability to HIV infection, factors that contribute to a greater proportion in the predisposition women.

Keywords: SIDA, vulnerability, differential racial, gender disparities.

1 INTRODUÇÃO

A aids tem sua história marcada pelo preconceito e discriminação decorrentes do estigma de morte e sofrimento presentes desde os primórdios da epidemia. A utilização das terminologias “grupo de risco” e “comportamento de risco” na identificação dos primeiros portadores (os homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo) acabou por influenciar, não só na elaboração de representações da doença, como também, na construção de políticas e programas direcionados, prioritariamente, a esta população, retardando estratégias de prevenção e de educação mais expansivas para a população em geral.

Ao longo dos anos, com a mudança do perfil epidemiológico, observou-se um crescimento da infecção pelo vírus HIV em homens e mulheres heterossexuais, apresentando maiores proporções nas mulheres. As autoridades da saúde viram-se, então, pressionadas a redirecionar as políticas públicas com o objetivo de abranger esta nova população, até então, considerada invulnerável.

Desta forma, o impacto da infecção pelo HIV/aids necessitou de métodos pluri-setoriais para sua prevenção, tratamento e redução de seus efeitos, principalmente, porque no decorrer dos anos avaliou-se que as intensivas campanhas de informação produziram, relativamente, poucos resultados, visto que abordavam populações específicas (homossexuais e usuários de drogas, entre outros).

A partir da expansão do perfil epidemiológico a infecção pelo HIV/aids passou a ser reconhecida como uma epidemia entre outras, tais como pobreza, injustiça de gênero, discriminação social contra certos grupos, violação dos direitos das crianças, e estabelecimento de culturas de desigualdade, necessitando, pois, de intervenções mais amplas e articuladas pelos diversos setores da sociedade (UNAIDS, 2000).

Atualmente, a aids apresenta-se como “uma epidemia complexa, dinâmica e multifatorial cujos arranjos são determinados pelas condições de vida, questões de gênero, padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual” (BRASIL, 2003).

No início da década de 90 do século XX, um grande número de mulheres monogâmicas, com relações estáveis e parceiros fixos, julgadas distantes dos considerados “desvios” das normas sociais e, portanto, sexual e socialmente dentro dos padrões esperados, havia se contaminado com o vírus HIV, o que contradizia com as estimativas dos epidemiologistas que indicavam como mulheres vulneráveis as profissionais do sexo e as usuárias de drogas injetáveis. Atualmente observa-se a manutenção desta tendência, o que

leva a crer que a infecção nestas mulheres é atribuída, principalmente, ao comportamento sexual de seus parceiros.

Sabe-se que a crença na fidelidade do outro, o mito do amor romântico e a falta de poder de negociação no uso do preservativo, seja ele masculino ou feminino, mantêm as mulheres em situação desfavorável, dado que seu uso depende da aceitação do companheiro. Com isso, pode-se apreender que a feminização da epidemia trouxe à tona, não só o debate sobre sexualidade, mas sobre a concepção de invulnerabilidade das mulheres casadas ou em união estável.

O exercício da sexualidade é uma atividade socialmente construída, assim os indivíduos (homens e mulheres) de acordo com o contexto social que vivenciam, atribuem diferentes significados e representações (TORRES, 2002).

Como, de modo geral, a transmissão do HIV acontece através da relação sexual, torna-se necessário uma melhor compreensão de que a aids está estreitamente ligada à sexualidade e ao comportamento sexual. Desta forma, ter um comportamento sexual seguro, constitui-se um dos principais instrumentos de prevenção da epidemia. Entretanto, este é um campo complexo e interferir nele significa influir sobre hábitos, representações e atitudes restritos à vida privada e associados à reprodução e aos papéis de gênero (FREITAS, 2001).

Dados de uma pesquisa sobre comportamento sexual, realizada pelo Ministério da Saúde (2000), mostraram que entre as pessoas que possuíam relações estáveis e eventuais, 34% não utilizavam o preservativo na relação estável, mas o usavam nas relações eventuais, enquanto que 32% não faziam uso do preservativo em nenhum dos dois tipos de relações. O grupo que menos usava o preservativo era o das mulheres com parceria estável (79%).

Ayres e col. (2003) afirmam que as mulheres não são vulneráveis, mas estão vulneráveis, visto que a vulnerabilidade depende, também, de fatores individuais inseridos no contexto social, político, econômico e cultural. Portanto, a existência de outros fatores, tais quais, raça, escolaridade, preferência e práticas sexuais, acesso à renda, definem os variados graus ou tipos de vulnerabilidades a que a mulher está exposta.

O baixo grau de escolaridade, freqüentemente associado à pobreza, por exemplo, contribui para a aquisição de informações estereotipadas dificultando o acesso às medidas corretas de prevenção da infecção pelo vírus HIV.

Werneck (2001) ao discutir as questões relacionadas à raça, corrobora com esta assertiva ao afirmar que o primeiro passo para enfrentar de modo eficaz a epidemia do HIV, na sociedade brasileira, é reconhecer as diferentes formas de vulnerabilidade que fragilizam de maneira mais intensa segmentos específicos da sociedade. E, principalmente, no que se

refere à vulnerabilidade das mulheres, é preciso reconhecer a força com que fatores como raça e pobreza concorrem para expor cada vez mais as mulheres, em especial as negras, ao risco de contrair o vírus HIV.

No que se refere à classe social a epidemia brasileira se inicia com a disseminação em contingentes populacionais ligados, particularmente às camadas média e alta, para posteriormente, disseminar-se para estratos mais desfavorecidos, da população o que inscreve no perfil epidemiológico a tendência descrita como “pauperização”.

Esta tendência reflete os padrões de desigualdade predominantes no país, traduzindo o que já ocorre com outros agravos à saúde da população, nos quais se observa que os indivíduos mais acometidos são as mulheres, as pessoas desempregadas ou as empregadas em ocupações de baixa remuneração, além daquelas que têm o menor número de anos de estudo (GUIMARÃES, 2001; SZWARCOWALD e col., 2000; FONSECA e cols., 2000; FONSECA e cols., 2002; FONSECA e cols., 2003).

O aumento do número de casos em mulheres pode ser apreendido na série histórica de 1980 a 2007, onde constam 314.294 casos de aids em homens e 159.793 em mulheres, deixando claro que ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, eram 15 casos da doença em homens para 1 em mulher.

Hoje, a relação é de 1,5 homens para 1 mulher. Entretanto, ao desagregar as várias faixas etárias, observa-se que de 13 a 19 anos, há uma inversão na razão de sexo, a partir de 1998, embora para ambos os sexos, a maior parte dos casos esteja concentrada na faixa etária de 25 a 49 anos. Vale ressaltar, que nos últimos anos tem ocorrido um aumento percentual de casos na população acima de 50 anos, para ambos os sexos (BRASIL, 2007).

No período de 1980 a 1995, das notificações em mulheres com 13 e mais anos, segundo a categoria de exposição, 75% advinham da transmissão heterossexual, enquanto que, 21,9% eram usuárias de drogas. Passados 12 anos, nota-se um crescente aumento no número de mulheres heterossexuais (94,9%) e um decréscimo entre as usuárias de drogas (4,9 %), denotando um movimento inverso (BRASIL, 2007).

Todavia, embora a epidemia apresente uma tendência de estabilização, os casos de aids estão aumentando entre os mais pobres, onde a população negra encontra-se em maior proporção. Em 2003, quase 62% dos casos notificados de aids, com declaração de cor, eram em indivíduos brancos e 37,3% em indivíduos da população negra. Da mesma forma, o risco de ter aids, medido pela taxa de incidência, é também, maior entre os brancos (13,4 a cada 100.000 habitantes) quando comparados à população negra (8,5 a cada 100.000 habitantes). Por outro lado, quando são separados os pretos e os pardos, nota-se que o risco de ter a

doença é 74% maior entre os pretos do que entre os brancos e, chega a ser duas vezes maior quando se considera apenas as mulheres (BRASIL, 2005).

Os dados referentes à raça/cor só passaram a ser desagregados a partir de 2000, ainda assim, é possível visualizar que as mulheres negras ocupam lugar de destaque nos números da infecção pelo HIV. O preconceito racial, a baixa escolaridade, a submissão masculina ocasionando a falta de poder de barganha no uso do preservativo, são fatores que incrementam a vulnerabilidade desta população específica. Além disso, há que se considerar a invisibilidade política das mulheres, bem como, sua pequena participação na formulação de políticas públicas que priorizem olhares diferenciados para as questões raciais, de gênero e de saúde sexual e reprodutiva.

Por tudo isso, vê-se que o perfil da aids está baseado em alguns fenômenos – feminização, juvenização, envelhecimento, interiorização, pauperização, enegrecimento, exigindo para os estudos e pesquisas outras abordagens que incluam como categorias de análise, as relações de gênero e as desigualdades raciais, visto que ela continua a se configurar como um dos maiores desafios para a ciência e a sociedade. Essa presença da aids no cotidiano dos indivíduos e, conseqüentemente, dos profissionais de saúde, despertou o interesse de aprofundar a temática.

Este estudo se configurou a partir do interesse em conhecer a vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV, articulando os conceitos de gênero e raça, ao tempo em que surgiu da vivência como enfermeira do programa de planejamento familiar em uma unidade de saúde no município de Salvador, onde eram atendidas mulheres, na sua maioria, pertencentes à raça negra, consolidando-se hoje, na atuação como enfermeira do Centro Estadual de Referência de Aids do estado da Bahia.

Desde então, pude observar que a falta de informações sobre medidas preventivas, a crença da invulnerabilidade decorrente do seu estado conjugal e a persistência da representação da aids como “doença do outro” acarretavam nestas mulheres o não entendimento sobre sua vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo a pelo HIV.

Entretanto, o amadurecimento sobre a temática veio durante a realização da disciplina gênero e saúde, cursada como aluna especial do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, incrementado a partir das discussões ocorridas na linha de pesquisa de mulher, doenças sexualmente transmissíveis e aids do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM.

Partindo do exposto, este estudo procurou responder à seguinte pergunta: Quais as representações sociais de mulheres negras e não negras sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids? No intuito de apreender este objeto foram traçados os seguintes objetivos:

1. Apreender as Representações Sociais de mulheres negras e não negras sobre suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV/aids;

2. Identificar as implicações de gênero e das diferenças raciais nas vulnerabilidades de mulheres à infecção pelo HIV/aids.

2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO

2.1 VULNERABILIDADE DE MULHERES NEGRAS E NÃO NEGRAS À INFECÇÃO PELO HIV

Durante os primeiros anos da epidemia a noção de “risco individual”, era predominante, sendo substituída posteriormente pela concepção de “grupos de risco” e “comportamento de risco”. O uso destas expressões marcou fortemente a construção social e histórica da aids, implicando na discriminação, estigma, preconceito e exclusão social dos indivíduos contaminados.

Contrariando essas noções, o perfil epidemiológico da epidemia foi tomando outras proporções acometendo seguimentos populacionais, até então, socialmente, considerados invulneráveis.

O termo vulnerabilidade provém da área dos Direitos Humanos e começa a ser difundido mais fortemente no campo da saúde com os estudos de J. Mann, Tarantola e Netter (1993), influenciados pelo impacto da epidemia da aids em todo mundo e pela busca da compreensão de novos conceitos que pudessem superar aqueles relacionados a grupo de risco e comportamento de risco, que não conseguiram alcançar respostas para a evolução da epidemia. A estrutura conceitual desenvolvida por estes autores permite avaliar criticamente a infecção pelo HIV e, de forma resumida, pode ser entendida como:

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

Werneck (2001) relata que o conceito de vulnerabilidade, associado às análises do comportamento da epidemia de HIV/aids, é recente e coloca lado a lado as variadas dimensões envolvidas. Fatores sociais, político-institucionais e comportamentais passam a ser analisados em conjunto com suscetibilidades individuais e condições específicas a determinados grupos populacionais e/ou nações, de modo a permitir visualizar a abrangência da epidemia. A medida da vulnerabilidade de uma pessoa seria, portanto, o resultado da interseção destes diversos fatores.

O conceito de “grupos de risco” foi abandonado passando a ser reconhecida a presença de múltiplos fatores – e não somente fatores individuais – na propagação do HIV. As chances de cada pessoa são checadas a partir de suas condições individuais e/ou sociais de expor-se,

infectar-se com o HIV, adoecer em consequência da imunodeficiência e, até mesmo, vir a morrer em decorrência da ação do vírus.

A partir desta perspectiva Jonathan Mann desenvolveu uma nova conceituação de vulnerabilidade que se aproxima de uma qualidade de sujeitos e de coletividades modelada em três dimensões: Vulnerabilidade individual, programática e social.

A vulnerabilidade individual diz respeito ao comportamento relacionado ao meio social em que emergem e se reproduzem, ao grau de consciência que os indivíduos têm sobre eles, ao potencial poder de transformação que estes indivíduos tenham sobre as suas condutas e aos atributos pessoais que condicionam a possibilidade de prevenção da infecção.

A dimensão programática contempla o nível da execução de políticas e programas voltados para o controle da infecção, assim como, os programas relacionados, indiretamente, ao controle da infecção pelo HIV, como por exemplo, aqueles relacionados à saúde reprodutiva, como assistência à mulher no parto, no puerpério e à criança.

A vulnerabilidade social abrange o componente estrutural condicionador do contexto em que a epidemia ocorre, tais como, as condições de vida, direitos humanos e a defesa da cidadania. Essa percepção é crucial para a implementação de políticas públicas bem orientadas e eficazes.

Paiva (2004) afirma que os padrões de vulnerabilidade experimentados por homens e mulheres são diferenciados em decorrência dos processos de socialização vivenciados ao longo de suas vidas e pelas diferentes possibilidades para implantar no seu cotidiano medidas preventivas.

As definições do que é ser homem e ser mulher tiveram sua origem na construção sócio-cultural e geraram os conceitos subjetivos de virilidade e feminilidade, que por sua vez, trouxeram obstáculos à percepção da vulnerabilidade a infecção pelo HIV, pois na lógica do patriarcado impingiram, respectivamente, ao homem e à mulher a liberdade e a submissão no âmbito da esfera sexual.

Saldanha e col (2005) corroboram dizendo que quando se trata de mulheres,

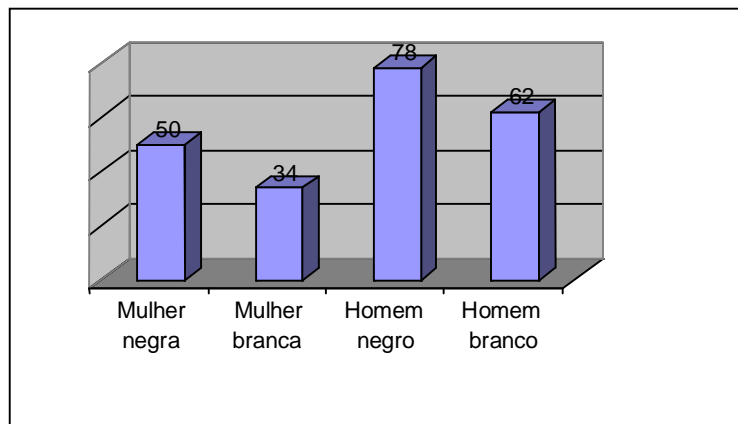
o maior agravante da vulnerabilidade é evidenciado pelas limitações no espaço de suas relações pessoais, principalmente, no que se refere à relação conjugal, local onde as reciclagens de gênero se encontram mais visíveis e, ao mesmo tempo, mais ocultas. O discurso da natureza feminina, os mitos da maternidade, da passividade e o discurso do amor romântico subsidiaram a construção histórica de uma forma subjetiva própria das mulheres trazendo como consequência sua fragilização, através de diversas formas de dependência objetivas e subjetivas.

A historiadora e feminista Wânia Sant'Anna buscando elucidar os diferenciais de incidência das desigualdades de gênero e raça no Brasil avaliou conjuntamente o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)¹ dos afrodescendentes e a condição de gênero e, conseguiu então, demonstrar que o cruzamento dos dois fatores, condição racial e de gênero, faz com que as mulheres negras ocupem as posições mais inferiores comparativamente aos homens, brancos e negros, e as mulheres brancas (Sant'Anna, 2001).

Os dados apresentados nos gráficos abaixo são resultantes do trabalho realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), a partir da Pesquisa "Comportamento Sexual da População Brasileira Percepções de Risco" junto à população jovem em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2000).

Nesta foi possível observar que em decorrência da baixa escolaridade (em média 5 anos de estudo) em relação à homens e mulheres brancos, as mulheres negras ingressam precocemente no mercado de trabalho, participando como principal segmento feminino da população economicamente ativa/ PEA (Gráfico1). Entretanto, a baixa qualificação e as condições raciais colocam as mulheres negras como o principal segmento entre aqueles sem qualquer renda (Gráfico2).

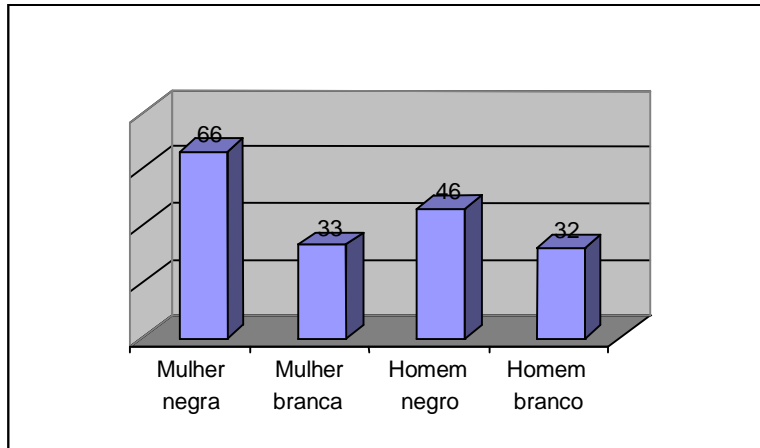
Gráfico 1: População Economicamente Ativa segundo sexo e raça



Fonte: CEBRAP, Juventudes, Raça e Vulnerabilidade, 2002

¹ O Índice de Desenvolvimento Humano ajustado a Gênero é uma peça importante na aferição da extensão e da profundidade das desigualdades produzidas pelo sexismo. Este indicador foi criado pelo PNUD no ano de 1995, ano da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada pelas Nações Unidas em Beijin, China.

Gráfico 2: População sem renda, segundo sexo e raça (%)



Fonte: CEBRAP, Juventudes, Raça e Vulnerabilidade, 2002

A discussão das desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente aponta para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, ser negra e pobre. Se por um lado, esse esquema de análise torna mais fácil a compreensão de três poderosos fatores determinantes da violência estrutural que atinge a sociedade, por outro, requer a compreensão de que a mulher negra, como ser indivisível, vivencia simultaneamente graus extremos de violência decorrentes do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, submetendo-as a uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Analisando especificamente os fatores de vulnerabilidade e considerando que o racismo tem sido um fator de influência e/ou determinação do lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu acesso, maior ou menor, à riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, informação, entre outros, pode-se visualizar sua participação na possibilidade de maior incidência do HIV sobre a população negra. Igualmente, pode-se também, perceber o racismo como fator determinante de uma barreira, mais ou menos, intransponível em relação ao acesso aos meios para prevenção, tratamento e controle da infecção, tanto no âmbito individual como coletivo, para toda a população de afrodescendentes.

Diante do exposto, foi possível compreender a importância de conhecer as dimensões da vulnerabilidade, assim como, sua articulação com os determinantes de gênero e raça, na apreensão desta temática estudada.

2.2 A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA

Os primeiros casos notificados de aids no Brasil foram, majoritariamente, em homens que faziam sexo com outros homens (homossexuais ou bissexuais) e/ou usuários de drogas injetáveis. As poucas mulheres que participaram das estimativas nesta época eram usuárias de drogas injetáveis, o que coincidia com os padrões americano e europeu da epidemia, diferente do padrão africano, no qual o número de homens e mulheres mostrou-se equânime desde o início da epidemia BASTOS (2000). Entretanto, a partir da década de 90 do século XX, o mundo experimentou um crescimento importante no número de mulheres contaminadas, caracterizando a feminização da epidemia.

A feminização da epidemia despertou a atenção para a mudança do rumo epidêmico, para além dos comportamentos sexuais femininos, até então conceituados como de alto risco, ou seja, aqueles apresentados por mulheres profissionais do sexo e usuárias de drogas injetáveis.

Como assinala Guimarães (2001), a aids transpôs as barreiras milenares que acobertavam as mulheres tidas como socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Ainda assim, segundo a autora, segue valendo a dicotomia que coloca de um lado a mulher “do lar”, vítima do parceiro “bissexual” e, de outro, a mulher “sexualmente promíscua”, responsável por sua própria infecção e um dos vetores da transmissão do vírus. Tal dicotomia leva a que a maioria das mulheres não se perceba em risco diante do HIV e sejam vítimas do diagnóstico tardio.

No entanto, biologicamente a mulher é considerada mais vulnerável à infecção pelo HIV que os homens por inúmeros fatores: a própria estrutura anatômica da vagina permite que seja armazenado o sêmen que possui uma concentração maior de HIV que o líquido vaginal; as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), que na maioria das vezes apresentam-se assintomáticas na mulher, causam micro-lesões na mucosa vaginal fragilizando as barreiras naturais. Este risco acentua-se quando se fala de mulheres muito jovens (pré-adolescentes), pois a imaturidade do aparelho genital favorece à fragilidade (CHIRIBOGA, 1997; COLL et al., 1999; ENG; BUTLER, 1997 apud BASTOS (2001).

Do ponto de vista sócio-econômico e cultural, a pobreza, a dificuldade de acesso ao estudo e aos serviços de saúde e as relações de gênero debilitam e submetem as mulheres a situações de desigualdade e inferiorização.

A baixa escolaridade implica em vínculos empregatícios de baixa remuneração, contribuindo para situações de pobreza, o que leva à dificuldade de acesso aos preservativos e aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde, o que não é diferente para as IST.

Para Paiva (2000), no que respeita à aids, a baixa escolaridade de homens e mulheres aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV, por interferir na capacidade de compreensão das mensagens que são veiculadas, levando ao não entendimento sobre a dimensão da problemática ou, ainda, pela crença em falsas informações em relação às formas de transmissão do HIV. Vale ressaltar, que os dados da epidemia da aids têm mostrado segundo Santos, 2002, que neste particular as mulheres apresentam o menor nível de escolaridade:

Nos primeiros anos da epidemia predominavam homens com nível superior de ensino, a partir dos anos 90, a proporção de homens com escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental tem aumentado, entretanto para as mulheres, sempre predominou a baixa escolaridade, com exceção do ano de 1984, em que, dos 2 casos notificados, 1 referia o 1º grau e o outro o 2º grau. Nos anos seguintes, a proporção de mulheres com escolaridade igual ou inferior ao 1º grau correspondeu a mais de 80%. As mulheres com nível superior de ensino representam cerca de 4% do total acumulado.

Parker e Camargo (2000) denominaram de progressiva feminização da pobreza e miséria a consequência das condições desiguais de acesso ao mercado formal de trabalho vivenciadas pelas mulheres, onde as que vivem em situação de pobreza tornam-se cada vez mais excluídas em decorrência da opressão de classe e gênero.

Outro fator que acresce a vulnerabilidade, principalmente das mulheres que procuram os serviços de saúde, é a vinculação da sexualidade à reprodução, mais especificamente, à contracepção. Assim, as mulheres que não se encaixam nessa lógica (jovens que desejam exercer livremente sua sexualidade, mulheres laqueadas ou mulheres menopausadas) são desconsideradas nos programas de educação preventiva. O que é corroborado por Saldanha e col , 2005, (p.163)

A pouca disponibilidade de métodos preventivos controlados pelas mulheres, que aliada a assimetria do poder de decisão nas relações afetivo-sexuais, e as taxas crescentes de esterilização feminina, principalmente entre mulheres mais pobres e jovens, provoca a disjunção entre medidas anticoncepcionais e de prevenção das ISTs e a aids, tornando ainda mais complexo o processo de prevenção.

Bastos apud Saldanha 2005 atribui à questão de gênero o ponto central da feminização da epidemia de HIV/aids. Para o autor, o tratamento desigual dado aos gêneros, em termos

políticos, culturais e sócio-econômicos repercute nas relações desiguais de poder e no acesso diferenciado a bens materiais, tanto na família como na sociedade.

As questões de gênero exercem forte influência nas relações de poder, trazendo como consequência a subordinação das mulheres frente aos homens. Em nossa sociedade patriarcal, culturalmente o controle das relações sexuais pertence ao homem. Portanto, diminuem as possibilidades de negociar o uso dos preservativos e de práticas sexuais mais seguras, o que contribui para aumentar a vulnerabilidade feminina à infecção (Santos, 2007, p.19).

A feminização da epidemia desnudou a importância das discussões das relações de gênero para melhor entendimento deste fenômeno. Dentre as várias questões que envolvem gênero está a negociação sexual. Hoje essa prática está vinculada à proteção e preservação da saúde, antes, porém, a idéia de negociação sexual não apresentava reconhecimento positivo entre o público, já que quem negociava sexo eram prostitutas, michês, cafetões e cafetinas. A partir de estratégias para enfrentamento da epidemia da aids é que esse tema se torna uma questão importante, se ampliando quando a exposição heterossexual ganha grandes proporções, principalmente quando se trata da exposição feminina.

BARKER (2006) afirma que as mulheres se tornam mais vulneráveis à aids devido ao comportamento dos homens, isso porque, eles possuem um papel predominante em decidir quando e como terão relações sexuais e se usarão ou não o preservativo, e de forma geral, detêm um poder maior sobre as mulheres nos âmbitos econômico, doméstico e da intimidade.

A negociação sexual pressupõe que há algo a ser barganhado, uma disputa por algum benefício entre duas partes, onde em princípio uma delas não está de acordo com os meios de barganha. A desvantagem das mulheres nessa medida interventora é verificada quando se percebe que a principal medida preventiva negociável é o uso da camisinha, seja ela a masculina ou feminina. Várias questões irão restringir a exigência do uso da camisinha por si ou pelo parceiro, uma vez que usar ou não preservativo não é só uma escolha individual, mas uma escolha que depende diretamente da aceitação ou não do parceiro e implica custos e benefícios.

Dentre as restrições para uso da camisinha estão as representações de amor e sexualidade que homens e mulheres apresentam em relação aos seus encontros sexuais e que se contrapõem às exigências dessa ordem. Outra questão é o pouco hábito de discussão sobre sexo entre os parceiros, já que a contracepção é culturalmente um dever feminino e as ISTs passam muitas vezes despercebidas pelos casais e serviços de saúde.

Outros fatores, ainda, compõem a lista de dificuldades para o uso ou não do condom masculino, tais como: a possibilidade de colocar em jogo toda a relação afetiva a partir de dúvidas sobre fidelidade e a exposição do poder de decisão do parceiro, que geraria o medo de reações violentas por parte destes, já que são eles que usam o preservativo.

A dificuldade em negociar o sexo protegido, independentemente do grau de instrução, poder aquisitivo ou independência financeira da mulher, revela a opressão feminina. Entretanto, a estabilidade do vínculo é interpretada como um passaporte seguro para a não contaminação tanto para os homens como para as mulheres.

Assim, Souza (2004) diz que a concepção de casamento para mulheres, sejam elas negras ou brancas, funde-se numa percepção de monogamia absoluta, razão pela qual excluem o uso da camisinha, neste caso a questão de gênero predomina em relação a raça.

Meyer et al (2003) sugerem que estratégias eficientes de prevenção do HIV/aids precisariam apoiar-se mais em estudos que incorporem teorizações de gênero. Argumentam que isso possibilitaria compreender não só o comportamento de mulheres e homens, mas, sobretudo “como ele é gerado e o que o alimenta”, para subsidiar as alternativas a serem desenvolvidas de forma concomitante, com diferentes segmentos da população e com focos diversos de intervenção.

Entende-se assim, que o uso do conceito de gênero permite entender que as desigualdades entre homens e mulheres, assim como, as relações de poder e dominação masculina são construídas socialmente e não biologicamente, entretanto, não se pode perder a perspectiva de articulá-lo com o conceito de raça para melhor compreensão destas desigualdades.

2.3 ARTICULANDO RAÇA E VULNERABILIDADE NA INFECÇÃO PELO HIV

2.3.1 Conceituando Raça

O uso do termo “raça” começou a ser utilizado no início do séc. XVI pela biologia como tentativa de explicar a diversidade humana (subespécies). Infelizmente, desde o início, foi estabelecida uma escala de valores entre as chamadas raças. Foram eleitos caracteres biológicos, tais como, cor da pele, traços morfológicos, e os associaram às qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais dos indivíduos. Desta forma, os indivíduos da raça branca, foram considerados mais bonitos, mais inteligentes, mais honestos e, conseqüentemente, capazes de dirigir e dominar as outras raças, principalmente a negra, mais escura de todas e considerada como mais emocional, menos honesta, menos inteligente e, portanto a mais sujeita à escravidão e a todas as formas de dominação (FIGUEROA, 2004).

Pode-se observar que o conceito de raça, tal como é empregado hoje, nada tem de biológico, pois sabe-se que 99% da constituição genética dos seres humanos é comum a todos os grupos étnicos (WBS/Centre for Evidence in Ethnicity, Health and Diversity, 2003), ou, em outro enfoque, que 90 a 95% da variabilidade genética humana ocorre dentro dos chamados “grupos raciais” e não entre eles. Assim, a adoção do termo continua sendo objeto de controvérsias entre demógrafos e estatísticos, que o adotam, enquanto que muitos geneticistas e antropólogos o contestam (PENA, 2002).

Na verdade, o conceito de raça, é carregado de ideologia, e como todas as ideologias, ele esconde a relação de poder e de dominação. Se na cabeça de um geneticista ou de um biólogo a raça não existe, no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas existem, ainda, raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos. É a partir dessas raças fictícias ou “raças sociais” que se reproduzem e se mantêm os racismos populares (Munanga, 2003).

“Entretanto, embora não seja útil como categoria biológica, raça é um importante constructo social, que determina identidades, acesso a recursos e a valorização da sociedade”. Assim, interagindo com outros marcadores de posição social (exemplo: gênero, educação, renda), a raça contribui para a maior ou menor exposição a diferentes riscos à saúde (CHOR e LIMA, 2005).

O Brasil tem uma dívida histórica para com a população negra. Por anos a fio, foi dificultado, ou mesmo negado, o acesso de milhões de afrodescendentes aos bens sociais. Fomos o país que recebeu o maior número de escravos entre os séculos XVI e XIX e o último

a realizar a abolição, e esses quando emancipados, em 1888, tiveram de enfrentar em termos desfavoráveis, a concorrência por trabalho assalariado com mais de um milhão e meio de imigrantes brancos trazidos para este país com o financiamento do governo e do setor privados, que, acreditando nos ideais racistas desenvolvidos e justificados pela ciência do momento, consideravam as populações negra e indígena inferiores (STEPAN, 2005).

O Brasil foi o único país latino-americano a ter um movimento eugênico organizado e significativo, que modelou a ciência, o pensamento social e as políticas públicas. Nas duas primeiras décadas do século XX, o movimento eugênico enfatizava a educação, a reforma social e o saneamento como meio de alcançar melhoramentos da raça e resolver a “questão nacional” (ROLAND, 2001).

Os eugenistas daquela época acreditavam que a ampla miscigenação que ocorria no país levaria a um processo de “branqueamento” da população, como um resultado da natural superioridade dos brancos. Em 1933, o sociólogo Gilberto Freyre muda a ênfase da biologia para a cultura, como também, a visão negativa da herança indígena e negra. Embora mantendo a crença na superioridade do colonizador europeu, Freyre avaliou como positiva a contribuição das duas outras raças que constituíram o povo brasileiro. Contudo, em vez de falar em “branqueamento” vai falar em “brasilidade”, transformando-se no mais conhecido defensor do mito da democracia racial. Torna-se pertinente lembrar que o mito da democracia racial por sua vez bloqueou durante muitos anos o debate nacional sobre as políticas de ação afirmativa (ROLAND, 2001).

2.3.2 Atenção à saúde da população negra

Os primeiros anos da década de 90, do século XX, foram marcados por intensas discussões sobre formas de enfrentamento do racismo no país, e apesar de não haver consenso quanto aos diagnósticos e as soluções para o problema, viu-se uma maior visibilidade em função do debate sobre os temas da pobreza e justiça social.

A necessidade da elaboração de uma política específica de atenção à saúde da população negra foi justificada pelas evidências de que as desigualdades entre negros e brancos quanto à escolaridade, renda e saneamento e, pelo fato de a universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não ser suficiente para assegurar a equidade, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, colaborando para o agravamento “das condições sanitárias de afro-brasileiros” (MAIO, 2005).

Entretanto, mesmo após a implantação de políticas específicas as desigualdades étnico-raciais, no âmbito da saúde, têm sido pouco investigadas no Brasil, ao contrário de outros campos como o da educação, mercado de trabalho e justiça. Por exemplo, somente em 1995/1996 o campo raça/cor foi incluído em dois sistemas de registro contínuo (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informação sobre Nascimentos - SINASC), de acordo com as categorias adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (CHOR, LIMA, 2005).

A atual classificação racial do IBGE, utilizada desde 1991, para fins de estudos demográficos, baseia-se na auto-declaração, ou seja, a pessoa escolhe, em um rol de cinco itens (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) e classifica a sua cor. Como toda classificação racial é arbitrária e aceita não sem reservas, a do IBGE não foge à regra, pois possui limitações desde 1940, quando coletou pela primeira vez o quesito cor.

Sabe-se que raça não é uma categoria biológica, e que todas as classificações raciais, inevitavelmente, padecerão de limitações. Todavia, os dados coletados pelo IBGE, ao reunirem informações em âmbito nacional, são extremamente úteis, pois apresentam grande unidade, o que permite o estabelecimento de um padrão confiável de comparação.

O IBGE trabalha então com o que se chama de "quesito cor", ou seja, a "cor da pele", conforme as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Um outro dado que merece destaque é que a população negra, para a demografia, é o somatório de preto + pardo. Cabe ressaltar, no entanto, que preto é cor e negro é raça. Não há "cor negra", como muito se ouve. Há cor preta. (OLIVEIRA, 2004a, p.10)

A adoção do quesito cor em diversos campos da pesquisa sociológica se tornou mais freqüente após os estudos da escola sociológica da USP nos anos 40, do século XX, e tem demonstrado que o racismo, assim como, a classe sócio-econômica, é estruturante na sociedade brasileira (IANNI, apud BRASIL, 2004a).

A distribuição de riqueza e o acesso a oportunidades e serviços - fatores que determinam ou condicionam a qualidade de vida e a saúde das pessoas - obedecem a um duplo ordenamento classificatório: por posição de classe e por raça/cor.

2.3.2 Articulando Raça e Classe social na vulnerabilidade de mulheres

Segundo Henriques (2001, p.15), pertencer a uma determinada raça exerce "importância significativa na estruturação das desigualdades sociais e econômicas no Brasil". Ressalta, ainda, este autor que o desenvolvimento das potencialidades e o progresso social da

população negra são impedidos pela grande desigualdade racial, que geralmente está associada às formas sutis de discriminação.

A população negra, em 2003, representava 47,3% da população brasileira, aproximadamente 73% da população do Norte e 71% da do Nordeste. Na região Sul, essa proporção não passava de 18% e atingia 37,2% no Sudeste e 56,3% no Centro-Oeste (IBGE, 2003). “Dentre estes estão inclusos os auto-declarados pretos e pardos. Essa agregação é justificada estatisticamente, pela uniformidade de características socioeconômicas dos dois grupos e teoricamente, pelo fato de as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem da mesma natureza. Ou seja, é pela sua parcela preta [ou pela origem indígena – pode-se completar] que os pardos são discriminados” (OSÓRIO, 2003:24 apud BRASIL, 2004a).

Análises sobre as desigualdades raciais demonstram que, no contexto socioeconômico e no da pobreza, a injustiça social é responsável pelo enorme contingente de pobres em nossa sociedade. Se for tomada a série histórica de 1982 a 2003, do Atlas Racial Brasileiro, (BRASIL, 2004b) verifica-se que não houve nenhum avanço na redução dos diferenciais entre negros e brancos pobres. A partir de 1995, observa-se que do total da população negra, no Brasil, 50% vive abaixo da linha de pobreza, enquanto que o mesmo só ocorre para 25% da população branca brasileira.

Essa grande representatividade aumenta quando considerada apenas a população pobre e indigente: a população negra é de, aproximadamente, 65% da população pobre e 70% da população indigente (HENRIQUES, 2001).

O dossiê “Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas” (2003) revela que os afrodescendentes ocupam, historicamente, a base da pirâmide social. Neste grupo 69,0 % dos indivíduos vivem em situação de pobreza. O dossiê informa, ainda, que a dimensão racial é um desafio à implementação de políticas públicas, dada a distância entre o bem-estar da população branca e de afro descendentes em todas as regiões. A distância é, ainda, maior com relação às mulheres negras (CORRAL, 2000).

No campo da saúde, não obstante os importantes avanços na saúde pública advindos da implantação do SUS, as desigualdades raciais se manifestam em diversas áreas: no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população usuária quanto ao diagnóstico, a consulta, a internação, a promoção (saneamento), a prevenção e a recuperação; nos dados relativos à mortalidade (principalmente infantil, materna e entre jovens), anos perdidos, expectativa de vida e morbidade (BRASIL, 2004a).

A manutenção do racismo no âmbito da saúde, pelos formuladores e executores de políticas públicas de saúde, mantêm a recusa em identificar a população negra brasileira como objeto de atenção à saúde, contribuindo para a manutenção da falta de conhecimento sobre morbi-mortalidade específicos deste grupo populacional, e sobretudo atrasando a implementação de ações voltadas para a melhoria (OLIVEIRA, 2004b).

A desigualdade perante a morte no Brasil é um dado cruel da realidade, calcada nas disparidades regionais (a expectativa de vida é maior nas regiões Sudeste e Sul. No Nordeste morre-se mais cedo) e com acentuado recorte racial/étnico, como tão bem detectou Cunha (1997):

No caso de mortalidade adulta feminina constatou-se que a probabilidade de sobreviver de mulheres entre 25 e 75 anos, classificadas como brancas, são sistematicamente maiores do que a das mulheres negras (...) A menores níveis de mortalidade adulta feminina, maiores perdas são constatadas entre as mulheres negras.

Segundo Lopes (2004), as mulheres negras têm menores chances de fazer consultas ginecológicas completas ou consultas de pré-natal e de receber as informações necessárias sobre o parto, além de apresentarem as maiores probabilidades de ter o primeiro filho antes dos 16 anos de idade.

No Brasil, há tempos o movimento de mulheres negras vem chamando atenção para a possibilidade de aumento de infecção pelo HIV na população negra, principalmente, entre as mulheres.

Dados de uma pesquisa nacional realizada em 1999, em domicílios da zona urbana (BRASIL, 2000), mostram que o uso de preservativo masculino era mais comum entre a população jovem brasileira que entre os adultos (46% para aqueles de 16 a 24 anos contra 18% para aqueles com 25 anos ou mais), embora a população jovem aparentemente esteja adotando práticas sexuais mais seguras, notam-se disparidades brutais no grupo das meninas: enquanto 42% das meninas brancas protegem-se utilizando preservativo, apenas 28% das negras o fazem (PINHO e col., 2002).

Em outra pesquisa nacional, realizada pelo Ministério da Saúde, com o auxílio do IBOPE, observou-se que, para a população negra sexualmente ativa, de 14 anos e mais, o preço do preservativo é um dos principais impeditivos do uso. Para cada branco que citou o preço em primeiro lugar, existiram 2,2 negros citando-o. Para 45% desse grupo, o uso de preservativo em todas as relações faria diferença no orçamento contra 37,6% relatado pela população branca sexualmente ativa (IBOPE, 2003).

Em função do ônus da compra em seu orçamento familiar, a população negra depende mais do serviço de saúde para obter o recurso preventivo, embora tenha menos conhecimento sobre a distribuição gratuita dos mesmos (IBOPE, 2003). No mesmo estudo, destaca-se o fato de a proporção de realização do teste anti-HIV ser maior entre os não-negros que entre os negros –33,2% versus 27,1% (FRANÇA JUNIOR e col., 2003).

A falta de acesso aos recursos preventivos ou a falta de habilidades para utilizar ou negociar sua utilização, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade.

Entre os que vivem com a infecção pelo HIV, a vida apresenta-se especialmente difícil para as mulheres negras. É o que mostram as pesquisas realizadas por Guimarães (2001), no Rio de Janeiro e Lopes (2003), em São Paulo. De acordo com Guimarães (2001), as mulheres negras doentes de aids vivenciam mais histórias de peregrinação em busca de internação e tratamento que as demais. Em São Paulo, mulheres negras atendidas em 3 Centros de Referência para Aids apresentavam as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e rendimento familiar. Com maior frequência, elas figuravam como as principais responsáveis pelo orçamento familiar e cuidavam de uma quantidade maior de pessoas.

Em sua maioria, as negras tiveram seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, adoecimento ou morte do parceiro ou filho; deixaram de receber orientação anterior e posterior ao teste; e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de receber informações corretas e adequadas sobre seu estado clínico, sobre redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de antiretrovirais para o recém-nascido.

Ainda no serviço especializado, elas relataram: maiores dificuldades em entender o que os médicos – infectologista e ginecologista – diziam; maiores dificuldades em tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações; em conversar sobre sua vida sexual e solicitar orientação.

Em 2004, foi realizada uma pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras IST com a população entre 15 e 54 anos. Os resultados dessa pesquisa apontam para algumas desvantagens da população negra em relação à branca. No que diz respeito ao conhecimento das formas de transmissão do HIV, enquanto 8% da população negra não sabiam citar formas de transmissão do HIV a proporção comparável entre os brancos foi 40% menor. O mesmo ocorre em relação às formas de prevenção do HIV, onde a proporção da população negra é 30% menor do que a comparável entre os brancos.

Além disso, em relação ao indicador de conhecimento correto, o resultado obtido pela população negra foi de 63,5% quase 10 % menor do que o obtido pelos brancos (73%). As

diferenças se agravam quando as comparações são feitas entre aqueles de menor escolaridade – esse indicador varia entre 65,3% e 56,2% para brancos e negros com ensino fundamental incompleto, respectivamente (BRASIL, 2004a).

Os dados sobre a saúde da mulher negra brasileira são incipientes e a maioria de suas "especificidades" (condições biológicas e doenças), são conhecidas através dos dados de outros países. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça são absolutamente necessários para que possamos avaliar a qualidade de vida dos grupos populacionais raciais ou étnicos; de que adoecem, como adoecem e de que morrem. Ou seja, nos fornecem dados mais confiáveis e reais da morbidade e da mortalidade.

Em todos os seus setores, a sociedade brasileira, ainda, não atingiu a compreensão da dimensão dos diferenciais raciais, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde. As dificuldades são tantas e tamanhas que o quesito cor - a identificação racial - é um desafio nos meios científicos, entre profissionais, serviços, formuladores e implementadores das políticas de saúde.

Todavia, o primeiro passo para enfrentar de modo eficaz a epidemia do HIV na sociedade brasileira é reconhecer as diferentes níveis de vulnerabilidades que fragilizam de maneira mais intensa segmentos específicos da sociedade. E, principalmente, no que se refere à vulnerabilidade das mulheres, é preciso reconhecer a força com que fatores como raça e pobreza concorrem para expor cada vez mais as mulheres negras ao risco de contrair o vírus HIV (WERNECK, 2001).

A crença de que o preconceito de classe é mais forte de que o preconceito racial é, facilmente, derrubada pelos principais estudos realizados sobre o tema nos últimos anos, uma vez que “desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil” (SEPIR, 2004).

Segundo Osório (2003), esses estudos comprovam que, independentemente da classe social, as desigualdades entre brancos e negros permanecem, e que não há explicação outra que não o racismo. Além disso, por razões históricas, a população negra tem dupla desvantagem na mobilidade social: normalmente vem de faixas mais pobres e enfrenta as barreiras que resultam em menor escolaridade e realização ocupacional.

Bastos (2000) corrobora com a assertiva concluindo que a pobreza está, de fato, associada a alguns fatores que se constituem em barreiras ao processo de mudanças que minimizem os riscos de contaminação pelo HIV. Entre estas barreiras, inclui-se: a indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção, dificuldades de acesso a serviços de prevenção e tratamento e menor escolaridade, entre outros.

3 CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 EIXO TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações que se tem da aids ainda hoje são, em sua maioria, fruto das primeiras informações noticiadas, que apresentavam à sociedade uma doença grave, de evolução rápida, cuja patogenia era desconhecida e letal, suas vítimas eram, principalmente, homossexuais masculinos, sendo a aids um objeto social novo e ameaçador. A aids foi, então, associada a algo distante que nunca faria parte do cotidiano das pessoas que não pertencessem a este rol.

Bajos et al. (1998) apud Oltramari (2004) afirmam que o conhecimento que temos sobre os riscos para a nossa saúde é adquirido de duas formas: pela experiência individual (e direta) ou pela experiência coletiva (mediada pelos grupos sociais), no caso da aids, o segundo modo seria o mais comum. O que as pessoas sabem e entendem sobre a aids advém das conversas cotidianas, conselhos, vividos em seus grupos de pertença e no contato com a mídia. Estas formas de conhecimento, não especializados, caracterizam o senso comum.

Neste estudo, optou-se por utilizar como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) do psicólogo francês Serge Moscovici, por ser considerada como uma “teoria do senso comum”. Para Moscovici (1981), as representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. As representações são criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Elas se parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social formaliza uma “(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

O termo representação social origina-se dos conceitos de representação coletiva e individual criados por Durkheim e Lévi-Bruhl. Estes autores procuravam criar uma teoria que explicasse o pensamento mítico, mágico e religioso. Acreditavam que o substrato da representação coletiva era a sociedade, sendo assim, impessoal e permanente, enquanto na individual o substrato era a própria consciência de cada um, portanto flutuante e subjetiva. Faltava então um elo entre o indivíduo e a sociedade que só mais tarde foi dado por Moscovici (NOBREGA, 2003).

A primeira obra de Moscovici que introduz o conceito da Teoria foi *La psychanalyse, son image et son public (1961, 1976)*, fruto de um estudo realizado em Paris, no final da década de 50, que objetivava compreender como a teoria psicanalítica se disseminava de forma diferente nos diversos grupos. Nesta oportunidade, o autor estudou a representação social da psicanálise para grupos específicos daquela cidade.

A TRS inseriu-se inicialmente nas ciências sociais, sendo hoje muito utilizada nos estudos da área da saúde, principalmente, naqueles que tratavam do processo de saúde-doença. Spink (1989:10) apud Paiva (2001) corrobora com esta assertiva quando afirma que:

As representações sociais constituem 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 conhecimentos ou como relações sociais, com um grupo definido como detentor do saber.

De acordo com Jodelet (1989), a representação social é uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que faz com que isso aconteça se dá pelo contexto concreto, no qual estas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das idéias respectivas de um determinado grupo social.

Para Moscovici (1998), as formas de identificação concreta das representações sociais estão nas comunicações em geral, onde se elaboram os conhecimentos de senso comum. Assim, as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos do senso comum, mas, também, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado.

As representações sociais são constituídas a partir de uma forma de construção e reconstrução de sentidos dos objetos socialmente representados pelos grupos. Estas não devem ser compreendidas como uma simples cópia, interiorizada, de uma imagem vinda do exterior. Elas devem ser pensadas como um processo de construção simbólica, a partir da realidade de determinados grupos (JODELET, 1989).

Para assumir uma determinada posição simbólica e transformar um conhecimento científico, em conhecimento do senso comum, são necessários dois processos básicos: a ancoragem (que consiste em incorporar um fato ou informação estranha em uma categoria mais familiar, em sistemas prévios de classificação) e a objetivação (que consiste em tornar concreto o que é abstrato). Estudar a ancoragem das atitudes nas relações sociais que as

produzem significa estudá-las como representações sociais (DOISE, 2001 apud BÁRBARA 2005).

A ancoragem é um processo de classificação onde o não-familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar. Ela acontece em dois momentos: antes e depois da objetivação. Quando acontece antes da objetivação, exerce um poder de nomear (categorizar) fenômenos para os grupos sociais. Quando acontece depois, refere-se a uma função social de classificação.

A objetivação, assim como a ancoragem, é mais um dos processos fundamentais para o fenômeno das representações sociais. Para VALA, 1993, p.360 ela se refere à “(...) forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso, através do qual, tais elementos adquirem materialidade e formam expressões de uma realidade vista como natural”.

Conforme Moscovici (1978), as representações sociais possuem três dimensões: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A informação está relacionada com a sistematização de um conhecimento que determinado grupo tem sobre um objeto social. Esta informação condiciona o tipo de representação que o grupo terá do objeto. O campo de representação ou imagem, “(...) remete-nos à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação” (MOSCOVICI, 1978, p. 69).

A Teoria das Representações Sociais tem sido cada vez mais utilizada em estudos que envolvem fenômenos relativos ao processo saúde-doença. Sendo a aids, um fenômeno social complexo, que envolve diversas variáveis, que vão para além dos aspectos epidemiológicos, ela tem sido utilizada para tentar explicar a problemática social da epidemia (GALVÃO, 2000). Isto se dá, principalmente, por sua possibilidade de oferecer uma variedade de significados que permitem a ancoragem da ação, ao tempo em que possibilita a atribuição de sentido aos fatos sociais, comportamentos, acontecimentos, grupos e pessoas.

Por ser a aids um fenômeno relativamente novo, vários trabalhos vêm sendo produzidos com intuito de decifrar como determinados grupos pensam sua problemática. Para tanto, Camargo (2000 p.99), salienta que “nossas representações sociais desta epidemia têm um papel importante no modo como agimos diante dela e da sua prevenção”.

Estudar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, articulada aos conceitos de gênero e raça e à luz da Teoria das Representações Sociais, inscreve as mulheres em outro patamar, para o qual se lança um novo olhar, desta vez voltado para a construção de um conhecimento prático

e compartilhado pelo grupo de pertença, buscando perceber as maneiras como as representações emergem, como as relações se estabelecidas entre si e, em que medida, uma determina a outra.

3.2 EIXO METODOLÓGICO

3.2.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, de abordagem multimétodos (qualitativo e quantitativo), fundamentado nos aportes da Teoria das Representações Sociais, para a qual se faz necessária à associação de métodos para garantir uma interpretação mais fidedigna das representações apreendidas e favorecer à complementaridade das descobertas.

Foi usado o método qualitativo para a investigação dos dados subjetivos, ou seja, aqueles que não podiam ser quantificados, pois como bem diz Minayo (1995, p.22):

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.

Já o método quantitativo foi utilizado para tratamento estatístico aos dados obtidos através do TALP (teste de associação livre de palavras), a partir do processamento dos dados feitos por um programa informático (Tri-Deux-Mots) e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

3.2.2 Cenários do Estudo

Os cenários da pesquisa foram constituídos por uma unidade ambulatorial de saúde integrante da rede de serviços oferecida pela Universidade, que tem como sua maior clientela alunos(as), funcionários(as) da Universidade e seus dependentes, embora também, atenda à população em geral e uma unidade de atenção básica da rede municipal de saúde localizada no Distrito Sanitário de Brotas, ambas situadas no município de Salvador.

A escolha por essas unidades foi propiciada pelas características das populações que buscavam atendimento, visto que o intuito era buscar mulheres de diferentes classes econômicas, sociais e culturais, para assim compreender se esses diferenciais, de alguma forma, causariam significância nas suas representações sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à aids.

3.2.3 Sujeitos do Estudo

Foram selecionadas, aleatoriamente, 124 mulheres negras e não negras, com idades entre 14 e 62 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (Apêndice C), sendo 70 mulheres que freqüentavam a unidade básica de saúde e 54 que foram atendidas no ambulatório da Universidade, que realizaram consultas de ginecológicas ou de planejamento familiar.

Todas as depoentes eram soronegativas para a o vírus HIV e foram submetidas ao TALP e apenas 03 negaram-se a participar da técnica do desenho estória com tema.

A escolha por esta população adveio da crença de que essas mulheres ao buscarem atendimento e orientações sobre sua saúde sexual estavam à procura de seu auto cuidado e por que não assim dizer, vulneráveis à infecção pelo HIV a partir do exercício da sexualidade. Destaca-se que foram incluídas mulheres fora do período reprodutivo dado que as mesmas usavam estas unidades para fazerem reposição hormonal durante o climatério e menopausa e estavam em plena atividade sexual o que as tornava em igual chance de participação frente aos critérios de inclusão como sujeitos da pesquisa (estar sendo atendida no lócus da pesquisa e ser ativa no que respeita à atividade sexual).

3.2.4 Coleta de dados e aspectos éticos

Para realização da coleta de dados o projeto foi submetido à avaliação no Comitê de Ética da Secretaria de Estadual de Saúde da Bahia em maio de 2007, tendo sido aprovado agosto de 2007, através do Parecer/Resolução nº 141/2007 (Anexo C).

Foi realizada uma visita prévia para reconhecimento dos cenários de pesquisa e disponibilizado à direção das Unidades pesquisadas uma cópia do projeto e do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A validação do instrumento para coleta de dados (TALP) ocorreu após realização de pré-teste com 10 pacientes, sendo realizado um ajuste referente à mudança de posição do estímulo aids e mulher negra.

A produção dos dados empíricos foi realizada a partir das TALP e a técnica do desenho estória com tema sendo finalizada após três meses de presença no campo.

Impreterivelmente, antes de iniciar o TALP foi fornecido a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido comunicando-as, sobre os objetivos e finalidades da

pesquisa, deixando bem claro que a ela não acarretaria quaisquer danos, mas que a qualquer momento, caso achasse necessário, poderia suspender sua participação sem nenhum ônus e/ou constrangimento.

Foi, também, garantido às informantes o anonimato e o sigilo sobre seus dados e solicitada a autorização publicação dos resultados com finalidade científica. Estes procedimentos éticos são importantes para assegurar os direitos dos sujeitos pesquisados e estão regulamentados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para a realização do TALP foi solicitado que cada entrevistada evocasse 5 palavras após ter sido estimulada por um termo que caracteriza o objeto da representação em estudo (SÁ, 1996), para tanto, foram utilizados os seguintes estímulos, de acordo com a classificação ordinária apresentada no Quadro 1: **Aids; Sexo; Sexualidade; aids e mulher negra; aids e mulher não negra; você mesma.**

Quadro 1 – CLASSIFICAÇÃO ORDINÁRIA DOS ESTÍMULOS INDUTORES

ESTÍMULO INDUTOR	NÚMERO DO ESTÍMULO
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo AIDS	01
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo SEXO	02
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo SEXUALIDADE	03
Cite 5 palavras que vem a sua cabeça quando digo AIDS E MULHER NEGRA	04
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo AIDS E MULHER NÃO NEGRA	05
Cite 5 palavras que vêm a sua cabeça quando digo VOCÊ MESMA	06

O teste de associação livre de palavras segundo Nóbrega e Coutinho (2003, p. 67) foi desenvolvido a partir da hipótese de que “a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável através das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade”. Esta técnica é muito utilizada nos estudos de representações sociais, por permitir uma análise qualitativa de dados processados quantitativamente com auxílio de softwares, através a análise fatorial de correspondência (AFC). E, ainda, segundo as autoras:

“A inserção dessa técnica às pesquisas que adotam a teoria das representações sociais objetiva identificar as representações latentes através da associação dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor” (NÓBREGA e COUTINHO, 2003).

Segundo Sá (1998) a utilização da técnica associação livre nos estudos sobre Representações Sociais auxilia na obtenção de conteúdos que poderiam permanecer dissimulados no discurso dos sujeitos. Essa técnica possibilita apreender os elementos constitutivos de uma representação permitindo “colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações” (Coutinho; Nóbrega, 2003, p.98).

Outra técnica utilizada foi o desenho-estória com tema já experimentada e validada em estudos de representações sociais. Esta é uma técnica projetiva que foi desenvolvida a partir do procedimento de Desenhos-Estória (Trinca, 1976) e segundo Coutinho (2005, p. 77) ela “reúne e utiliza informações de técnicas temáticas e gráficas com o objetivo de apreender elementos com vistas à ampliação de conhecimento do dinamismo da personalidade”.

É uma técnica do tipo projetiva e tem a vantagem de poder ser aplicada a pessoas de ambos os sexos e de qualquer nível mental, sócio-econômico e cultural, sua aplicação pode ser individual ou coletiva, podendo ser relatada a história verbalmente, caso a(o) participante vivencie alguma situação que a(o) impeça de escrever. No caso desta pesquisa todas as mulheres escreveram suas histórias. É recomendado que sua administração seja realizada no período diurno, devido ao uso de estímulos cromáticos (Trinca, 2003).

Como uma atividade espontânea, o desenho permite a expressão do verdadeiro *self* e sua real manifestação, estas inferências possibilitam uma generalização ao campo das RS, o que equivale dizer que o desenho possibilita, também, as reais manifestações destas últimas (Winnicott apud Coutinho, 2005).

A aplicação desta técnica ocorreu após o término do TALP, porém, no mesmo encontro. Neste momento foram ofertados, a todas as mulheres que aceitaram participar, papéis, canetas e lápis coloridos, sendo elas convidadas a demonstrar, através do desenho, o que entendiam sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à aids. Após o término do desenho, foi solicitado que as mesmas contassem (escrevessem) as histórias do que desenharam e lhes conferissem um título.

A técnica de desenho-estória com tema já foi utilizada e validada em pesquisas realizadas sobre representações sociais (Aiello-Tofolo, 1990; Aiello-Vaisberg, 1995; Coutinho, 2001, 2005). Segundo Coutinho (2001, p.79), as técnicas projetivas são valiosos “instrumentos de acesso às representações sociais, uma vez que possuem elementos

associados à esfera do inconsciente”, o que o torna, por isso, “um veículo promissor de facilitação de comunicação”.

3.2.5 Técnicas de Análise dos Dados

Para a análise dos dados obtidos no teste de associação livre de palavras foi realizada a análise fatorial de correspondência (AFC), obtida através do software Tri-deux-Mots que realiza o processamento dos dados coletados e revela - no jogo de oposições - as respostas aos estímulos indutores, favorecendo a identificação das representações sociais.

A partir das respostas dos sujeitos, foram construídos dicionários de vocábulos concernentes a cada estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se a uma análise semântica de conteúdos para codificação e introdução dos dados no *Software* “Tri-Deux Mots” (CIBOIS, 1995).

Torna-se pertinente mencionar que na variável cor, ítem1 (não negras) foram englobadas as mulheres que se auto declararam brancas, amarelas e indígenas e no ítem 2 (negras) as que se declararam pardas e pretas. Já na variável estado civil foram agrupadas às casadas, as mulheres que declararam vivenciar união estável.

QUADRO 2 - CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS FIXAS ADOTADAS NA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Faixa Etária	Cor	Escolaridade	Estado civil
1. 14 a 24 anos	1. Não negras	1. Ensino Fundamental (1º grau incompleto e completo)	1. Casada
2. 25 a 35 anos	2. Negras	2. Ensino Médio (2º grau incompleto e completo)	2. Solteira
3. 36 e + anos		3. Ensino Superior (3º grau incompleto e completo)	3. Divorciada

Após a elaboração, o banco de dados foi introduzido no software que procedeu a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), cujo principio básico consiste em destacar os eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional. O plano fatorial foi apresentado de forma gráfica,

evidenciando as variáveis fixas do estudo (Quadro 1) em relação às variáveis de opiniões – palavras evocadas pelos participantes. Utilizar a AFC, através do método *Tri-Deux-Mots* põe em evidência as relações de atração e exclusão entre os componentes representacionais dos diferentes grupos (RIBEIRO, COUTINHO e SALDANHA, 2005).

Em seguida procedeu-se a análise qualitativa do gráfico através do significado e do conteúdo semântico expresso pelas palavras evocadas e dispostas nos dois planos fatoriais. A opção por análises qualitativas, inclusive para os dados quantitativos obtidos através da AFC, se justifica pelo fato de que no campo das representações sociais, estas possuem maior significância.

Os dados coletados a partir da técnica de desenho estória com tema, usada como complementação à análise fatorial de correspondência, foram analisados com base no modelo proposto por Coutinho (2005), procedendo a observação sistemática dos desenhos e temas. A seleção dos desenhos por semelhanças gráficas e/ou aproximação dos temas, a leitura flutuante das unidades temáticas das histórias, o recorte e a categorização das unidades temáticas das histórias, a análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias e a análise e interpretação dos desenhos através do grafismo, foram os passos adotados em seguida.

A complementaridade entre técnicas, na análise dos resultados, enriquece o estudo por possibilitar a articulação do pensamento das informantes, a partir das análises das idéias existentes nas sociedades a partir das formas como estas se organizam nas mentes dessas pessoas (PEREIRA, 2005).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo trata da apresentação dos resultados e nele consta a caracterização dos sujeitos participantes do estudo, seguida dos relatos e discussões das informações obtidas através do Teste de Associação Livre de Palavras - TALP e dos desenhos história com tema, organizados segundo categorias e subcategorias.

O TALP e a técnica de desenho história com tema foram aplicados a 124 mulheres soronegativas para a infecção pelo HIV/aids. As informantes submetidas ao TALP, à exceção de 03 mulheres, foram às mesmas que participaram da técnica de desenho história com tema.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Participaram do teste de associação livre de palavras 124 mulheres, com idade entre 14 e 62 anos, estando 45% destas entre a faixa dos 14 aos 24 anos, 35.5% afirmaram serem casadas ou encontravam-se em união estável, 60% eram solteiras e apenas 4% eram divorciadas. No que se refere à cor 88% se auto-declararam negras. Os níveis de escolaridade mostraram-se bastante equiparados, sendo que 34.7%, 36.2% e 29% referiram ter cursado o ensino fundamental, ensino médio e superior, respectivamente. Porém, ao analisarmos separadamente os dados das duas instituições ficou notório que as mulheres não negras ocuparam o maior índice de acesso ao ensino superior. Demais informações referentes ao perfil das participantes estão descritas numa tabela no apêndice D.

4.2 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SEGUNDO O TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

A técnica de associação livre de palavras foi desenvolvida com mulheres atendidas nos dois cenários da pesquisa. A produção dos dados resultou da evocação aos estímulos indutores: **Aids** (estímulo 1); **Sexo** (estímulo 2); **Sexualidade** (estímulo 3); **aids e mulher negra** (estímulo 4); **aids e mulher não negra** (estímulo 5); **você mesma** (estímulo 6) agrupados de acordo com o significado semântico. Para composição do banco de dados, foram utilizadas como variáveis fixas: **idade, cor, escolaridade e estado civil** (Quadro 2).

O resultado da análise fatorial de correspondência (AFC) - obtida pelo software Tri-Deux-Mots, versão 2.2 Cibois (1995), permitiu apreender as representações sociais dos sujeitos do estudo e, para tanto, o processamento do banco de dados foi efetuado tomando

como referência a frequência igual ou superior a 8 (oito), para evocações de um mesmo estímulo indutor.

A análise fatorial de correspondência revelada no jogo de oposições demonstrou que a variável cor não apresentou significância diante do percentual total de respostas, possivelmente, em decorrência de a população estudada ter sido constituída em sua maioria de pessoas que se auto-referiram como sendo negras (88,7%, das quais 40,3% eram pardas e 48,4% eram pretas). De certa forma, este resultado não poderia ser diferente em se tratando de um estudo realizado na cidade de Salvador, reconhecida nos dados censitários como sendo a capital mais negra do país.

Como resultado da análise o programa informático elaborou um mapa fatorial composto por dois eixos F1 e F2 (Gráfico 3), onde foram evidenciadas as palavras que obtiveram maior significância no jogo das aproximações e das oposições das modalidades, ao tempo em que ofereceu uma leitura das variações semânticas na organização do campo espacial. Foram evocadas pelos sujeitos 2243 palavras, das quais 909 eram diferentes.

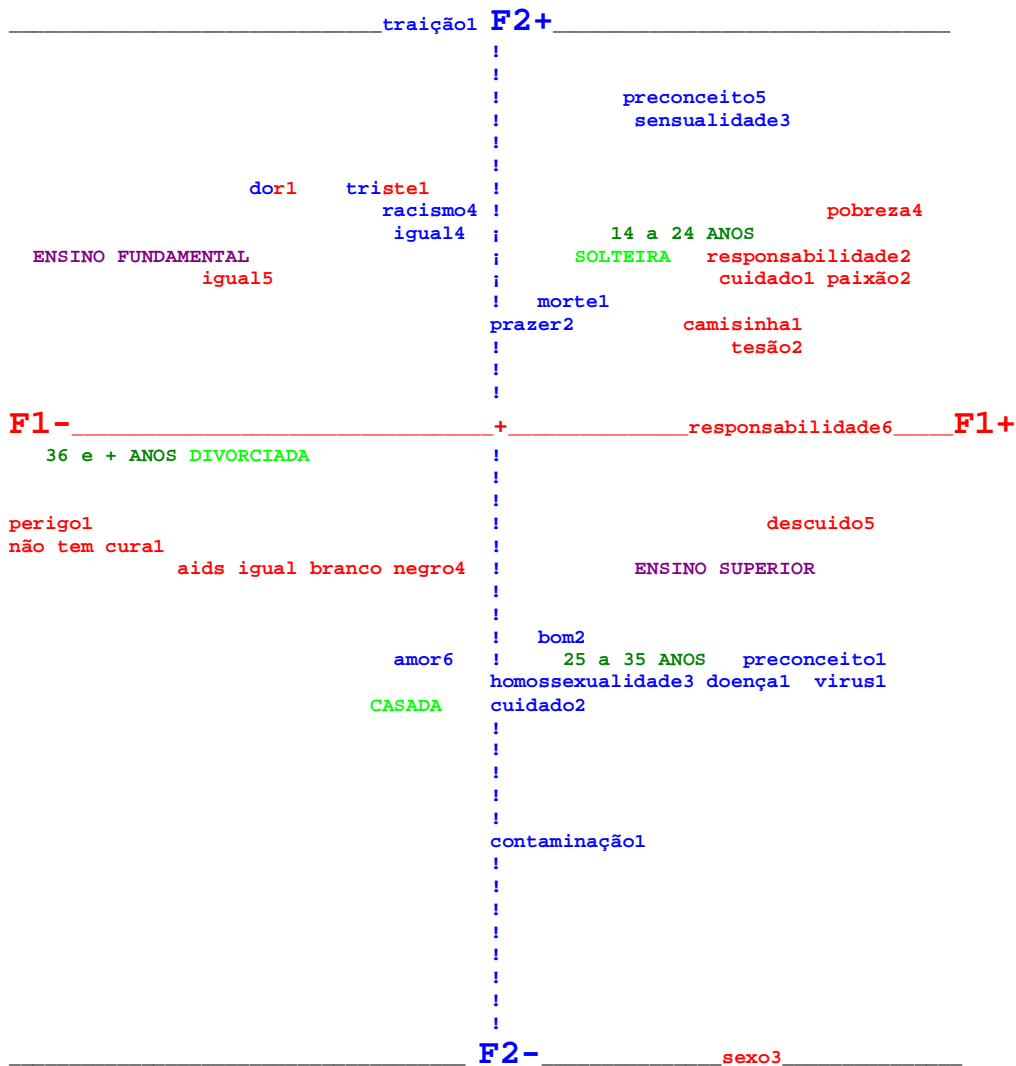
O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal explicou 33.4% de variância, valor ao qual foram somados os percentuais de 25% relativos ao fator 2 (F2) em azul, linha vertical do gráfico, alcançando 58.4% de variância total das respostas, o que denota que os dois fatores têm poder explicativo significativo, decorrentes de parâmetros estatísticos que possuem consistência interna e fidedignidade, consideradas as pesquisas realizadas no âmbito da teoria das representações sociais (NÓBREGA, 2003; COUTINHO, 2005).

A análise foi realizada a partir da leitura das palavras evocadas ou representações distribuídas de maneira oposta sobre estes eixos ou fatores e para melhor compreensão foram utilizadas as cores vermelho para identificar as evocações pertinentes ao eixo F1 e azul para as do eixo F2, seguidas de uma numeração, que nada mais é que o estímulo ao qual ela corresponde (Quadro 1).

Entretanto, observa-se na representação gráfica que as evocações “dor” e “triste” referentes ao estímulo 1 (aids), foram coloridas de ambas as cores, isso demonstra que as mesmas apresentaram no jogo de oposições significância para os dois fatores. Ainda neste gráfico, pode-se observar a presença de palavras nas cores verde e roxo, elas referem-se às variáveis fixas consideradas como relevantes no banco de dados processado.

Em atendimento ao que propõe a teoria das representações sociais o olhar para esta representação gráfica é de natureza qualitativa, permitindo desta forma, analisar as palavras evocadas, dispostas nos dois planos fatoriais, a partir do seu significado e do seu conteúdo semântico.

Gráfico 3: Análise Fatorial de correspondência das Representações Sociais das mulheres acerca de aids, sexo, sexualidade, aids e mulher negra, aids e mulher branca e de você mesma.



LEGENDA

PLANO FATORIAL		VARIÁVEIS DE OPINIÃO	
F1 – Eixo Horizontal à esquerda e direita, cor. vermelha		Estímulos Indutores	
F2 – Eixo Vertical superior e inferior, cor azul.		1 = aids 2 = sexo 3 = Sexualidade 4 = Aids e mulher negra 5 = aids e mulher não negra 6 = você mesma	
VARIÁVEIS FIXAS			
Faixa etária	Estado Civil	Cor	Escolaridade
14 a 24 anos	Solteira	Negra	Ensino fundamental
25 a 35 anos	Casada	Não negra	Ensino médio
36 e + anos	Divorciada		Ensino superior

De acordo com o gráfico podemos identificar que as respostas das mulheres jovens e solteiras que cursam/cursaram o ensino superior no eixo F1(+), situadas na parte esquerda do gráfico, evocaram as palavras **camisinha e cuidado** para o estímulo1 (aids). Estas representações estão ancoradas na perspectiva de prevenção, dado que as evocações revelam a idéia de adoção do sexo seguro e de medidas preventivas. As mulheres com 36 ou mais anos que cursaram o ensino fundamental, (eixo F1(-) à direita do gráfico) representaram a aids como uma **doença que não tem cura**, traz **perigo**, causa **dor** e as deixa **triste**, reiterando representações que estão presentes desde o início da epidemia.

Na análise do estímulo 2 (sexo) para o fator 1 (F1 +) as mulheres solteiras que ingressaram no ensino superior objetivaram suas representações a partir da **paixão** e do **tesão**, o que denota sentimentos de atração sexual, diferindo da visão romântica presente em outros estudos de representações sociais sobre a temática (PAIVA, 2000, LIMA, 1998, MARTIN, 1995). Além disso, expressaram a representação de que o sexo deve ser exercido com **responsabilidade**, deixando a impressão de que estão mais alertas para a percepção do risco de contaminação, assim como, de uma gravidez indesejada.

Para o eixo F1(-) onde estão as mulheres com 36 ou mais anos e que cursaram o ensino fundamental, não houve significância para as respostas a esse estímulo, denotando a dificuldade que as mulheres maduras têm de falar sobre questões relacionadas à esfera sexual.

Ainda no fator 1, verifica-se através das Representações Sociais das mulheres casadas com idade entre 25 a 35 anos e com escolaridade relativa ao ensino superior, que estas objetivam a sexualidade (estímulo indutor 3) através do **sexo** e, da mesma forma que ocorreu para o estímulo sexo, não houve significância nas respostas das demais mulheres.

A aids e mulheres negras (estímulo indutor 4), foi representado pelas mulheres solteiras com idade entre 14 e 24 anos que cursaram/cursam o ensino superior como uma questão de **pobreza**, apontando, pois para a vulnerabilidade social destas mulheres. Aquelas que estão com 36 e mais anos e freqüentaram o ensino fundamental, por sua vez, fizeram emergir a idéia de igualdade quando evocaram que a vulnerabilidade à aids para as mulheres é **igual para brancas e negras**.

Ao objetivarem a representação de pobreza para as mulheres negras, as jovens que ingressaram no ensino superior, desnudam um universo de significações que a pobreza traz consigo. Por exemplo, a taxa de analfabetismo entre as negras é o dobro do encontrado entre as brancas, são elas majoritariamente chefes de família, responsáveis pelo trabalho doméstico em seus lares ou nos lares de outras mulheres, pelo sustento da casa e pelo cuidado dos filhos e, o trabalho quando é remunerado, elas sempre estão ocupando postos de baixa remuneração.

Assim, as mulheres negras não desfrutam dos mesmos padrões de vida e de acesso a bens que as mulheres brancas e, por serem pobres acabam por ficarem mais expostas às discriminações raciais, de gênero e classe social.

Paiva (2000) corrobora com estas idéias e destaca que a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade feminina, porque interfere na capacidade de apreensão das mensagens que são veiculadas, levando a uma pequena possibilidade de compreensão sobre a dimensão da problemática trazida pela epidemia. Destaca, ainda, que a desinformação, se constitui, também, num fator determinante para a existência de falsas crenças em relação às formas de transmissão do HIV.

A representação de vulnerabilidade **igual para as mulheres brancas e negras**, objetivada pelas mulheres de 36 e mais anos e que cursaram o ensino fundamental, se coaduna com a concepção de que todos os indivíduos que não utilizam medidas de prevenção e de precaução da infecção pelo HIV estão susceptíveis à contaminação por este vírus.

Para aids e mulher não negra (estímulo 5) a representação de mulheres universitárias que estão na faixa etária de 14 a 24 anos, se deu a partir da evocação da palavra **descuido**, destacando a vulnerabilidade individual e, portanto, colocando a infecção como uma negligência das mulheres. O **descuido** está, também, relacionado ao não cumprimento de medidas preventivas, em especial, o uso do condom, pois seja ele para ser usado por ela própria ou por seu companheiro requer negociação, levando-as a situações de assimetria no poder de decisão nas relações afetivo-sexuais, decorrentes das questões de gênero, imbuídas no senso comum e que afetam mulheres de todas as classes sociais, raças e crenças.

Herrera e Campero (2000) acreditam que a vulnerabilidade das mulheres na questão de gênero se reforça quando somada a outras desigualdades como a pobreza ou a discriminação por razões étnicas. Estes autores atentam para a chamada “vulnerabilidade acumulada”, que seria a associação de um ou mais fatores, tais como, gênero, origem étnica, situação sócio-econômica, entre outras formas de discriminação que se combinam para formar situações de extrema vulnerabilidade.

Da mesma forma que para o estímulo 4, as mulheres de 36 e mais anos representaram como sendo igual a vulnerabilidade de mulheres brancas e negras.

A Representação Social das mulheres universitárias de 14 a 24 anos, acerca de si mesma(estímulo 6), apontam para a **responsabilidade**, o que reforça a condição de alerta na percepção do risco e da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Para as mulheres com 36 e mais anos divorciadas e que cursaram o ensino fundamental não houve respostas significativas a este estímulo.

No fator 2, na parte superior em azul (F2+), encontram-se as evocações das mulheres universitárias, que têm entre 14 e 24 anos, que desvelam as representações sociais da aids (estímulo1) como sendo **dor e morte**, levando-as a ficarem **triste** e que a aids advém da **traição**.

A morte é considerada uma das representações hegemônicas da aids, permanecendo nos dias atuais quando a crescente evolução científica com o acesso gratuito e universal aos anti-retrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV, trouxe avanços importantes em relação ao tratamento terapêutico e clínico da aids. A ARV reduziu drasticamente a mortalidade e a morbidade por doenças oportunistas da aids, permitindo ao portador do HIV qualidade de vida por muito mais tempo. Entretanto, ainda, persiste no imaginário popular o estigma que associa a contaminação a uma sentença de morte.

A maioria dos estudos sobre representações sociais da aids revela que o medo, dor, sofrimento e morte são as evocações mais citadas pelas (os) depoentes. Segundo Joffe (1998) apud Oltramari (2001, p.09), estas emoções são coletivas e não individuais desta forma “elas são o produto de representações emocionais da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje, circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular”.

Chama à atenção a evocação da palavra traição feita pelas mulheres universitárias, mais jovens (14 a 24 anos) e solteiras, denotando que elas passam a compreender que sua vulnerabilidade torna-se maior, em decorrência não só de suas ações e comportamentos, mas também, a partir do comportamento de seu companheiro. Esta representação rompe com aquelas que até então levavam as mulheres a se colocarem em situação de invulnerabilidade, qual seja a de confiança na relação e no parceiro, amor, relação, intimidade entre outras, todas elas inversamente proporcionais à percepção de vulnerabilidade, pois a sensação de segurança pode levá-la à adoção de práticas inseguras e, conseqüentemente, à possibilidade de contaminação e adoecimento (SOUSA; PAIVA, 2003; PAIVA, 2000; MARTIN, 1995; CLÁUDIO et al, 1994, PAIVA; AMÂNCIO, 2004).

O sexo (estímulo2) foi representado pelas mulheres universitárias, com 14 a 24 anos e solteiras pelo prazer, afastando-se de duas representações marcadamente presentes na vida das mulheres, nas quais o sexo é objetivado a partir da reprodução e da maternidade e se aproxima da conquista feminina do século XX - a liberdade sexual, o que expressa, tanto do ponto de vista psicológico, quanto fisiológico, uma forma gratificante de viver que antes parecia ser um direito apenas do homem.

A sexualidade (estímulo3) entre as mulheres de 14 a 24 anos, é representada pela sensualidade, que exprime a manifestação dos prazeres dos sentidos e do despertar dos desejos. Enquanto que aids e mulher negra (estímulo 4) foram representadas pelas palavras igual e racismo e que expressam a contradição da sociedade brasileira, pois ao tempo em que consideram um patamar de igualdade, chamam atenção para o racismo enfrentado pela mulher negra. Já para o estímulo 5 (aids e mulher não negra) foi a palavra preconceito que foi objetivada por estas mulheres. O preconceito é companheiro da aids desde o início da epidemia, se constitui na mais grave “doença oportunista” enfrentada pelas pessoas que vivem com aids e, portanto, se faz necessário um combate eficaz e eficiente para bani-lo da história da epidemia. Para o estímulo você mesma não houve repostas significativas.

Na concepção das mulheres casadas de 25 a 35 anos e que cursam/cursaram o ensino superior, eixo F2(-), a aids (estímulo 1) foi representada como uma doença que provoca contaminação, é causada por vírus e que seu portador sofre preconceito. Estas representações estão ancoradas nas histórias natural e social da doença. No que se refere ao estímulo 2 (sexo) estas mulheres objetivaram o sexo como sendo bom, exprimindo uma representação socialmente normatizada e esvaziada de subjetividade e submetido à vigilância, pois foi evocada a resposta **cuidado**, demonstrando um comportamento preventivo, tornando coerente a concepção de sexo para essas mulheres.

A representação de sexualidade de mulheres casadas universitárias, que estão na faixa etária de 25 a 35 anos, está expressa na evocação da palavra **homossexualidade**, que guarda relação com a expressão da opção sexual, objetivando o que se encontra arraigado no imaginário popular desde o início da epidemia. Este grupo de mulheres não evocou palavras significativas para os estímulos 4 e 5, aids e mulheres negras e aids e mulheres não negras, respectivamente.

Entretanto, o estímulo 6 (você mesma) foi representado pela palavra **amor** revelando uma visão romântica, que no âmbito da sexualidade se torna arriscada, pois tende a subestimar a vulnerabilidade às IST, em especial, a infecção pelo HIV/aids.

Para Ávila (1999) adotar esta concepção de amor romântico no exercício da sexualidade subentende, entre outras coisas, a entrega física e emocional ao outro, levando à renúncia, sofrimento e desigualdade, o que torna difícil a implementação de medidas de prevenção, ocasionando processos de adoecimento.

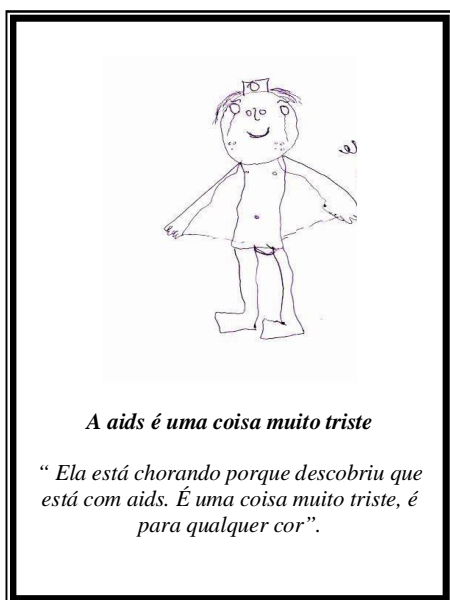
Cabe destacar que essa representação advém do grupo de mulheres casadas no qual tem se tornado visível o aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O fato de vivenciarem relações estáveis, não vem suscitando reflexão sobre a auto-percepção do risco.

4.3 ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SEGUNDO A TÉCNICA DO DESENHO ESTÓRIA COM TEMA

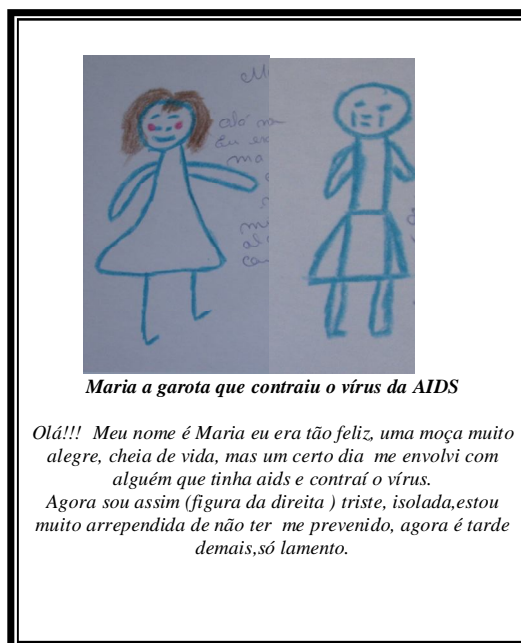
A apreensão das representações sociais expressas nos desenhos-estória com tema foi feita a partir da seleção dos desenhos elaborados pelos sujeitos da pesquisa, tomando por base, as semelhanças gráficas e/ou a aproximação dos temas. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante das unidades temáticas das estórias, o recorte e a categorização destas unidades, tendo sido apreendidas 4 categorias e 8 sub-categorias empíricas. Na próxima etapa, foi efetuada a análise e a interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias e a análise e interpretação dos desenhos através do grafismo.

CATEGORIA 1: AIDS ANCORADA NOS TRANSTORNOS PSICOAFETIVOS

Sub-categoria 1: Aids objetivada como sinônimo de tristeza e de sofrimento psíquico



Desenho1
(casada, não negra, ensino fund)



Desenho 2
(casada, negra, ensino fund)

Nesta categoria pode-se apreender que a aids está representada por sentimentos de tristeza, arrependimento e isolamento, representações estas, ancoradas em transtornos psíquicos. Perdura sobre a aids, passadas quase três décadas, representações negativas que acarretam em seus portadores sofrimento psíquico e isolamento social. A significação do sofrimento e a modificação da imagem são evidenciadas nas expressões gráficas dos desenhos

e verificadas pela presença de lágrimas, fásceis de sofrimento e a ausência de cabelo e corpo emagrecido como expressão caricatural da aids.

A presença destes sentimentos pode ser apreendida na estória dos desenhos:

“Ela está chorando porque descobriu que está com aids, é uma coisa muito triste. A doença é para qualquer cor”.

(casada, não negra, ensino fundamental)


“... eu era tão feliz, uma moça muito alegre, cheia de vida, mas, certo dia, me envolvi com alguém que tinha aids e contraí o vírus. Agora sou assim, triste, isolada, estou muito arrependida de não ter me prevenido, agora é tarde demais, só lamento”.

(casada, negra, ensino fundamental)

Os sentimentos de tristeza e medo implícitos nos discursos dessas mulheres denotam que, associado ao diagnóstico vem uma sentença, que as leva ao sofrimento e ao isolamento. Possivelmente, por serem permeados pelo preconceito que a aids carrega e pela proximidade da morte, dado que ela continua sendo uma doença sem cura, mesmo diante do sucesso da terapia antiretroviral.

CATEGORIA 2: CAUSAS DA AIDS


Sub-categoria 1: Aids objetivada na prática do sexo indiscriminado



Hotel Encanto

“Neste hotel várias pessoas, alguns casais, outros não, vão se divertir, dançar, ouvir música, assistir filmes e fazer amor. Às vezes em dupla, mas outras vezes participam mais de duas em seus encantamentos, não se cuidam porque como são amigos pensam que todos são ou estão sadios.”

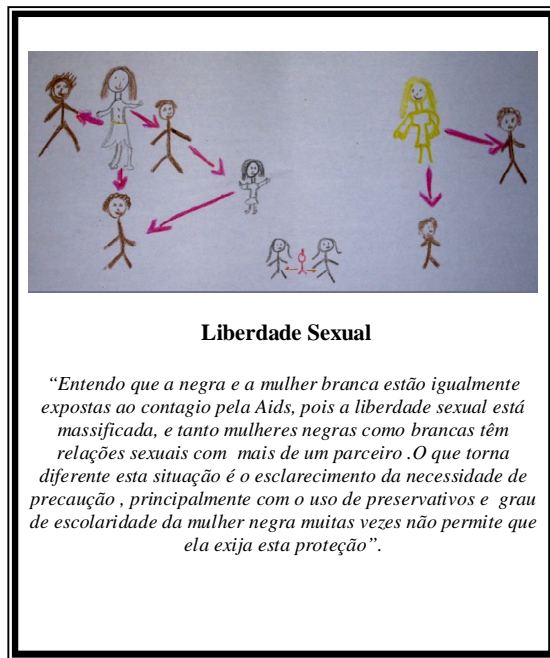
Desenho 3
(divorciada, negra, ensino superior)



Prazer e satisfação

Hoje em dia independente da cor todas querem curtir, se realizar sexualmente, também. Então pode ser que a vontade de dar prazer seja maior que se amar primeiro. O sexo hoje não está como antes eu só tive um parceiro e tantas que conheço no primeiro dia já fazem sexo, não importa classe social, raça ou religião, só prazer e satisfação.

Desenho 4
(casada, negra, ensino fundamental)



Desenho 5
(casada, não negra, ensino superior)

Nesta categoria os desenhos-estória feitos pelas mulheres exprimiram significações da aids objetivadas na prática do sexo indiscriminado, estas representações são ancoradas nas concepções de grupo de risco e de vulnerabilidades individuais, muito presentes e difundidas no início da epidemia e que estabeleceu a forte representação, presente até os dias atuais, da aids como “doença do outro”.

Aqui, duas mulheres casadas e uma divorciada defendem que a contaminação feminina está associada à liberdade sexual objetivada na prática do sexo com várias pessoas ao mesmo tempo ou a multiplicidade de parceiros, entretanto, estas relações tomam por base o descuido com as medidas preventivas e a relação de confiança que se estabelece com o(a) parceira e/ou com o grupo.

“Neste hotel várias pessoas, alguns casais, outros não, vão se divertir, dançar, ouvir música, assistir filmes e fazer amor. Às vezes em dupla, mas outras vezes participam mais de duas em seus encantamentos, não se cuidam porque como são amigos pensam que todos são ou estão sadios.”

Desenho 3 (divorciada, negra, ensino superior)

Vários estudos, tais como, o de Ayres e col. (2003), destacam que a crença no comportamento de risco como fator de perigo e, portanto, determinante de pertencimento a um grupo vulnerável e, a monogamia como fator de proteção, conseqüentemente, indicativa de invulnerabilidade, foram responsáveis pelo aumento da percepção de invulnerabilidade de

peças que não se consideravam pertencentes a grupos, como por exemplo, as mulheres casadas ou advindas de união estável, como podemos ver na estória do desenho 4.

...O sexo hoje não está como antes, eu só tive um parceiro e tantas que conheço no primeiro dia já fazem sexo, não importa classe social, raça ou religião, só prazer e satisfação.

(casada, negra, ensino fundamental)

Entretanto, mesmo quando a noção de vulnerabilidade aparece na estória, há um peso para a vulnerabilidade individual, ainda que com destaque para a importância da adoção de medidas preventivas.

“Entendo que a negra e a mulher branca estão igualmente expostas ao contágio pela Aids, pois a liberdade sexual está massificada, e tanto mulheres negras como brancas têm relações sexuais com mais de um parceiro. O que torna diferente esta situação é o esclarecimento da necessidade de precaução, principalmente, com o uso de preservativos e o grau de escolaridade da mulher negra muitas vezes não permite que ela exija esta proteção”.

Desenho 5 (casada, não negra, ensino superior)

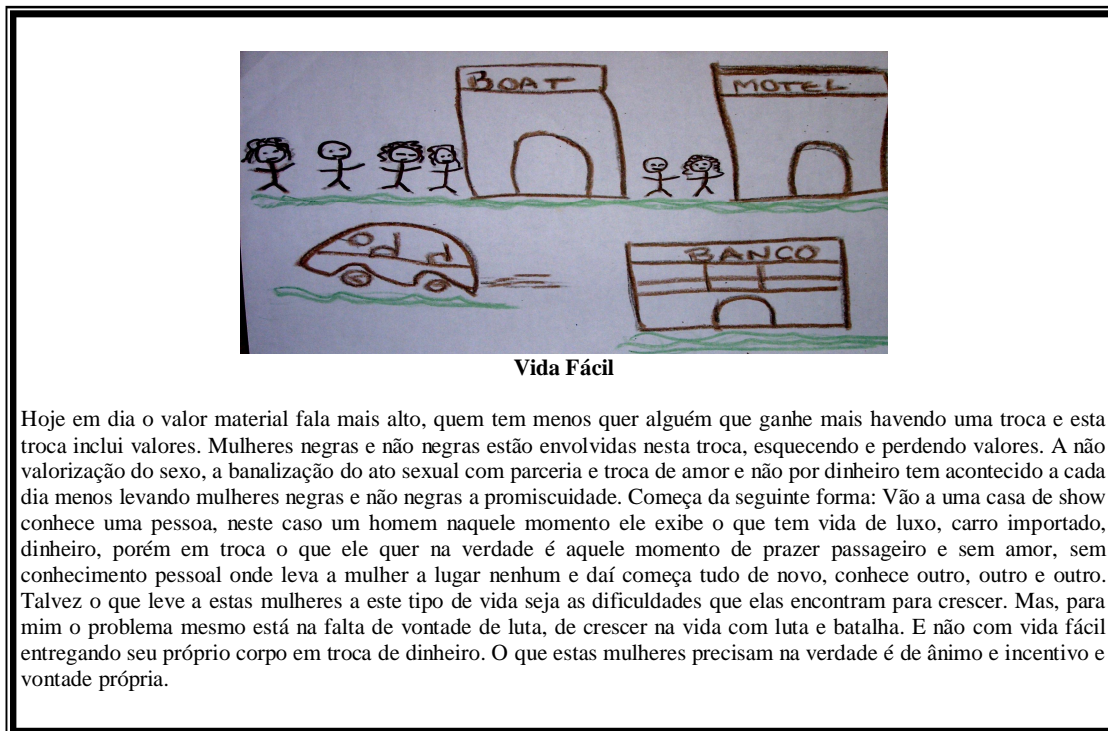
Os discursos que compõem as histórias trazem implícita uma crítica à revolução sexual feminina, ocorrida após a descoberta da pílula anticoncepcional e a cirurgia para esterilização definitiva (laqueadura das trompas), que permitiu à mulher gozar de plena liberdade sexual, sem necessitar de preocupar-se com o risco de uma gravidez indesejada, usufruindo do prazer, que a relação sexual pode lhe oferecer. No entanto, a chegada da epidemia da aids impõe a necessidade da adoção de medidas para realização de sexo seguro, garantindo dupla proteção (prevenção de gestação e de infecções sexualmente transmissíveis) e afastando possibilidades de contaminação e adoecimento de homens e mulheres pelo exercício da sexualidade.

Sub-categoria2: A Aids objetivada na prostituição

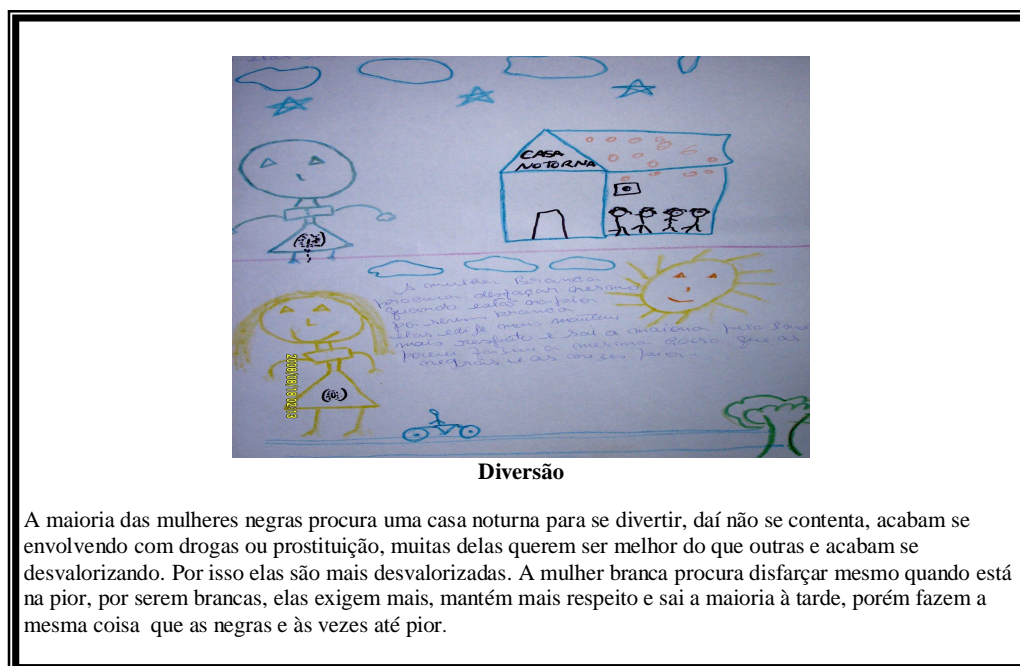
A aids, assim como a sífilis, em seu surgimento foi considerada uma doença que gerava pânico moral e que era resultante de transgressões sexuais. Este olhar sob a ótica de uma vulnerabilidade individual que ameaça a vulnerabilidade social, reforçou a atribuição à do caráter de “a doença outro” que, além de castigar os transgressores, ameaçava os “inocentes”, considerando-os vítimas.

Por ser uma infecção sexualmente transmissível, embora nascesse sob a égide de uma norma social ligada à vivência sexual homossexual, a aids acabou por incorporar a norma

social já estabelecida para as demais IST, qual seja a de estar relacionada às ligações perigosas, aos prazeres extraconjugais e à prostituição (BIRMAM, 1994; SHOWALTER 1993), o que foi explicitado nas estórias produzidas para os desenhos deste estudo:



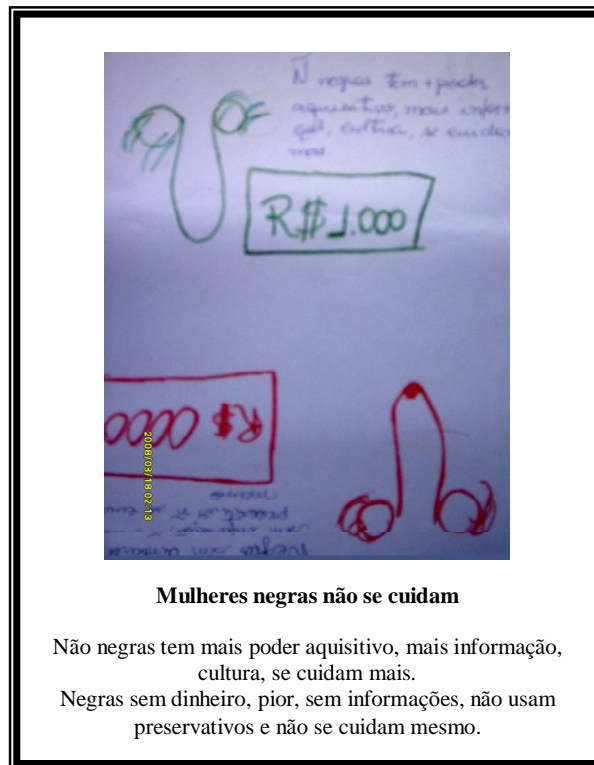
Desenho 6 (casada, negra, ensino superior)



Desenho 7 (solteira, negra, ensino fundamental)

Ao longo dos anos a epidemia da aids foi escrevendo uma nova história e modificando o seu perfil, fazendo com que cada vez mais fosse olhada como um como um fenômeno moderno, como uma doença e não a partir de metáforas ou de expectativas fundadas em padrões de moralidade e de preconceitos, especialmente, o racial. Compreendê-la, nesta perspectiva, faz com que ela possa ser construída, não a partir de uma história anteriormente escrita, impregnada pelo discurso ideológico, mas tomando por base, a percepção de suas particularidades e singularidades.

Sub-categoria 3: Não uso do preservativo.



Desenho 8
(solteira, negra, ensino fundamental)

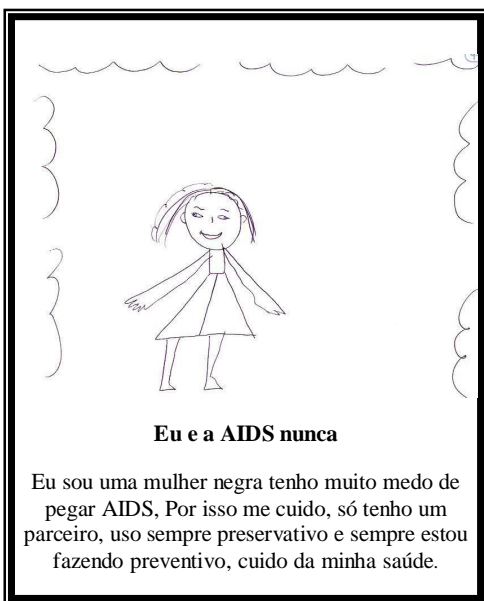
Sabe-se que em geral o preservativo carrega uma gama de significações negativas. O prazer diminuído, a interrupção do fluxo natural da relação, além do custo elevado na sua aquisição que muitas vezes onera o orçamento, principalmente, quando se trata do condom feminino, ou ainda, a dificuldade de acesso na rede pública, são alguns destes fatores.

Nesta categoria foi possível analisar como o uso do preservativo sofre influência das questões de classe social, raça e gênero. O desenho mostra próximo ao nome das negras uma cédula sem valor (zero reais) e em frente, mas em posições contrárias, ao lado do nome das não negras uma nota de mil reais.

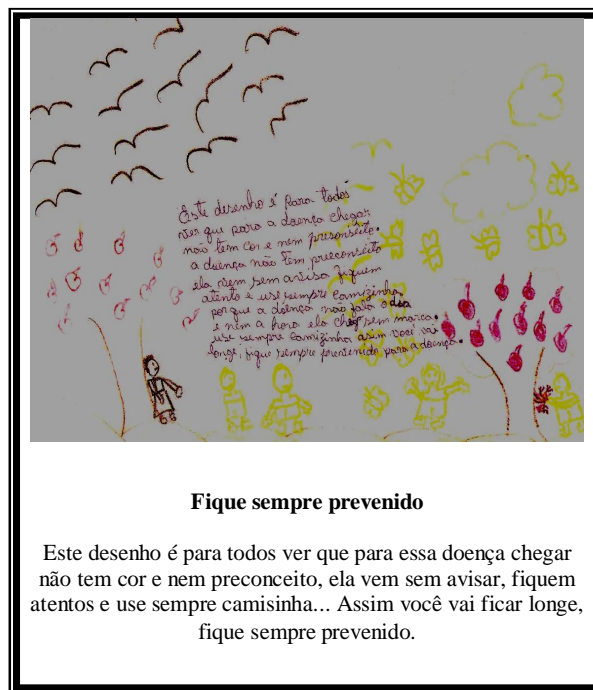
A autora do desenho-estória, uma mulher negra, apresenta a vulnerabilidade das mulheres negras como decorrente do baixo nível sócio-econômico e cultural que vivenciam o que, como se sabe, é agravado pela dominação masculina e pelo baixo poder de negociação decorrentes das relações de gênero, que embora não tenha sido destacado por ela, não pode ser negada a sua existência.

CATEGORIA 3: PREVENÇÃO DA AIDS

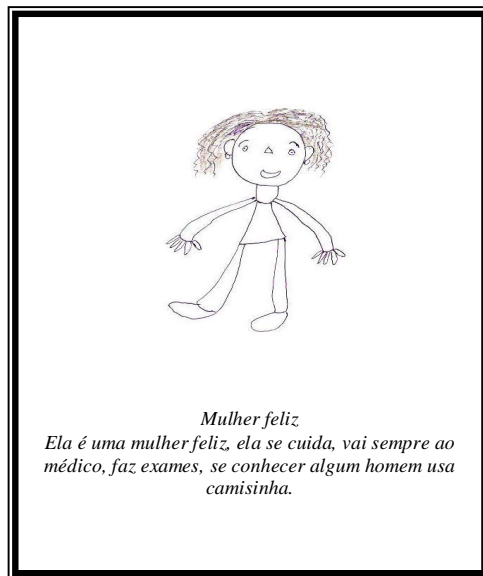
Sub-categoria 1: Uso de preservativo e sexo com um só parceiro



Desenho 9
(casada, negra, ensino médio)



Desenho 10
(negra , solteira, ensino fundamental)



Desenho 11
(solteira, negra, ensino fundamental)

A eficácia de medidas preventivas depende diretamente da ação de homens e mulheres em seus quotidianos, o que não é tão fácil ou simples, principalmente porque implica em influir nos hábitos, representações e atitudes que estão na esfera privada e, como a sexualidade está ligada à reprodução e aos papéis de gênero, de forma peculiar, as mulheres estão quase sempre em situação de desigualdade.

Até o momento, a prevenção da aids está centrada nas ações educativas e no uso do condom. Para GUIMARÃES (1992), o estabelecimento e o cumprimento destas medidas se defrontam o estatuto cultural do condom, em especial o masculino, para o qual o seu uso não corresponde aos valores e às atitudes pautadas no modelo conjugal monogâmico, sustentados pelos pilares de fidelidade e de confiança mútua. Ao contrario, ele está muito mais associado à idéia de comportamentos sexuais promíscuos, irregulares ou desviantes do padrão monogâmico.

A análise dos desenhos-estória apontam o conhecimento e a incorporação das medidas preventivas da aids, entretanto, sabe-se que apesar disso, um grande número de pessoas não utiliza o preservativo na prevenção da infecção, entretanto, é imprescindível que as mulheres estejam sensibilizadas quanto à importância do uso dos preservativos, como uma forma de prevenção à infecção pelo HIV/aids e/ou outras IST.

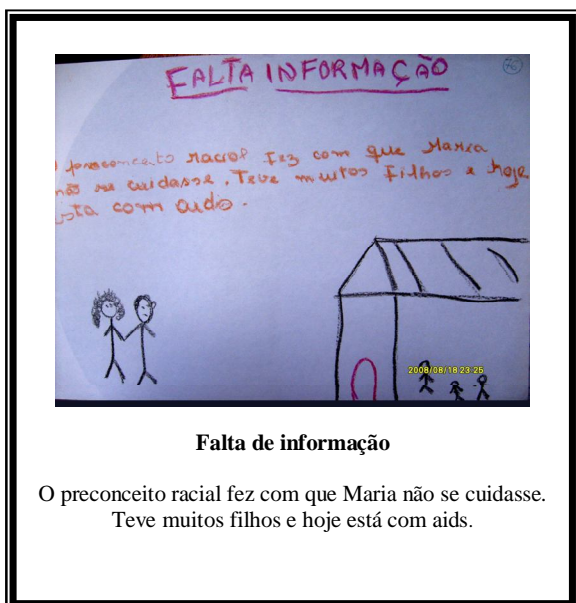
O desenho 9 retrata a aids como algo impossível de acontecer com ela (**eu e a aids nunca**), e justifica por ser uma usuária assídua do preservativo, além de possuir parceiro único e fazer preventivo, tudo isso objetivado pelo medo de ter aids. No desenho 10 observa-se a elaboração de uma imagem onde várias pessoas, aparentemente saudáveis, encontram-se em um lugar bonito, com árvores, demonstrando muita saúde e felicidade, entretanto, alerta para o fato

de que uma destas pessoas pode estar contaminada pelo vírus e está ancorado na concepção da vulnerabilidade de todas as pessoas à infecção pelo HIV e na importância da prevenção.

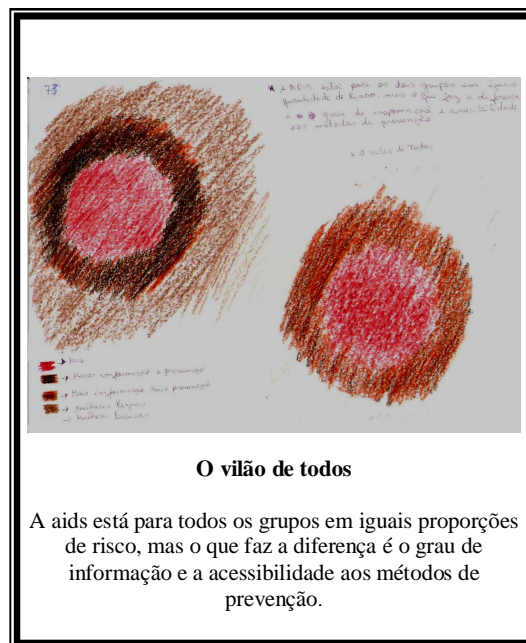
Já o desenho 11 elaborado por uma mulher negra, solteira e que cursou ou cursa o ensino fundamental, expressa uma mulher feliz despreocupada e que relata ser indispensável o uso do preservativo nas suas relações, mesmo não possuindo parceiro fixo.

As histórias construídas para seus desenhos levam a crer que estas mulheres detêm o conhecimento sobre as estratégias a serem utilizadas, usam o discurso esperado para o combate à epidemia. Entretanto é necessário o desenvolvimento de novas investigações para desnudar se estas práticas estão realmente incorporadas no exercício de sua sexualidade.

Sub-categoria 2: Mais informação acerca da Aids



Desenho 12
(Solteira, negra, ensino superior)



Desenho 13
(Solteira, negra, ensino superior)

A falta de informação citada na história do desenho 12 foi justificada pelo preconceito racial sofrido por esta mulher. Sabe-se que as negras possuem menos anos de estudo que as brancas, têm menos acesso aos meios de prevenção, visto que dependem os serviços públicos de saúde, que nem sempre os disponibiliza, assim, por não possuírem conhecimento adequado acerca das formas de prevenção da aids, tornam-se mais vulneráveis aos processos de adoecimento, em especial à infecção pelo HIV.

Esta é uma situação descrita em vários estudos os quais apontam os limites enfrentados pela população negra brasileira em sua inserção social, principalmente, no que diz respeito ao acesso a bens, entre eles o realizado por Lopes; Buchalla; Ayres (2007, p.44), no qual destacam que:

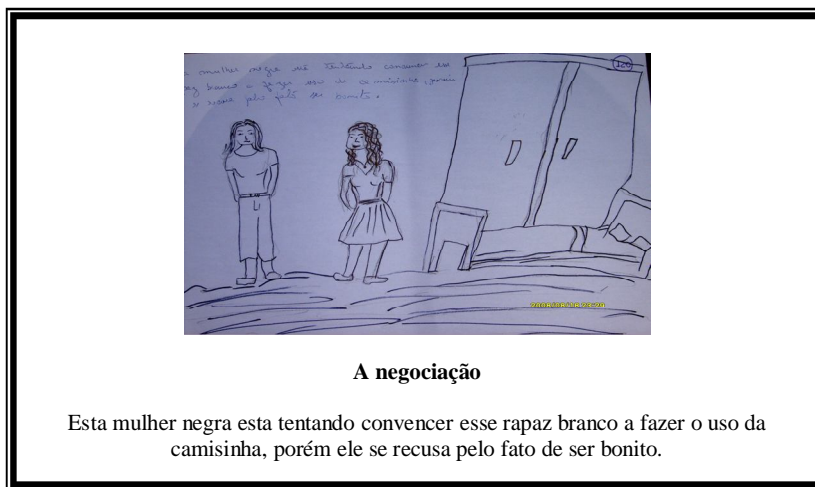
As mulheres negras entrevistadas eram detentoras de pior status socioeconômico, seja no que dizia respeito à escolaridade, ao rendimento mensal individual ou familiar per capita, ou às condições de moradia. É importante entender que as restrições no acesso aos bens potencialmente disponíveis são experimentadas pela população negra brasileira, especialmente pelas mulheres, independentemente da infecção pelo HIV.

O desenho 13, também evidencia este diferencial racial na vulnerabilidade das mulheres quando retrata a imagem do vírus HIV (no centro de vermelho) rodeada por grupos representados em cores diferentes, significando o grau de vulnerabilidade de acordo com a proximidade ao vírus. Assim, o grupo mais próximo foi o de mulheres menos informadas e negras, seguido do segundo grupo representado pelas mais informadas e não negras.

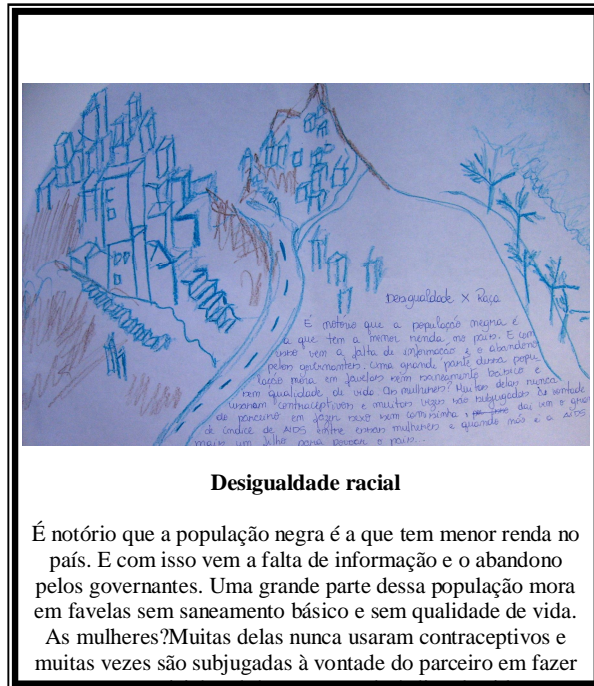
Nesta categoria apreendem-se no discurso e na grafia dos desenhos representações pertinentes à influência do grau de informação na adesão de medidas preventivas contra a infecção pelo HIV articulada ao preconceito racial.

CATEGORIA 4: DISSEMINAÇÃO DA AIDS

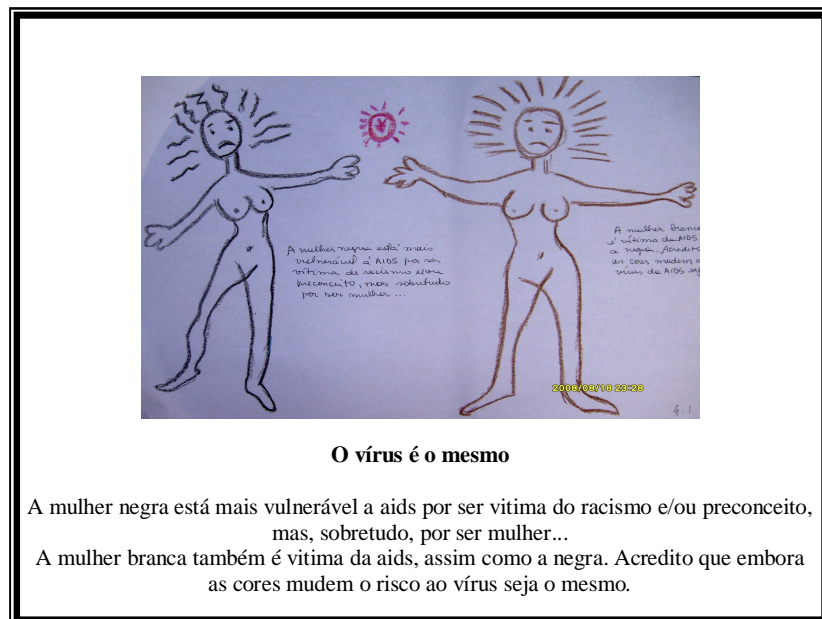
Sub-categoria 1: A aids objetivada nas relações de gênero e nas diferenças de raça e classe



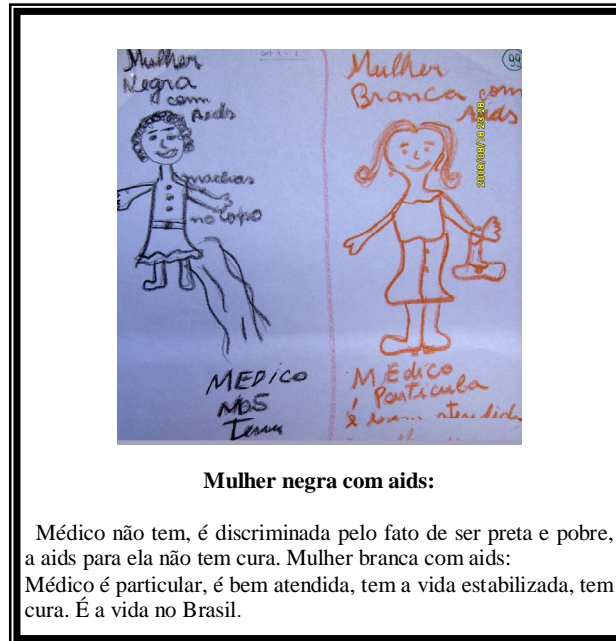
Desenho 14 (casada, negra, ensino médio)



Desenho 15
(casada, negra, ensino superior)



Desenho 16
(solteira, negra, ensino superior)



Mulher negra com aids:

Médico não tem, é discriminada pelo fato de ser preta e pobre, a aids para ela não tem cura. Mulher branca com aids: Médico é particular, é bem atendida, tem a vida estabilizada, tem cura. É a vida no Brasil.

Desenho 17
(casada, não negra, ensino médio)



Mulheres delicadas

Mulheres negras ou não negras têm seu lado delicado, não devem ser tratadas como coisas descartáveis, sendo assim, elas precisam se valorizar, evitando as DST's principalmente a aids.

Desenho 18
(casada, negra, ensino superior)

Através das expressões verbais e gráficas deste conjunto de desenhos foi possível apreender como essas mulheres objetivaram a aids nas relações de gênero e nas diferenças de raça e classe.

Sabe-se que a disseminação da aids nas mulheres trouxe a emergência de estudo sobre suas vulnerabilidades, ou seja, aprofundar sobre o que as tornava alvo da infecção, visto que no início da epidemia não faziam parte dos conceituados grupos ou comportamentos de risco e, portanto, pouco se sabia como as mulheres se tornavam soropositivas.

Para Goldstein (1996) a vulnerabilidade das mulheres à aids está associada a uma lógica cultural da sexualidade, traduzindo na submissão sexual das mulheres aos homens e na repressão sexual que permeia a educação das meninas. Essa educação, por sua vez, é construída de forma bastante complexa, com base em mitos e preconceitos, delimitados por gênero, sexo, opção sexual, classe e raça.

As questões de gênero aparecem articuladas às questões raciais e de classe e chama atenção o desenho 16, para o qual a estória demonstra que a vulnerabilidade da mulher negra eleva-se, “sobretudo, por ser mulher” deixando implícito que os homens negros, possivelmente, não apresentam mais este fator de vulnerabilidade.


A submissão da mulher na esfera sexual é demonstrada no desenho 14 quando uma mulher negra tenta negociar com um parceiro branco o uso do preservativo e ele nega-se a usá-lo. Não se pode deixar de considerar o fato de ser este um homem, branco e bonito, atributos que fornecem maior poder de barganha, visto que a cor branca é considerada mais bonita e superior, assim para esta mulher negra, ter relações com um homem branco e bonito pode lhe propiciar um certo grau de status social e, reafirmada no desenho 15 que em sua linhas gráficas situa a inserção social da população negra, em especial das mulheres e destaca a perda da possibilidade de prevenção oferecida pela dupla proteção conferida pelo condom.

Entretanto, não se pode deixar de considerar, numa análise sob a ótica do gênero, que as possibilidades e dificuldades que o sexo masculino e o feminino têm para implantar medidas de prevenção são diferentes, pois para as mulheres não existem medidas realmente eficazes, já que o condom, mesmo quando usado por elas próprias, requer negociação do seu parceiro.

As desigualdades tornam-se, ainda, mais presentes no desenho-estória 17 quando a mulher divide o campo em dois, diz que na branca a aids tem cura e destaca que ela tem acesso ao médico de serviços privados, já a negra, não tem cura, sofre discriminação por ser pobre e preta e não tem acesso ao médico. A estória finaliza marcando a dívida social do país.

O desenho 18 utiliza um elemento identificado e presente no mundo feminino – a flor, para falar da necessidade das mulheres cultivarem a auto-estima e deixarem de ser tratadas como uma “coisa descartável” e passarem a adotar comportamentos preventivos frente às infecções sexualmente transmissíveis e a aids.

Sub-categoria 2: Espaços de diversão influenciando na vulnerabilidade




AIDS “Mulheres brancas e negras”

Todos curtem o carnaval e na euforia acompanhadas de bebidas esquecem de se proteger, não usam camisinha e na maioria das vezes se drogam e, conseqüentemente, adquirem aids, no carnaval o risco é maior. Proteja-se. A aids mata a todos independente do sexo, raça e cor.

Desenho 19


(casada, negra, ensino médio)



A ida a praia de cabeça fria!!!

Situações onde a mulher, não agredindo a todas, mas a maioria está vulnerável é na praia, por exemplo. Depois de beber, não liga para a vida, o que acontece é que quando um homem chega próximo e dá uma cantada a mulher sai com o rapaz para um lugar mais reservado (MOTEL) tem relações ele vai embora e ela também. Pergunte será que ele não tinha aids ou outras doenças?

Desenho 20
(casada, negra, ensino superior)



Descuido em festas populares

Não quero comprovar que a AIDS está em seu maior índice nas festas populares, mas, posso tomar como referência, pois a promiscuidade de que o carnaval tudo pode estar tendo conseqüências irreversíveis. Não só as campanhas nem alertas conseguem conscientizar do que é de fato. Mulheres!!!! Acordem!!! Se cuidem!!!!

Desenho 21
(solteira, negra, ensino superior)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acréscimo do número de casos de mulheres casadas ou que vivem relações conjugais estáveis contaminadas pelo vírus HIV levantou questionamentos sobre a invulnerabilidade destas que até então foram excluídas das pesquisas por não pertencerem ao rol dos padrões sexuais consideráveis de risco, chamando atenção para a incorporação das questões de gênero aos estudos da aids.

Neste estudo foi possível compreender que as mulheres que não possuem parceria fixa sentem-se mais vulneráveis à aids utilizando-se do preservativo nas suas relações eventuais, em contrapartida as casadas ou que possuem parceiro fixo, consideram a prevenção da aids algo necessário para todas as pessoas, exceto para elas mesmas, que sentem-se seguras em suas relações conjugais, em virtude de um sentimento de confiança no parceiro.

Um novo elemento surgiu na evocação das mulheres solteiras, a traição, denotando que finalmente começa emergir nas mulheres a compreensão de que sua vulnerabilidade torna-se maior em decorrência do comportamento sexual do seu parceiro. Entretanto, mantêm-se presente a representação do amor pelas mulheres casadas trazendo-nos a idéia de que a traição masculina, não constitui um empecilho na continuidade de suas relações, sendo sua importância desconsiderada ao ser avaliado outros fatores tais como o desejo de manter um relacionamento estável, construir uma família ou mesmo por submissão decorrente de fatores de ordem sócio econômica, fortalecendo, assim, a influência das questões de gênero na vulnerabilidade de mulheres a infecção pelo HIV.

O perigo, a morte, dor e tristeza, sentimentos hegemonicamente revelados em todas as pesquisas sobre aids e comportamento mostraram-se presentes também neste estudo, quando as mulheres trouxeram suas evocações sobre a aids.

Sabe-se que o acréscimo de fatores, tais como a pobreza ou a discriminação por razões étnicas, incrementam a vulnerabilidade das mulheres na questão de gênero. Neste estudo, foi trazido pelas depoentes a representação da pobreza associado a aids e mulheres negras. Esta representação desnuda um universo de significações que a pobreza traz consigo. A taxa de analfabetismo entre as negras é o dobro do encontrado entre as brancas, são elas majoritariamente chefes de família, responsáveis pelo trabalho doméstico, sustento da casa e cuidado dos filhos.

Viver em situação de pobreza significa ter menor escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estes por sua vez priorizam ações direcionadas a saúde reprodutiva (contracepção), excluindo as mulheres que não mais necessitam deste serviço como as que

realizaram laqueadura ou menopausadas, deixando-as mais exposta ao conhecimento popular que, muitas vezes, traz consigo estereótipos e fantasias que dificultam a compreensão da vulnerabilidade e, conseqüentemente, a sensibilização para a necessidade da adoção de uma prática sexual protegida.

As mulheres negras tem menor poder de negociação por possuírem vulnerabilidades acumuladas, decorrentes da associação de um ou mais fatores tais como gênero, origem étnica, situação sócio econômica, status de cidadania entre outras formas de discriminação que se combinam para formar situações de extrema vulnerabilidade, obrigando, muitas vezes, à praticas sexuais de sobrevivência ou a tolerar mal tratos que em situação de menor vulnerabilidade não tolerariam .

Entretanto, os dados deste estudo poderam comprovar que as mulheres mesmo possuindo maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, o que nos leva a crer que detêm certo grau de conhecimento sobre as estratégias a serem utilizadas, estas ainda possuem pouco espaço de negociação nas suas relações, reforçando a necessidade de novas investigações que incorporem o exercício da sexualidade às questões de gênero.

Assim conluo acreditando que as políticas públicas em relação a aids dirigidas as mulheres devem ser pensadas a partir de referencias como vulnerabilidade social, gênero e raça, e devem contemplar a diversidade das populações femininas, objetivando a prevenção e assistência , devendo ainda incluir os homens , de modo a abranger verdadeiramente a questão relacional de gênero, para assim entender como ele é gerado e o que o alimenta, subsidiando alternativas a serem desenvolvidas de forma concomitante, com diferentes segmentos da população e com focos diversos de intervenção.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, Maria Bethânia. Direitos reprodutivos, exclusão social e aids. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R. (Org). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. Cap. 2, p. 40-48.
- AIELLO-TOFOLO, T. M. J. (1990). O uso de procedimento de desenhos-estórias com tema em pesquisa sobre representação social. In *III Encuentro Latino-Americano de Psicología Marxista y Psicoanálisis*, Universidad de la Habana.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (1995). O uso de procedimento projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, 6 (2), 103-127.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In:_____. **SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS**, 2. 1997, Rio de Janeiro. **Anais**. São Paulo: ABIA, 1997, p. 20 –3
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI, Filho HS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. São Paulo; 2003. Mimeo.
- BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo; CREPALDI, Maria Aparecida. **Contribuições das representações sociais ao estudo da aids**. *Interação em Psicologia*, 2005, 9(2), p. 331-339, Universidade Federal de Santa Catarina
- BARKER, Gary **AIDS: O QUE OS HOMENS TEM A VER COM ISSO?** <http://www.promundo.org.br/materia/resources/files/download/AIDS-oqueequehomentemaver.doc>. acessado em 13/02/2007
- BASTOS, Francisco Inácio; SZWARWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 jan. 2007.
- _____.A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Série Saúde Sexual e Reprodutiva**, n. 3, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001.
- BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, M. A. et al. (org.). **AIDS e sexualidade: O ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994, p.109-115.
- BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: Conselho Nacional de Saúde - resolução 196/96. Disponível em: < <http://www.bioética.ufrgs.br/res1996.htm#cinf> >. Acesso em: 08 março 2007.

_____. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS.** In: Ministério da Saúde, Série Avaliação nº4, Brasília: 2000.

_____. **O contexto sócio político e econômico e a epidemia de aids entre as mulheres.** In. Políticas e diretrizes de prevenção das DSTs/ aids entre mulheres. Ministério da saúde, Brasília, 2003.

_____. Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004a.

_____. Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. 2005. Ministério da Saúde BRASIL/PNUD Brasil. **Atlas Racial Brasileiro,** 2004b. Disponível em: http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php .Acesso em 21/03/2005.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS,** Ano XVIII, n.1, 01ª a 26ª semanas epidemiológicas-janeiro a junho 2004c. Disponível em <http://www.aids.gov.br> acesso em 10/01/2008.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS,** ano IV n. 01, 26ª à 52ª semana epidemiológica junho a dezembro de 2006 e 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007 – Disponível em <http://www.aids.gov.br> acesso em 10/01/2008.

CAMARGO, Brígido Virge. Sexualidade e representações sociais da AIDS. Revista de Ciências Humanas - Especial, Florianópolis: EDUFSC, 2000. p. 97-110.

CLÁUDIO, V; PEREIRA, M. G; ROBALO, P Sida! a falsa protecção que o amor tece. **Análise Psicológica.** v.2, n.3, p.211-226, 1994.

CHOR, Dora; LIMA, Cláudia Rizzo de Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** vol.21 nº.5, Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005.

CIBIOIS, P. H. (1995). *L'analyse factorielle.* Paris: PUF.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial.* João Pessoa: Editora Universitária. (2001).

_____. Depressão infantil e representação social. 2ª ed. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 193 p.

CORRAL, T. “Agenda Social” In: **Agenda de Desenvolvimento Humano e Sustentável para o Brasil do Século XXI.** (Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local) Brasília: Instituto de Política/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000.

CUNHA. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil? In: Barata RB et al., orgs. **Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiológica, n. 1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 219-234.

FIGUEROA, Alba Lucy G. Contextualização Conceitual e Histórica. In: **Seminário Nacional Saúde da População Negra**. A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Eqüidade. Brasília, 2004.

FONSECA MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad Saúde Pública** 2000; 16 Suppl 1:77-87.

_____, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública** 2002; 36:678-85.

_____, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:1351-63.

FRANÇA-JUNIOR, I; LOPES, F; PAIVA, V; VENTURI, G. **Acesso ao teste anti-hiv no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE**. Disponível em <[http:// www.Aids.gov.br](http://www.Aids.gov.br)>. Acessado em 05/07/07.

FREITAS, Jeane de Oliveira. Mulheres (con)vivendo com drogas: Vulnerabilidade e Representações sobre Aids. Dissertação de mestrado, UFBA 2001.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GUIMARÃES, C. D. O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In : PAIVA, V. (Org.) **Em tempo de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992, p. 147 – 157.

_____. **Aids no feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2001.

GUIMARÃES, M. A. A vulnerabilidade subjetiva. In: SEMINÁRIO A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO AFRO-BRASILEIRA A EPIDEMIA DO HIV/AIDS, 2001, Rio de Janeiro, **Anais**. Rio de Janeiro

HENRIQUES, Ricardo. Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90. **Texto para Discussão nº 807**. (2001). Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td0807.pdf . Acesso em 24/01/2006.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2003. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica nº15. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br> > acessado em 21/03/2006.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. **Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa**, 2003. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acessado em 05/07/07.

JODELET, Denise. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.1989

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (4a ed., pp. 297-322). Petrópolis: Vozes. 1998.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003, 203p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____.Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. P. 47-93. In:___ Brasil, Seminário Nacional da saúde da população negra. **Cadernos de textos básicos**. (2004). Disponível em <http://www.dtr2002.saude.gov.br/saudenegra>. Acessado em 21/06/06

_____.BUCHALLA, C.M.; AYRES, J.R.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, 41(Supl. 2):39-46, 2007.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil.História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ, Relume-Dumará, 1993.

MARTIN, Denise **Mulheres e AIDS**: uma abordagem antropológica. São Paulo: USP, 1995, Dissertação (Mestrado em Antropologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1995.

MEYER, Dagmar et al. Educação, saúde, gênero e mídia: um estudo sobre HIV/AIDS-DSTs com Agentes Comunitários/as de Saúde do Programa de Saúde da Família em PortoAlegre, RS. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Relatório de Pesquisa. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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

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

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro, Zahar, 1978, 291 p.

_____. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Textos em representações sociais. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 7-16.

MUNANGA, Kabengele. **UMA ABORDAGEM CONCEITUAL DAS NOÇÕES DE RACA, RACISMO, IDENTIDADE E ETNIA.** Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ, 05/11/03. Disponível em <<http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/09abordagem.pdf>>, acessado em 26/08/07.

NÓBREGA, Sheva Maia da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; JESUINO, Jorge Correia (orgs.). **Representações Sociais:** teoria e prática, 2.ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. 52 p.

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

OLIVEIRA, FÁTIMA. **Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, nº 22, novembro 2000.

OLIVEIRA, M; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F (org.) **Saúde da População Negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004b.

OLTRAMANI, Leandro Castro. **Um esboço sobre as representações sociais da AIDS nos estudos produzidos no Brasil.** Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humana Nº 45 – Setembro de 2003

_____; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estudos da psicologia** 2004, 9(2), 317-323

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV.** 2000, 170p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem/USP, São Paulo.

_____; AMÂNCIO, Lígia. **Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitários**: estudo comparativo Brasil – Portugal. 2004. Trabalho de pós-doutorado – Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <www.aidscongress.net/article.php>. Acesso em 10 dez. 2007.

PARKER, R; CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, sup.1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2215.pdf>>. Acesso em 22 jan. 2008.

PENA, S. D. J. Há uma base objetiva para definir o conceito de raça? Folha de São Paulo, Tendências e Debates, São Paulo, 21/12/2002. Disponível em:<http://publicacoes.gene.com.br/>. Acessado em 11/7/2007.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P et al (orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, 603p.

PINHO, MD; BERQUÓ, E; LOPES, F; OLIVEIRA, KA; LIMA, LCA; PEREIRA, IN. Juventudes, Raça e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 19(2): 277-294, jul./dez. 2002.

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

ROLAND, Edna. Saúde reprodutiva da população negra no Brasil: um campo em construção. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos*, 2001, v. 2, n. 4, p. 17-23

ROSSI, Lílian. Prevenção das DST/AIDS e a prostituição feminina no Brasil. Programa de Cooperação Técnica França-Brasil. IN: Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 1998, Disponível em <www.aids.gov.br>. Acessado em 10/02/2008.

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

SALDANHA, Ana Alayde Werba; FIGUEIREDO, Marcos Antônio de Castro; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Aids: Trajetória e Tendências da Epidemia A Legitimação de um Universo Simbólico. In: COUTINHO, M. P. L; SALDANHA, A. A. W. **Representação Social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 153-172.

SANT'ANNA, Wânia. Desigualdades étnico/raciais e de gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG. **Jornal da Rede Saúde**. 2001; p. 16-19.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/AIDS**. Tese de doutorado, 2002 -Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo.

SANTOS, Ninalva de Andrade. **Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/AIDS**. Dissertação de Mestrado, 2007-Universidade Federal da Bahia, Escola de enfermagem, Salvador.

SEPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2004. **A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade. Seminário Nacional Saúde da População Negra**. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02_Caderno_de_Textos_Basicos>. Acessado em 20/03/2006).

SHOWALTER, E. **Anarquia Sexual: sexo e cultura no fim de siècle**. Tradução por Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro : Rocca, 1993 , p. 245-270.

SONTAG, S. **Aids e suas metáforas**. Tradução Paulo Henrique Britto. São Paulo : Companhia das letras, 1989, 111p. .

SOUSA, Jimi Hendrix Medeiros de; PAIVA, Mirian Santos Representações Sociais da aids: vulnerabilidade e gênero. **Anais**. III Jornada Internacional de Representações Sociais e I Congresso Brasileiro sobre Representações Sociais, Rio de Janeiro, 2003. [Publicação digital em CD-room].

SOUZAS, Raquel. **Relações de raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas**. 2004, 290p. Tese de doutorado - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

STEPAN, Nancy Leys. **A eugenia na América Latina: Origens e Ecologia institucional**; In. A hora da eugenia, raça, gênero e nação na América Latina. Coleção História e Saúde, Ed. Fiocruz, 2005. Rio de Janeiro.

SZWARCWALD CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Caderno Saúde Pública** 2000; 16 Suppl 1:7-19.

TRINCA, W. (1976) *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor.

_____.(2003) *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU.

TORRES, Marieze Rosa. Sexo, prazer e dor – Vivências sexuais na fala de adolescentes pobres de Salvador. In: BARBOSA, Regina et all (Orgs.). **Interfaces. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**.Campinas: Editora da Unicamp, 2002, p. 49-84.

WEEKS, J.“Post-modern AIDS?”. In: BOFFIN, T; Gupta, S. (eds,) **Ecstatic antibodies : resisting the AIDS mythology**. Londres: Rivers Oram, 1990, 125 – 140 .

WERNECK, Jurema. A Vulnerabilidade das Mulheres Negras. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, nº 23, março 2001.

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global AIDS epidemic: executive summary. May, 2000. In: _____. **2006 report on the global AIDS epidemic**: may 2006. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. Disponível em:<http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 14 jun. 2006.

VALA, J. Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Orgs) *Psicologia social*. 2.ed, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da Técnica de associação livre de palavras

Título do projeto: Vulnerabilidade à infecção pelo HIV: representações sociais de mulheres negras e não negras

Mestranda: Dera Carina Bastos costa

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

Teste de Associação Livre de Palavras

Data: ___/___/2007

I. IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Ocupação:

Religião:

Escolaridade:.....

Estado civil:

Renda familiar:.....

Naturalidade:

Cor autodeclarada: () branca () pardo () preto () amarelo () indígena

II. PERGUNTAS

1. Cite 5 palavras que te levam a pensar na Aids

2. Cite 5 palavras que te levam a pensar em sexo.

_____	_____
_____	_____

3. Cite 5 palavras que te levam a pensar em sexualidade.

_____	_____
_____	_____

4. Cite 5 palavras que te levam a pensar na Aids e mulher negra.

_____	_____
_____	_____

5. Cite 5 palavras que te levam a pensar na Aids e mulher não negra

_____	_____
_____	_____

6. Cite 5 palavras que te levam a pensar em Você mesma

_____	_____
_____	_____



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B – Roteiro para elaboração da técnica do Desenho estória com tema

Título do projeto: Vulnerabilidade à infecção pelo HIV: representações sociais de mulheres negras e não negras

Mestranda: Dera Carina Bastos costa

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

ROTEIRO PARA OFICINAS DE DESENHO

1. Através do desenho demonstre o que você entende sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à aids.
2. Conte a estória desse desenho feito por você, não esquecendo de conferir um título .



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TÍTULO DO PROJETO: Vulnerabilidade a infecção pelo HIV
Representações sociais de mulheres negras e não negras

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada Vulnerabilidade à infecção pelo HIV: representações sociais de mulheres negras e não negras conduzida pela Enfermeira Dera Carina Bastos Costa, aluna do Curso de Mestrado da UFBA e orientada pela Prof^a Dr^a Miriam Santos Paiva.

Compreendo que esse estudo pretende colaborar na compreensão das vulnerabilidade de mulheres negras e não negras ao hiv/aids através do estudos de suas representações sociais.

Estou ciente de que a pesquisadora coletará dados através de observação e de entrevistas e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa.

Entendo que minha participação na pesquisa ocorrerá durante o tempo em que eu estiver realizando a consulta de planejamento familiar ou em outro momento determinado pela pesquisadora previamente informado. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não será revelado em qualquer relatório ou publicação resultante deste estudo .

Minha participação na pesquisa é voluntária e tenho a liberdade de recusar-me a participar da mesma ou de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Por isso, todas as informações obtidas neste estudo que possam ser identificadas permanecerão confidenciais. Todas essas recomendações estão de acordo com a resolução n. 196/96, do conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Fui devidamente comunicada que os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e em artigos científicos e que a pesquisadora não estar sendo remunerada para a realização deste estudo, assim como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

Se você tiver qualquer dúvida ou problema durante a realização deste estudo, poderei entrar em contato com a autora através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3263-7631.

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo da Pesquisa.

Salvador, ____ de _____ de 2007

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D – Caracterização sócio demográfica dos sujeitos

Variável	14º centro		SMURB		Total	
	N	%	N	%	N	%
<u>FAIXA ETÁRIA</u>						
14 a 24 anos	34	48.5%	22	40.7%	56	45.1%
25 a 35 anos	21	30%	18	33.3%	39	31.4%
36 e + anos	15	21.5%	14	24.6%	29	23.5%
<u>COR</u>						
Branca	03	4.3%	06	11.1%	09	7.2%
Parda	29	41.4%	21	38.8%	50	40.3%
Preta	34	48.5%	26	48.1%	60	48.4%
Amarelo	03	4.3%	01	1.85%	04	3.2%
Indígena	01	1.5%	0	0%	01	0.8%
<u>ESCOLARIDADE</u>						
Ens. Fund.	38	57%	03	5.5%	41	33%
Ens. Médio	32	43%	15	27.7%	47	38%
Ens. Superior	0	0%	36	66.6%	36	29%
<u>ESTADO CIVIL</u>						
Casada	31	44.3%	13	24%	44	35.5%
Solteira	39	55.7%	36	66.6%	75	60.4%
Divorciada	0	0%	05	9.25%	05	4%

Para melhor análise foram agrupados as mulheres que se auto declararam pretas e pardas em negras e as demais em não negras.

Agregados a cor:

COR/ ESCOLAR IDADE	NEGRAS		NÃO NEGRAS		TOTAL	
	14°		14°			
	SMURB	CENTRO	SMURB	CENTRO		
Ens. Fund	03(6.5%)	33(52.4%)	0	05(71.5%)	41	33%
Ens.Médio	12(25.5%)	30(47.6%)	3(42.8%)	02(28.5%)	47	38%
Ens. Superior	32(68%)	0	4(57.2%)	0	36	29%
TOTAL	47(100%)	63(100%)	07(100%)	07(100%)	124	100%

COR/ ESTADO CIVIL	NEGRAS		NÃO NEGRAS		TOTAL	
	14°		14°			
	SMURB	CENTRO	SMURB	CENTRO		
Solteira	31(66%)	36(57.2%)	4(57.2%)	03(42.8%)	74	60%
Casada	11(23.4%)	27(42.8%)	3(42.8%)	04(57.2%)	45	36%
Divorciada	05(10.6%)	0	0	0	05	4%
TOTAL	47(100%)	63(100%)	07(100%)	07(100%)	124	100%

COR/ FAIXA ETARIA	NEGRAS		NÃO NEGRAS		TOTAL	
	14°		14°			
	SMURB	CENTRO	SMURB	CENTRO		
14 a 24 anos	19(40.5%)	31(49.2%)	03(42.9%)	03(42.9%)	56	45.2%
25 a 35 anos	16(34%)	19(30.2%)	02(28.5%)	02(28.5%)	39	31.5%
36 e + anos	12(25.5%)	13(20.6%)	02(28.5%)	02(28.5%)	29	23.3%
TOTAL	47(100%)	63(100%)	07(100%)	07(100%)	124	100%

atenc3 3	ate2	2	atenc4	ate3	1	atenc5	ate4	3	atenc6	ate5
atitu6 1	atit	1	atrac2	atra	2	atrac3	atr1	1	atuar3	atua
autcon2 1	autc	1	autcon3	aut1	2	autest6	aut2	1	autval4	aut3
avcsoc3 2	avcs	1	avent4	aven	1	baiesc4	baie	4	bairen4	bail
bairen5 3	bai2	1	balada6	bala	1	banal1	bana	1	banal2	ban1
banal3 2	ban2	1	banal5	ban3	1	barrei6	barr	1	batal6	bata
bealco2 1	beal	1	beijo2	beij	3	beijo3	bei1	2	beleza2	bele
beleza3 4	bell	3	bemest6	beme	1	bmainf5	bmai	2	bnivso4	bniv
boa6 19	boa6	4	boaind6	boal	1	boca3	boca	1	bom2	bom2
bondad6 1	bond	1	bonita6	bon1	1	bqdtam2	bqdt	1	branca5	bran
brinca6 1	brin	1	brsame5	brsa	1	calor2	calo	1	cama2	cama
camis1 6	cam1	17	camis2	cam2	22	camis4	cam3	6	camis5	cam4
camis6 2	cam5	11	carali6	cara	1	carate4	car1	1	carate6	car2
caren2 25	car3	1	carent6	car4	1	carici2	car5	1	carin2	car6
carin3 6	car7	5	carin4	car8	2	carin5	car9	3	carin6	ar10
casal3 1	casa	1	casam2	cas1	1	casam4	cas2	1	casam5	cas3
chata6 1	chat	1	cheiro3	chei	1	choron6	chor	1	clasba4	clas
clasoc4 1	cla1	1	classe5	cla2	1	cntpro1	cntp	1	compa2	comp
compa6 1	com1	1	compan2	com2	2	compan6	com3	3	compar3	com4
compax1 1	com5	1	compax5	com6	1	comple2	com7	1	complil	com8
compor3 2	com9	2	compor6	om10	1	compr2	om11	1	compre6	om12
compree6 1	om13	1	comum1	om14	1	comuni6	om15	2	conf2	conf
confi5 5	con1	1	confia2	con2	2	confia4	con3	1	confia5	con4
confia6 1	con5	5	conhco3	con6	1	conhec4	con7	1	conhec5	con8
conhec6 1	con9	1	cong3	on10	1	conqui6	on11	1	consc2	on12
consc6 1	on13	1	consci2	on14	1	consci3	on15	1	consci4	on16
consid6 2	on17	1	consig6	on18	1	consre2	on19	2	contag1	on20
contag4 1	on21	1	contam1	on22	8	contam5	on23	1	contat5	on24
contra5 1	on25	1	conver3	on26	1	corac1	cora	1	corag6	cor1
corage6 2	cor2	1	corpo3	cor3	7	corpo6	cor4	1	crianc1	cria

crianc3 1	cri1	1	critic5	cri2	1	cruell	crue	1	cuiad6	cuia
cuidad1 8	cui1	10	cuidad2	cui2	14	cuidad3	cui3	5	cuidad4	cui4
cuidad5 1	cui5	10	cuidad6	cui6	40	cultur4	cult	1	curtic3	curt
dailg2 1	dail	1	dchpi2	dchp	1	decidi6	deci	1	dedic6	dedi
dedica6 1	ded1	2	dedout2	ded2	1	definc3	defi	2	defini3	def1
democr4 1	demo	1	depres1	depr	1	desaf4	desa	1	desamo4	des1
desamo6 2	des2	1	desani1	des3	1	descob3	des4	3	descon1	des5
descon4 11	des6	1	descon6	des7	1	descui1	des8	9	descui4	des9
descui5 2	es10	11	descui6	es11	1	descuid1	es12	1	descuid5	es13
desejo2 1	es14	18	desejo3	es15	6	desejo5	es16	1	desemp4	es17
desesp1 2	es18	4	desesp4	es19	1	desesp5	es20	1	desesp6	es21
desgos1 1	es22	1	desilu4	es23	1	desinf1	es24	5	desinf2	es25
desinf4 1	es26	13	desinf5	es27	6	desori5	es28	2	desper5	es29
despre3 1	es30	1	despre5	es31	1	desprez4	es32	1	desres1	es33
desres3 1	es34	2	desres4	es35	2	destru1	es36	2	desval3	es37
desval4 1	es38	3	desval5	es39	1	determ6	dete	3	deus6	deus
dever5 1	deve	1	diarre1	diar	1	dificu1	difi	1	dificu4	dif1
dificu6 1	dif2	1	dinhe5	dinh	2	dinhei4	din1	2	dinhei5	din2
direit3 11	dire	2	discip6	disc	1	discri1	dis1	4	discri4	dis2
discri5 1	dis3	1	discrim5	dis4	1	dispo2	dis5	1	distor3	dis6
divers2 1	dive	1	divulg6	div1	1	doado6	doad	1	doenal	doen
doenca1 1	doe1	31	doenca2	doe2	2	doenca4	doe3	3	doenca5	doe4
doença1 2	doe5	3	dogras1	dogr	1	dor1	dor1	12	dor4	dor1
dor5 4	dor2	1	dor6	dor3	2	doruim1	dor4	1	drogas1	drog
drogas4 2	dro1	2	drogas5	dro2	4	dst1	dst1	5	dst2	dst1
dst5 1	dst2	1	duvida3	duvi	1	edsex3	edse	1	educac3	educ
educac4 1	edu1	1	educac5	edu2	1	educac6	edu3	2	efdeus4	efde
emagre1 1	emag	2	empat6	empa	2	energ2	ener	1	entend3	ente
erro6 1	erro	1	esclar6	escl	1	escol4	esc1	1	escolh2	esc2
escolh3 2	esc3	7	escolh4	esc4	1	escolh5	esc5	2	escolh6	esc6

escolr4 1	esc7	1	escuro2	esc8	1	especi6	espe	1	espont2	esp1
espont6 1	esp2	1	estab2	esta	1	estarb3	est1	1	estati4	est2
estemo5 2	est3	1	estere4	est4	1	estesp6	est5	1	estimu3	est6
estpto1 1	est7	1	estud5	est8	1	estudo5	est9	1	estudo6	st10
evito6 1	evit	1	exclus1	excl	2	exclus4	exc1	4	exclus5	exc2
exgine2 2	exgi	1	exibi3	exib	2	expos1	expo	3	facil4	faci
falace4 2	fala	2	falamo1	fal1	2	falamo4	fal2	1	falamo5	fal3
falapr5 1	fal4	1	falate2	fal5	1	falcom1	fal6	1	falcui4	fal7
falcul4 2	fal8	1	falins4	fal9	2	falins5	all0	1	falopo4	all1
falpoll 2	all2	2	falpre1	all3	2	falpre4	all4	1	falres4	all5
falrsil 1	all6	1	falsid1	all7	1	famil2	fami	1	famil3	fam1
famil6 1	fam2	1	famili6	fam3	2	fapfa2	fapf	2	faqpe2	faqp
febre1 5	febr	1	fedeus6	fedo	1	feial	feia	1	felic2	feli
felic3 3	fel1	1	felic6	fel2	1	felici6	fel3	1	feliz6	fel4
feminn3 1	femi	4	femins3	fem1	1	feira5	fest	1	fetic2	feti
fidel2 1	fide	1	fiel6	fiel	3	filho2	filh	1	filho6	fill
filhos6 1	fil2	1	filme2	fil3	1	filme3	fil4	1	fimvid1	fimv
fluido1 1	flui	1	fome4	fome	1	forte6	fort	1	frio2	frio
genero3 1	gene	1	genero5	gen1	1	genero6	gen2	1	gosto3	gost
gosto6 1	gos1	1	gostos2	gos2	6	gostos3	gos3	2	gostos6	gos4
graind2 2	grai	1	gravel	gral	1	grave5	gra2	1	gravid2	gra3
gruris1 1	grur	1	gruris4	grul	1	harmo2	harm	1	heter2	hete
heter3 6	het1	1	hombon3	homb	1	homem1	hom1	1	homem2	hom2
homem3 10	hom3	4	hommul3	hom4	3	homos1	hom5	1	homos3	hom6
honest6 1	hone	2	horror6	horr	1	hspnis2	hspn	1	humil4	humi
humild6 2	hum1	1	humor2	hum2	1	humor6	hum3	1	ident3	iden
ident5 34	idel	1	ignor1	igno	2	igual4	igua	19	igual5	igul
ilumin6 1	ilum	1	ilusao4	ilul	1	imoral3	imor	1	impaci6	impa
import3 1	imp1	1	import5	imp2	1	impru5	imp3	1	imprud1	imp4
imprud5 1	imp5	2	imund1	imun	1	imunid1	imul	2	incon1	inco

indef1 1	inde	1	indep6	ind1	1	indepe6	ind2	1	indign6	ind3
inerhu3 2	iner	1	infeccl	infe	2	infell	inf1	2	infeli1	inf2
infeli4 1	inf3	1	infid1	inf4	1	infid5	inf5	1	infor4	inf6
inform1 4	inf7	2	inform3	inf8	1	inform4	inf9	3	inform5	nf10
inform6 1	nf11	7	inibic2	inib	1	inicia6	ini1	1	injust4	inju
injust5 1	inj1	1	inseg1	inse	3	inseg2	ins1	1	inseg4	ins2
inseg6 1	ins3	1	insist6	ins4	1	insti2	ins5	1	instis5	ins6
integ3 7	inte	1	integc3	int1	1	intel3	int2	1	intel6	int3
inters4 1	int4	1	intim2	int5	1	intimd3	int6	2	intimi3	int7
intoca5 1	int8	1	intros6	int9	1	irresp1	irre	7	irresp3	irr1
irresp4 1	irr2	2	irresp5	irr3	2	isolad1	isol	2	isolam4	isol
jovem3 1	jove	1	juvent5	juve	1	larbit3	larb	1	ledoca4	ledo
legal2 1	lega	1	legal6	leg1	1	liberd1	libe	1	liberd2	lib1
liberd3 1	lib2	7	liberd4	lib3	1	liberd5	lib4	2	liberd6	lib5
lider6 1	lide	2	limit1	limi	1	limpa3	lim1	1	livro2	livr
loja6 1	loja	1	loucu2	louc	1	luta1	luta	1	luta6	lut1
luxur2 1	luxu	2	maacom5	maac	1	macofi5	maco	1	macom4	mac1
madura6 1	madu	1	mae4	mae4	1	mae6	mae1	2	maenmu5	mae2
magra6 1	magr	1	maindi4	main	1	mall	mall	1	malici3	mall
maltra4 1	mal2	1	mamuln4	mamu	1	maopo5	maop	1	mapgru4	mapg
maresp5 1	mare	1	margin4	mar1	1	marido1	mar2	1	marido2	mar3
marido6 1	mar4	1	mascul3	masc	3	mastur3	mas1	1	mau5	mau5
mavist5 1	mavi	1	mavuln4	mav1	1	meacom5	meac	1	mecult4	mecu
medical 2	medi	3	medico6	med1	1	medo1	med2	32	medo2	med3
medo4 1	med4	3	medo5	med5	1	medo6	med6	18	medodo2	med7
medogr2 1	med8	1	medope1	med9	1	menop3	meno	1	menst3	men1
meprec5 1	mepr	2	midia5	midi	1	mocid3	moci	1	modern6	mode
modest6 1	mod1	1	monoga6	mono	2	mortel	mort	41	morte4	mor1
mpnuca4 2	mpnu	1	mudsex3	muds	1	mulbon3	mulb	1	mulher1	mul1
mulher2 1	mul2	1	mulher3	mul3	1	mulher6	mul4	2	mulne4	mul5

mulneg4 1	mul6	1	mulneg6	mul7	1	mumnam1	mumn	1	munacal	muna
muvara2 1	muva	1	namora3	namo	1	namoro2	nam1	3	namoro3	nam2
natura2 1	natu	3	natura3	nat1	1	natura4	nat2	1	natura5	nat3
natura6 4	nat4	1	nature2	nat5	1	ndescb5	ndes	1	ndiscr5	ndis
ndsdem2 1	ndsd	1	neces2	nece	3	neces3	nec1	1	necess2	nec2
negat4 1	nega	1	nervos6	nerv	4	nmist6	nmis	1	nooril	noor
normal3 1	norm	1	normal4	nor1	1	npamor2	npam	1	npfcas2	npfc
npniss3 1	npni	1	npreco5	npre	2	npreco6	npr1	1	nprejn6	npr2
npreve4 1	npr3	1	npreve5	npr4	1	nprpes1	npr5	1	nrelvh2	nrel
ntcural 1	ntcu	16	ntcura4	ntcl	1	ntrevh5	ntre	1	ntrtmu3	ntr1
objet6 2	obje	1	obsti6	obst	1	ocupac2	ocup	1	odio1	odio
opcao3 1	opca	7	opinia3	opin	1	orgasm2	orga	2	orgulh6	org1
orient3 2	orie	2	orient4	oril	1	otimis6	otim	1	ousadi6	ousa
pacien1 1	paci	1	pacien2	pac1	1	pacien6	pac2	1	pacom6	pac3
pagode4 1	pago	1	pais5	pais	1	paixa2	pail	1	paixao1	pai2
paixao2 1	pai3	8	paixao3	pai4	2	paixao4	pai5	1	parcel	parc
parcei1 1	par1	1	parcei2	par2	6	parcei3	par3	2	parcei5	par4
parcer2 1	par5	1	pasfil4	pasf	1	passsea6	pas1	1	pavor1	pavo
pavor6 1	pav1	1	paz5	paz5	1	paz6	paz1	2	pedeus5	pede
pegac4 1	pega	1	pegac5	peg1	1	pegar1	peg2	1	penal	pena
pena4 1	pen1	1	pena5	pen2	1	penis2	pen3	1	pensal	pen4
pensam3 1	pen5	1	pensam5	pen6	1	penso6	pen7	2	perda1	perd
perigo1 1	per1	9	perigo2	per2	1	perigo4	per3	1	persev6	per4
person3 2	per5	2	pesqu5	pesq	1	pessex3	pes1	1	peessoa3	pes2
plafam4 1	plaf	1	pobrez4	pobr	8	pobrez5	pobl	1	poder5	pode
possib4 1	poss	1	pqvidal	pqvi	1	pratic5	prat	1	prazer1	pra1
prazer2 1	pra2	49	prazer3	pra3	4	prazer5	pra4	2	prazer6	pra5
prdesp4 17	prde	1	precau1	prec	1	precoc3	pre1	1	precon1	pre2
precon3 1	pre3	2	precon4	pre4	37	precon5	pre5	10	precon6	pre6
precor6 1	pre7	1	pregen6	pre8	1	preoc2	pre9	1	preoc6	rel0

preocu3 1	re11	1	preocu4	rel2	1	preocu6	rel3	5	preon5	rel4
presen1 10	re15	1	preser2	rel6	1	preven1	rel7	10	preven2	rel8
preven3 21	re19	1	preven4	re20	2	preven5	re21	10	preven6	re22
primor3 1	prim	1	procri2	proc	2	procri3	pro1	1	profis6	pro2
promis1 1	pro3	6	promis4	pro4	5	promis5	pro5	2	prost5	pro6
prosti1 4	pro7	3	prosti3	pro8	1	prosti4	pro9	10	prosti5	ro10
prostit4 1	rol1	1	protec1	rol2	4	protec2	rol3	1	protec3	rol4
protec4 1	rol5	2	protec5	rol6	1	protec6	rol7	1	psique3	psiq
puberd3 1	pube	1	pudor3	pudo	1	quamo2	quam	1	quecab1	quec
quere6 2	quel	1	quieta6	quie	1	raca4	raca	1	racane4	rac1
racism4 1	rac2	14	racism5	rac3	3	racism6	rac4	1	raiva5	raiv
rarid5 1	rari	1	real5	real	1	reali2	real	2	realiz2	rea2
realiz3 1	rea3	1	recom4	reco	1	recom5	rec1	1	rejeic1	reje
rejeic4 2	rej1	2	rejeic6	rej2	1	relac2	rela	4	relac3	rell
relac4 1	rel2	1	relac5	rel3	1	relsex1	rel4	1	remed1	reme
repnco5 2	repn	1	respe2	resp	4	respe3	res1	2	respe6	res2
respei2 5	res3	2	respei3	res4	4	respei5	res5	1	respei6	res6
respo4 8	res7	1	respo6	res8	1	respon1	res9	1	respon2	es10
respon3 1	es11	3	respon5	es12	2	respon6	es13	16	restril	es14
riscol 1	risc	2	risco4	ris1	3	risco5	ris2	1	risco6	ris3
rismeb5 3	ris4	1	rolico2	roli	1	romant6	roma	1	roupa3	roup
ruim1 1	ruim	4	ruim2	ruil	1	ruim4	rui2	2	sabedo3	sabe
sadia6 2	sadi	1	safade3	safa	1	salao6	sala	1	sanguel	sang
satisf2 2	sati	2	saudel	saud	1	saude2	saul	1	saude4	sau2
saude5 1	sau3	2	saude6	sau4	7	scqvre5	scqv	1	seduc2	sedu
seduc3 1	sed1	1	segur2	segu	1	segur6	seg1	1	segura1	seg2
segura2 2	seg3	2	segura5	seg4	1	segura6	seg5	4	seguro2	seg6
selet6 1	sele	1	sensac2	sens	1	sensac3	sen1	1	sensib6	sen2
sensua2 1	sen3	1	sensua3	sen4	8	sentbe2	sen5	1	senti6	sen6
sentim1 1	sen7	1	sentim2	sen8	1	sentim3	sen9	2	sepapa2	sepa

separa1 1	sep1	1	separa4	sep2	1	sering1	seri	2	sexanal	sexa
sexdes1 1	sex1	6	sexdes4	sex2	1	sexdes5	sex3	4	sexdes6	sex4
sexne3 8	sex5	1	sexo1	sex6	14	sexo2	sex7	1	sexo3	sex8
sexo5 2	sex9	2	sexo6	ex10	3	sexora1	ex11	1	sexseg2	ex12
sexseg3 1	ex13	1	sexseg6	ex14	1	sexspr4	ex15	2	sexspro5	ex16
sexual 3	ex17	1	sexual4	ex18	1	sexual5	ex19	2	sexual6	ex20
sexvho5 3	ex21	1	simpa6	simp	1	simpat6	sim1	1	sincer6	sinc
sintoma1 1	sin1	1	sobrev1	sobr	1	socied4	soci	1	sofre6	sofr
sofrem1 2	sof1	1	sofri1	sof2	1	sofrim1	sof3	18	sofrim4	sof4
sofrim5 1	sof5	1	soldao1	sold	1	solid1	soll	1	solidal	sol2
sonhad6 1	sonh	2	sonho6	son1	1	sortud6	sort	1	spreco6	spre
sprev5 1	spr1	1	sracis5	srac	1	ssaude1	ssau	1	stasoc5	stas
stress6 2	stre	1	submis4	subm	1	sujei2	suje	1	tabu2	tabu
teimos6 1	teim	1	tempfo6	temp	1	tempo3	tem1	1	ternur2	tern
tesao2 2	tesa	8	tesao3	tes1	2	testel	tes2	1	timida6	timi
tocar3 1	toca	1	toler6	tole	1	tolera3	toll	1	toque3	toqu
totali4 1	tota	1	trabal6	trab	4	traged1	tral	1	traic5	tra2
traical 1	tra3	9	traica2	tra4	1	transa3	tra5	1	transf1	tra6
transf5 1	tra7	1	transm1	tra8	4	trata1	tra9	1	trata4	ra10
tratam1 9	rall	3	traves3	ral2	1	tresfi4	tres	1	tristel	tris
triste4 1	tril	1	triste5	tri2	2	triste6	tri3	1	tristez1	tri4
troca2 1	troc	2	troca5	trol	1	tropar4	tro2	1	tropra2	tro3
turis4 1	turi	1	tursex4	turl	1	uniao2	unia	1	uniao3	unil
usar6 1	usar	1	vaidad3	vaid	1	vaidos6	vail	1	valor4	valo
valor5 1	vall	1	valor6	val2	1	varpar4	varp	2	varpar5	var1
vergol 2	verg	1	vergon1	ver1	3	vergon2	ver2	1	vergon6	ver3
viado3 1	viad	1	vida1	vida	1	vida2	vid1	2	vida3	vid2
vida4 1	vid3	1	vida5	vid4	1	vida6	vid5	3	violen3	viol
virus1 1	viru	12	vivint1	vivi	1	voneju2	vone	1	vonta2	von1
vonta3 1	von2	1	vontad2	von3	7	vontad3	von4	1	vontmol	von5

vulgar4 vulg 1 vulner1 vul1 4 vulner4 vul2 5 vulner5 vul3
4
vulner6 vul4 2
Nombre de mots entr,s 2243
Nombre de mots diff,rents 909

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2243 1055 718 470
100 47.0 32.0 21.0

Question 016 Position 16 Code-max. 2
Tot. 1 2
2243 224 2019
100 10.0 90.0

Question 017 Position 17 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2243 589 862 792
100 26.3 38.4 35.3

Question 018 Position 18 Code-max. 3
Tot. 1 2 3
2243 724 1430 89
100 32.3 63.8 4.0

Question 019 Position 19 Code-max. 0
Tot. 0
2243 2243
100100.0

ANEXO B - AFC: Analyse factorial des correspondances

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.115596

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.038560
 Pourcentage du total = 33.4

Facteur 2

Valeur propre = 0.028896
 Pourcentage du total = 25.0

Facteur 3

Valeur propre = 0.016628
 Pourcentage du total = 14.4

Facteur 4

Valeur propre = 0.013775
 Pourcentage du total = 11.9

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	
aid2	-328	54	-120	10	-110	14	70	7	aidsbn4
aid3	-204	17	-148	12	225	49	-28	1	aidsbn5
ami3	50	1	-128	5	208	22	-3	0	amizad6
amo3	6	0	1	0	-87	33	-44	10	amor2
amo4	-211	11	169	10	-18	0	-274	53	amor3
amo6	-130	8	-242	35	67	5	204	52	amor6
bom2	53	1	-234	39	40	2	48	3	bom2
cam1	259	32	94	6	-81	7	-134	24	camis1
cam2	122	9	121	12	-88	11	11	0	camis2
cam5	27	0	-197	16	-71	4	-226	44	camis6
car6	-133	12	31	1	157	40	-26	1	carin2
on22	1	0	-454	61	-166	14	113	8	contam1
cui1	295	24	136	7	-148	14	128	13	cuidad1
cui2	-81	3	-280	41	-78	6	-112	14	cuidad2
cui4	246	14	-9	0	85	4	-91	5	cuidad4
cui5	-29	0	-91	3	-160	17	150	18	cuidad5
cui6	32	1	-60	5	54	7	15	1	cuidad6
des8	182	8	-175	10	113	7	-125	11	descui1
des9	-81	2	-94	4	104	8	-231	46	descui4
es10	436	58	-94	4	-88	5	-62	3	descui5
es14	44	1	53	2	62	4	179	45	desejo2
es26	193	14	-82	3	-285	68	-254	65	desinf4

dis2	5	0	-73	2	232	38	-230	45	discri4
doel	-36	1	-248	71	-59	7	75	14	doencal
dor1	-289	33	248	32	59	3	-33	1	dor1
hom6	-31	0	-266	26	-113	8	223	39	homos3
igua	-216	25	249	44	-156	30	84	10	igual4
igul	-348	115	135	23	-167	61	-76	16	igual5
med2	67	4	110	14	75	12	11	0	medol
med6	130	9	100	7	5	0	83	10	medo6
mort	21	0	127	25	33	3	-97	30	mortel
ntcu	-587	154	-138	11	198	40	121	18	ntcural
pai3	357	29	162	8	-27	0	-87	5	paixao2
per1	-615	95	-92	3	-248	36	-266	50	perigol
pobr	455	46	209	13	-150	12	53	2	pobrez4
pra2	-6	0	100	18	39	5	16	1	prazer2
pre2	48	1	-247	39	-34	1	27	1	precon1
pre4	93	9	-40	2	92	20	64	12	precon4
pre5	135	5	340	43	189	23	57	3	precon5
re17	156	7	20	0	-101	7	34	1	preven1
re18	6	0	181	12	-298	57	22	0	preven2
re21	-76	2	-41	1	-156	16	-118	11	preven5
re22	98	6	33	1	-95	12	-70	8	preven6
pro9	-102	3	57	1	118	9	-59	3	prosti4
rac2	-129	7	224	26	190	33	162	29	racism4
es10	399	36	159	8	-92	4	198	25	respon2
es13	316	45	5	0	66	5	-5	0	respon6
sen4	186	8	331	33	278	40	112	8	sensua3
sex6	211	17	-98	5	166	25	-32	1	sexol
sex8	191	8	-660	130	-111	6	178	20	sexo3
sof3	-183	17	73	4	172	35	106	16	sofrim1
tesa	281	18	68	1	91	4	-30	1	tesao2
tra3	-164	7	418	59	-362	76	470	155	traical
tris	-200	10	247	20	191	21	-246	43	tristel
viru	213	15	-275	34	94	7	-31	1	virus1

----------*-----*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000* *1000*
----------*-----*-----*-----*-----*-----*

Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	149	66	200	158	109	82	21	4
0152	71	11	-250	187	-104	56	28	5
0153	-468	282	-25	1	-71	15	-97	34
0161	-185	20	255	50	-402	217	496	399
0162	18	2	-25	5	39	21	-49	39
0171	-373	249	179	77	9	0	81	33
0172	26	2	-15	1	164	168	-31	7
0173	298	178	-140	52	-229	243	-32	6
0181	-156	57	-308	298	102	57	96	60
0182	124	60	173	157	-34	11	-13	2
0183	-600	73	220	13	-525	129	-852	412

----------*-----*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000* *1000*
----------*-----*-----*-----*-----*-----*

Fin normale du programme