



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

VALESCA NUNES DOS REIS

**CENAS, FATOS E MITOS NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DE UMA ESCOLA
PÚBLICA DE JUIZ DE FORA/MG**

**JUIZ DE FORA
2010**

Valesca Nunes dos Reis

**CENAS, FATOS E MITOS NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MULHERES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE JUIZ DE FORA/MG**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora
2010

Reis, Valesca Nunes dos.

Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG / Valesca Nunes dos Reis. – 2010.
144f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2. Mulheres - Educação.
3. Doenças sexualmente transmissíveis. I. Título.

CDU 616.9:396

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação de mestrado intitulada Cenas, Fatos e Mitos na Prevenção do HIV/Aids: Representações Sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG, apresentada em sessão pública por Valesca Nunes dos Reis, aluna do curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, para obtenção do título de Mestre, realizada em 16 de abril de 2010.

Orientadora: Profª Drª Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Ivia Maksud
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Elisabete Pimenta Araújo Paz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este estudo a todas as mulheres vítimas de seus amores
românticos que viram seus olhos serem blindados
a todas as vicissitudes e belezas da vida.*

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de reconhecer o valor do outro, próximo ou distante, para a concretização de um sonho. Sem dúvida, a força, a dedicação, a esperança, o trabalho e a confiança necessários para alcançar uma meta só são possíveis quando renovados pelos gestos, pensamentos, sentimentos, orações e desejos dos que compartilham a vida conosco.

A Deus, pela minha vida abençoada, repleta de iluminadas e ilustres pessoas, de grandes conquistas e inesquecíveis acontecimentos. Obrigada, Meu Pai, por todas as graças diariamente concedidas a mim!

Aos meus amados e tão queridos pais, por estarem comigo em todos os momentos dessa longa e árdua caminhada. Suas palavras e gestos de amor e carinho foram, como em todas as outras, meus alicerces nessa etapa tão especial da minha vida.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva, que, com sua inteligência, perspicácia, competência, dinamismo, amizade, sensibilidade e cuidado, abrilhantou enormemente essa minha jornada no rumo do conhecimento e do saber. Muito obrigada, Gi, pelos braços sempre abertos, tão calorosos e cheios de carinho. Sentirei muita falta da sua acolhida sempre afetiva, reflexiva, generosa e cuidadosa. O seu coração é mesmo do tamanho do mundo!

A Prof^a. Dr^a. Elisabete Pimenta Araújo Paz e ao Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani, pelos comentários, sugestões e orientações preciosas fornecidas no exame de qualificação.

Aos Professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF que contribuíram de maneira ímpar para minha formação profissional e pessoal.

Ao diretor da E.M., Gabriel Gonçalves da Silva, Prof. Sebastião Eudes Lopes Galvão, bem como a todos os professores e funcionários da escola que permitiram

que este trabalho fosse realizado, através de uma recepção sempre calorosa, solidária e amigável.

As mulheres que deram vida a esta dissertação, todo meu respeito e admiração por confiarem a mim alguns de seus segredos mais íntimos, além de me permitirem compartilhar de suas incertezas, dúvidas e medos diante da vida. MEU MUITO OBRIGADA!

Ao meu amado marido, Samuel, que soube elegantemente respeitar as minhas ausências, sempre com uma palavra positiva de incentivo, quando precisei dedicar todo o meu tempo ao estudo, à reflexão e à escrita. Você é, sem sombra de dúvida, O companheiro, O parceiro, O amigo, O meu escudeiro mais fiel, enfim, O meu AMOR!

Aos amigos de perto e de longe, que são parte de mim e um dos motivos pelos quais acredito ser importante viver, nunca tendo vergonha de ser feliz. Isadora, Marcio, Juliana, Luana, Priscila, Lêda, Fernanda e Kelli obrigada a todos vocês pelo apoio e torcida sincera e escancarada!

Cada momento de aproximação com as mulheres que gentilmente participaram desse estudo me remeteu às palavras de Guimarães Rosa, ao dizer em seu poema que *“O correr da vida embrulha tudo... a vida é assim: esquenta, esfria, aperta e daí afrouxa... sossega e depois desinquieta... o que ela quer da gente é coragem.”*

E assim, não posso esquecer de Herbert Daniel, ao dizer que *“A vida não vence. Acontece. Teça, portanto, coração de homem e alma de cidadão.”*

RESUMO

Em decorrência do avanço da epidemia do HIV/Aids no mundo, as mulheres passaram a representar uma parcela significativa dos portadores do HIV/Aids, e hoje no Brasil, como em outros países, dividem igualmente o número de casos identificados com os homens. Em geral, a aids atinge especialmente as mulheres pertencentes à classe econômica menos favorecida, com menor grau de escolaridade, às jovens, às casadas e heterossexuais. Assim, com vistas a contribuir para a problematização do discurso da prevenção do HIV/Aids no segmento feminino, esta pesquisa teve como objetivos: identificar os espaços onde mulheres acessam as informações sobre o HIV/Aids; descrever as representações sociais sobre o HIV/Aids de mulheres matriculadas em uma escola pública de ensino médio; analisar os fatores que orientam a adoção de medidas protetoras ao HIV/Aids para essas mulheres; analisar as relações entre as representações sociais sobre o HIV/Aids e as estratégias que as mulheres utilizam para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O estudo desenvolveu-se a partir da abordagem social da pesquisa qualitativa tendo como princípio teórico as Representações Sociais. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada junto a vinte mulheres do curso noturno de uma escola pública do município de Juiz de Fora/MG. Os dados foram analisados conforme a análise temática proposta por Bardin. Os depoimentos obtidos permitiram construir três categorias: as mulheres desenhando o acesso à informação sobre a aids; mulheres em cena: representações sobre o HIV/Aids; e pensando e fazendo prevenção: mulheres reduzindo a vulnerabilidade ao HIV/Aids. A partir da análise das categorias elencadas, vislumbramos a necessidade de voltar para as mulheres, em seus diferentes contextos e realidades, um olhar mais atento, cuidadoso e holístico, principalmente relacionado à questão da educação para a saúde sexual, que valorize as diferenças culturais e de gênero, no intuito de promover a formação de cidadãos conscientes de suas escolhas, instrumentalizando-as para a adoção de comportamentos e condutas sexuais protetoras e menos vulneráveis ao HIV/Aids. E a partir de uma postura crítico-reflexiva, as representações das mulheres evidenciam a urgência de se estabelecer, de forma consistente e efetiva, o vínculo entre a escola e os serviços de saúde, no sentido de, num esforço conjunto, criar e estabelecer programas e projetos de intervenção que tenham como um de seus objetivos sensibilizar as mulheres para a escolha de comportamentos que estejam alinhados as suas reais percepções de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Aids. Mulheres. Educação. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

With the advance of the worldwide HIV/AIDS epidemic women have become a significant segment of HIV/AIDS carriers, being now responsible for as many cases as those identified in men. AIDS generally affects women from underprivileged classes, with fewer schooling years, of a younger age, of married status and of heterosexual orientation. In order to contribute to the discourse on HIV/AIDS prevention in the female segment, this research aimed to: identify the spaces from which women access information on HIV/AIDS; describe the social representations of HIV/AIDS for women regularly attending a public secondary school; analyze the factors orienting the adoption of HIV/AIDS preventive measures by these women; and analyze the relationship between the social representations of HIV/AIDS and the strategies used by these women to reduce their vulnerability to HIV infection. The study was developed from the social approach to the qualitative research, with Social Representations as the theoretical principle. The data were collected through a semi-structured interview of twenty women from the night shift of a public school of the municipality of Juiz de Fora-MG, Brazil. The data were analyzed according to the thematic analysis proposed by Bardin. The statements obtained generated three categories: women designing access to AIDS information; women on stage: HIV/AIDS representations; and thinking and preventing: women reducing their vulnerability to HIV/AIDS. The analysis of these categories showed the need of a more attentive, careful, and comprehensive approach to these women in their different contexts and realities, chiefly concerning sexual education, and giving due value to cultural and genre differences, so that they become fully aware of their choices and empowered to adopt protective sexual behavior that makes them less vulnerable to HIV/AIDS. From a critical and reflexive stance, the women's representations highlight the urgency to establish consistent and effective links between the school and health services, in a common effort to develop and establish intervention programs and projects aiming, among other things, to motivate women to choose behaviors suited to their actual risk perceptions.

KEY WORDS: AIDS. Women. Education. Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AMAC - Associação Municipal de Apoio Comunitário

CDC - Centers for Disease Control e Prevention

DST - Doença sexualmente transmissível

EJA - Educação para Jovens e Adultos

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS

HIV - Human Immunodeficiency Virus

WHO - World Health Organization

GRID - Gay-Related Immune Deficiency

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PEAS – Programa de Educação Afetivo-Sexual

PN-DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA - United Nations Population Fund

WOG - *Wrath of God Syndrome*, ou Síndrome da Ira de Deus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
Justificativa	18
Objeto do Estudo	18
Objetivos	18
2. A EPIDEMIA DA AIDS NO MUNDO: REVISITANDO A HISTÓRIA	20
3. A ESCOLA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: O ESPAÇO OCUPADO PELO HIV/AIDS	37
4. O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	47
4.1 A Teoria das Representações Sociais como marco teórico	47
4.2 O método escolhido para o estudo	54
4.3 Cenário	56
4.4 Sujeito do Estudo	58
4.5 Tipo de Coleta	62
4.6 A organização dos dados para análise	65
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	68
5.1 Caracterização da População	68
5.2 As mulheres desenhando o acesso à informação sobre a aids	70
5.3 Mulheres em cena: representações sobre o HIV/Aids	90
5.4 Pensando e fazendo prevenção: mulheres reduzindo a vulnerabilidade ao HIV/Aids	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES	
A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	140

B. Roteiro de Entrevista 142

C. Carta de Solicitação para Realização do Estudo 143

ANEXO

Parecer de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de
Ética em Pesquisa da UFJF 144

1 INTRODUÇÃO

Ultrapassando o significado de doença, a AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adquiriu *status* de fenômeno social ao ter repercussões nas mais diversas dimensões da vida, seja no âmbito privado ou da coletividade. A dinâmica e complexidade da doença impuseram à humanidade um processo de repensar seus princípios e valores morais, éticos e religiosos, além de exigir a reflexão e análise de temáticas como sexualidade, drogadição, processo saúde-doença, estigma, relações afetivo-sexuais, entre outras.

Desde o primeiro caso diagnosticado no Brasil em 1980, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mundialmente conhecida pela sua sigla em inglês AIDS, vem passando por inúmeras transformações em seu perfil sócio-epidemiológico ao longo desses trinta anos. Devido a sua magnitude, complexidade e dinamismo, tornou-se um grave problema de saúde pública, desafiando a comunidade científica e a sociedade em geral na busca de soluções que visem ao controle e ao combate a sua disseminação.

Esses trinta anos da história da aids¹ vêm evidenciando a necessidade de identificar e conhecer os sujeitos mais vulneráveis, bem como compreender suas percepções sobre a doença, visando subsidiar a construção de estratégias e intervenções mais efetivas no controle da epidemia.

Inicialmente, a incidência dessa enfermidade concentrava-se quase que exclusivamente em grupos populacionais específicos como homens que fazem sexo com outros homens (homossexuais e bissexuais masculinos), hemofílicos e aqueles que receberam sangue e hemoderivados e usuários de drogas intravenosas. Surgiu então a idéia de grupo de risco, que disseminou a falsa percepção na sociedade de que somente as pessoas que se enquadravam nessa categoria estariam susceptíveis à infecção pelo HIV (Human Immunodeficiency Virus) (XAVIER *et al.*, 1997). O fato de ter atingido no início da epidemia, quase que exclusivamente,

¹ De acordo com orientação do Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, a palavra "aids" deve ser considerada como substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira, recomendando a grafia em caixa baixa quando tratar-se da epidemia. A grafia em caixa alta para a letra "a" inicial e baixa para as letras que seguem ("i", "d" e "s") seria utilizada apenas quando corresponder a nomes próprios de instituições (p. ex., Centro de Referência em Aids). Entretanto, quando a palavra estiver no meio de siglas grafadas em caixa alta, a palavra "aids" seguirá em caixa alta.

homens que faziam sexo com homens, fez com que a aids fosse construída no imaginário social como um fenômeno homossexual masculino.

Posteriormente, com a expansão da doença entre os heterossexuais, passou-se a falar em comportamento de risco, e, mais recentemente, em vulnerabilidades. As denominações de grupo e comportamento de risco por muitos anos retardaram a construção de estratégias que priorizassem ações de prevenção e de educação no combate à epidemia. Além disso, favoreceram a consolidação na sociedade de comportamentos preconceituosos, discriminatórios e estigmatizados destinados aos portadores dessa enfermidade, contribuindo ainda mais para sua disseminação.

Dados recentes publicados pela World Health Organization (WHO, 2009) revelam que a pandemia da aids continua em crescimento, comprovada pelo acréscimo de 2,7 milhões de novos casos em 2008, perfazendo um total 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. De 1980 até junho de 2008, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, 506.499 casos de aids², dos quais 305.725 estão concentrados na Região Sudeste, correspondendo a 60% do total. Importante ressaltar que a Região Sudeste apresenta um percentual de 12% de subnotificação (BRASILa, 2008).

Os primeiros casos de aids no Brasil estavam centralizados no eixo Rio-São Paulo, difundindo-se para as demais regiões do país a partir do final da década de oitenta, desde metrópoles regionais a municípios de médio e pequeno porte (SZWARCWALD *et al.*, 2000). Esta mudança na distribuição espacial da doença ficou conhecida como interiorização. Desde então, a aids tomou proporção nacional, demonstrando sua amplitude e dinamismo, à medida que se configura de forma diferenciada ao deparar-se com comportamentos humanos individuais e coletivos distintos.

O Brasil, um país de dimensões continentais, apresenta disparidades sócio-econômico-culturais entre seus inúmeros municípios, gerando dinâmicas regionais e populacionais bastante heterogêneas. Isso faz com que a análise espacial da aids no Brasil seja descrita como uma pandemia multifacetada, por ser composta por subepidemias regionais, com características próprias, não possuindo um perfil

² Não trabalhamos com os dados de 2009, pois os mesmos ainda não estão disponíveis no banco da Coordenação Nacional de DST/Aids.

epidemiológico único em todo o território nacional (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000).

Soma-se à interiorização, a heterossexualização, a feminização e pauperização da doença, contribuindo para a transformação do perfil epidemiológico da aids no Brasil, seguindo a tendência mundial, desde a década de 90. A epidemia deslocou-se dos homossexuais urbanos com alta escolaridade e usuários de drogas injetáveis para grupos heterossexuais de menor faixa etária, para o sexo feminino e segmentos populacionais com baixo nível de escolaridade e baixa renda. Evidencia-se essa transição no tocante à feminização ao analisar os dados que demonstram o decréscimo na razão homens/mulheres infectadas de 40,0 em 1983 para 1,3 em 2008 (BRASILa, 2008).

O aumento da transmissão heterossexual da aids implicou, evidentemente, um aumento dos casos de HIV/Aids na população feminina em todas as faixas etárias. Como consequência, pôde contribuir para o aumento da transmissão vertical.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico – Aids e DST (2008), a transmissão por via sexual continua sendo o principal meio de disseminação da doença. Entre os homens, responde por 73,1% dos casos notificados em 2008 até final do mês de junho, e, nas mulheres, esse valor sobe para 96,3%. Importante destacar que os 96,3% dos casos de aids no sexo feminino correspondem à categoria de exposição heterossexual. Essa diferença entre as taxas reafirma que, apesar das inúmeras iniciativas, a desigualdade entre os gêneros ainda é marcante em nossa sociedade, tanto em termos políticos quanto culturais e sócio-econômicos (BRASILa, 2008).

Szwarcwald *et al.* (2000) confirmam que, no Brasil, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia, com expressão relevante em todas as regiões, havendo um incremento importante desta forma de transmissão de 6,6 % em 1988, para 39,2%, em 1998. Esta característica tem contribuído de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres.

A proporção de casos masculinos notificados caiu de 90,1%, de 1980 a 1988, para 61,71% entre 2005 e julho de 2008, evidenciando-se uma redução de 28,39%. Já entre as mulheres, a proporção de casos elevou-se de 9,9% para 38,29%, nos

períodos citados, o que representou uma diferença de 28,39%, porém no sentido inverso ao do grupo masculino (BRASILa, 2008).

Essa crescente taxa de incidência entre as mulheres faz com que se torne necessário e imediato o desenvolvimento de ações e políticas que busquem compreender as especificidades da população feminina perante suas formas de enfrentamento em relação à aids. Evidencia-se, diante das estatísticas e estudos que as mulheres encontram-se em desvantagem no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da doença (TOMAZELLI, CZERESNIA, BARCELLOS, 2003; TAKAHASHI, SHIMA, SOUZA, 1998).

Um estudo realizado por Tomazelli (2001) mostrou que há uma fragilidade e desvantagem na qualidade dos dados registrados sobre a aids no grupo feminino quando comparados com os que fazem referência ao universo masculino. Esse fato relaciona-se diretamente com a geração de produções investigativas de qualidade duvidosa, reproduzindo um contexto em que a desinformação ou informação incorreta sobre vias de transmissão do vírus HIV, bem como os tabus e preconceitos presentes nos discursos e diálogos sobre a doença, permanecem presentes no cotidiano das mulheres.

Conforme apontam Barbosa e Vilella (1996), o contexto da nossa cultura sexual transformou em desigualdade as diferenças entre os gêneros. As relações históricas de poder do sexo masculino sobre o feminino, configuradas por relações afetivo-sexuais submissas, dificultam a tomada de decisão, por parte da mulher, de realização de práticas sexuais seguras e preventivas. Essas desigualdades se acentuam, segundo Barbosa (1993), principalmente pelo fato de o uso do preservativo depender quase que exclusivamente da vontade do homem, e pela dificuldade que a mulher possui de negociar com o parceiro a sua utilização, por suscitar desconfiança quanto à fidelidade masculina.

Diante desse contexto, foi publicado, em março de 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, uma ação conjunta entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher. Este plano tem como meta principal enfrentar a feminização da epidemia do HIV/AIDS e outras DST por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral (BRASILa, 2007).

De acordo com dados da Coordenação Nacional de DST/Aids, desde o primeiro diagnóstico no estado de Minas Gerais em 1982 até junho de 2008, já foram registrados 35.241 casos de aids (BRASILa, 2008). Segundo o Boletim Epidemiológico DST/Aids de Minas Gerais de 2007, o estado segue as tendências nacionais e internacionais da epidemia de feminização, interiorização e pauperização. No que se refere à idade, 84,9% concentra-se na faixa dos 20 aos 49 anos. Dos 853 municípios de Minas Gerais, 76,7% já notificaram pelo menos um caso da doença. Apesar de, em números absolutos, os homens ainda constituírem a maioria dos casos, é entre as mulheres que o crescimento é mais significativo, atingindo o maior percentual entre adolescentes e jovens de 13 a 29 anos em comparação com o percentual masculino. A razão entre os sexos passou de 4,9 em 1982 para 2,2 em 2006 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com dados epidemiológicos, a cidade de Juiz de Fora desde o primeiro caso notificado de aids em 1986 até outubro de 2008, já notificou 1.411 casos masculinos e 649 femininos. Vale ressaltar que, no período de 1997 a outubro de 2008, o município já notificou 368 casos de gestantes HIV positivas. A taxa de óbitos no sexo masculino em 1986 era de 100% e do sexo feminino de 0%. Já em outubro de 2008, essa taxa respectivamente era de 72,72% e de 27,28%. Desde 1993, a principal categoria de exposição é a heterossexual, chegando a representar 62,22% dos casos notificados em 2008. Atualmente, Juiz de Fora ocupa o segundo lugar entre os municípios mineiros com maior número de casos notificados. Além disso, ocupa a 33^o colocação entre os 100 municípios brasileiros com maior número de casos notificados (SINAN/DVE/SSSDA/PMJF, 2008).

Evidencia-se, portanto, diante desse cenário, a necessidade de conhecer quem são essas mulheres em suas características culturais, sociais, econômicas e comportamentais, no sentido de buscar apreender como estas dimensões se articulam e propiciam o crescimento da epidemia entre as mulheres. É preciso reconhecer as especificidades regionais e culturais no que se refere às representações em relação ao cuidado com o corpo, à sexualidade e em relação ao adoecimento e suas consequências sociais para assim compreender a real e complexa dinâmica da epidemia e estabelecer uma fundamentação mais realista das ações preventivas e terapêuticas.

Na perspectiva de contribuir com a identificação de elementos essenciais à definição dos padrões de incidência e de evolução da aids no Brasil, suscitou-nos o interesse em estudar o comportamento feminino acerca das suas vulnerabilidades frente à aids no município de Juiz de Fora.

Esse interesse surgiu a partir da minha experiência profissional como docente da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora em 2007.

Durante a realização de aulas práticas em uma escola pública do município, que tinham como objetivo inserir os alunos de graduação em enfermagem no contexto da promoção e prevenção à saúde, através de práticas educativas que abordassem a temática da sexualidade, pude perceber a demanda da comunidade escolar sobre o assunto.

O elevado número de adolescentes e jovens grávidas, fato que favorece o absenteísmo e evasão escolar por parte das mulheres, se configura nessa escola como uma situação que provoca e motiva o corpo docente a manifestar o interesse por apoio e parceria de atores não pertencentes à instituição na busca de auxílio para desenvolver mecanismos e estratégias de enfrentamento a essa realidade.

Foi, portanto, a partir da solicitação de alguns professores da escola para que pudessemos dar continuidade às abordagens educativas sobre educação sexual de forma mais aprofundada e em outros turnos que não apenas o vespertino (período que se realizavam as aulas práticas), acrescido da percepção pessoal quanto à necessidade dos alunos por maiores e detalhadas informações sobre o tema, que nasce a motivação para a realização desta pesquisa.

Destarte, com as mudanças ocorridas ao longo da história da epidemia do HIV/Aids, principalmente no que diz respeito à maneira de contaminação, faixa etária atingida e em relação ao sexo, fizemos os seguintes questionamentos: o que sabem as mulheres sobre as maneiras de contaminação com o HIV? O que sabem as mulheres sobre a aids? O que sabem as mulheres sobre as formas de prevenção? As mulheres incorporam esses saberes quando pensam na redução da vulnerabilidade à contaminação?

Este estudo teve como objeto de investigação as representações das mulheres matriculadas em uma escola pública de Juiz de Fora sobre o HIV/Aids e suas repercussões na vida cotidiana.

Para responder ao objeto proposto, o estudo tem os seguintes objetivos:

- Identificar os espaços onde as mulheres acessam as informações sobre o HIV/Aids.
- Descrever as representações sociais sobre o HIV/Aids de mulheres matriculadas em uma escola pública de ensino médio.
- Analisar os fatores que orientam a adoção de medidas protetoras ao HIV/Aids para essas mulheres.
- Analisar as relações entre as representações sociais sobre o HIV/Aids e as estratégias que as mulheres utilizam para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

2 A EPIDEMIA DA AIDS NO MUNDO: REVISITANDO A HISTÓRIA

Há três décadas a trajetória da aids começou a ser delineada na história da humanidade e, desde então, vários caminhos foram e continuam sendo traçados em torno deste fenômeno, demonstrando seu caráter dinâmico, complexo e multidimensional. A doença adquiriu, rapidamente, a partir de sua identificação em 1981, dimensão epidêmica, afastando qualquer possibilidade de se configurar como um processo estático, linear e estanque.

Rompendo barreiras geográficas, a doença vem exigindo da comunidade mundial, seja de indivíduos pertencentes à esfera política, jurídica ou civil, uma visão abrangente e integradora sobre os aspectos cruciais da vida humana que são influenciados ou que influenciem a dinâmica da epidemia da aids. Tornaram-se desafiadoras as transformações culturais, sociais, políticas e econômicas impactadas pela pandemia, exigindo de todos os países do mundo uma análise profunda e detalhada acerca da disseminação ampla e acelerada do vírus HIV na população, visando desenvolver respostas eficazes ao seu enfrentamento.

Foi também a partir do advento da aids, que aspectos relacionados ao âmbito privado da vida do indivíduo, como sexualidade, afetividade e família, bem como os relacionados às questões de gênero, poder, comportamento e identidade passaram a ser fomentados e ganharam espaço e visibilidade nas discussões e estudos na sociedade contemporânea (MONTEIRO, 2002; LOPES, 2005).

Data de 1981 o primeiro diagnóstico oficial de aids feito nos Estados Unidos (EUA) divulgado pelo Centers for Disease Control e Prevention (CDC) (ROUQUAYROL, ALMEIDA, 2003). Porém, pesquisas feitas no final da década de 80, em tecidos congelados de indivíduos que morreram de uma doença inusitada e desconhecida nas décadas de 50 e 60 na Europa e nos EUA, comprovaram serem estes portadores do vírus HIV (CAMARGO, 1994).

Acometendo inicialmente homens jovens homossexuais, anteriormente saudáveis, principalmente moradores da cidade de Nova York e da Califórnia, a doença de etiologia desconhecida, chamava a atenção principalmente pelo fato da crescente incidência de duas comorbidades, geralmente associadas neste grupo, que se manifestavam principalmente em indivíduos imunocomprometidos, a

neoplasia maligna denominada Sarcoma de Kaposi e a pneumonia atípica causada pelo fungo *Pneumocystis carinii* (FONSECA, BOLELLA, NETO, 1999; CAMARGO, 1994).

Como o grupo majoritariamente atingido nos primeiros anos da epidemia era constituído de homossexuais masculinos, inicialmente a denominação Gay-Related Immune Deficiency (GRID) foi referida a doença em 1982 para descrever a nova síndrome (GALVÃO, 2002). O fato de, primariamente ter acometido esse grupo específico, fez com que atitudes permeadas de preconceito, estigma, discriminação e segregação passassem a configurar as representações sociais construídas em torno da nova doença. Surge o conceito de grupo de risco, semeando no imaginário coletivo a crença de que somente os que pertencessem a esse grupo poderiam ser vítimas da nova doença.

Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005, p. 332) iluminam essa classificação quando esclarecem que:

“A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade poderia estar sua origem, o que tornava os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica, “de risco”. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da aids.”

Para Camargo (1994, p. 31), a epidemia da aids surgiu quando “a morte coletiva havia sido banida do imaginário da população”. Isso fez com que sentimentos como medo, incerteza, pânico e histeria emergissem no plano simbólico da coletividade.

Corroborando esse pensamento, Monteiro (2002, p.31) ao dizer que:

“As narrativas e metáforas criadas em torno da Aids demonstram, mais uma vez, que uma epidemia é percebida como ameaçadora não apenas em função da sua dimensão epidemiológica, mas dos significados simbólicos construídos em torno da mesmas; isto é, das informações produzidas, interpretadas e legitimadas como verdades.”

Ainda durante o ano de 1982, a doença ganhou uma definição adequada a sua fisiopatologia, AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), designação mais apropriada já que o desenvolvimento de infecções oportunistas estava diretamente

associado a uma deficiência no sistema imune. No mesmo ano e no ano que se seguiu, começaram a ser registrados novos casos em indivíduos que não se enquadravam no grupo de homossexuais masculinos, como mulheres heterossexuais e profissionais do sexo, receptores de hemoderivados (hemofílicos) e usuários de drogas injetáveis. Diante dessas informações, surge a hipótese de ser a aids uma doença infecciosa, ocasionada por um microorganismo transmitido pela via sanguínea e sexual, não restrita aos indivíduos homossexuais.

Mas mesmo com avanços no campo da caracterização clínico-epidemiológica, denominações excludentes e estigmatizantes continuaram a ser criadas no imaginário social, divulgadas pela mídia sensacionalista e absorvidas pela população. Foi criado o grupo de risco dos 4-H: homossexuais, hemofílicos, viciados em heroína e haitianos (população largamente atingida pela epidemia desde seu surgimento). E ainda expressões como Wog (*Wrath of God Syndrome*, ou Síndrome da Ira de Deus), “peste gay” e “câncer gay” (LOPES, 2005). Histórias, crenças e mitos também permeiam o fenômeno da aids, como o mito do paciente zero e narrativas sobre a origem da aids na África (GALVÃO, 2000).

Em 1986, foi cunhada a sigla HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) para fazer referência ao agente etiológico da doença. O vírus já havia sido identificado e isolado na França e nos EUA, respectivamente, em 1983 por Luc Montagnier e em 1984 por Robert Gallo (GALVÃO, 2002; CAMARGO, 1994). Recentemente, os cientistas franceses, Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi, receberam o reconhecimento pela descoberta do agente etiológico da aids, sendo-lhes atribuído o Prêmio Nobel de Medicina 2008.

À medida que a aids ganha visibilidade em torno de sua etiologia, dos aspectos clínico-epidemiológicos e dos mecanismos de transmissão, o termo grupo de risco vai perdendo gradativamente relevância, sem contudo desaparecer por completo (CAMARGO, 1994). Ayres, França e Calazans (1997, p.23) confirmam que no período de 1985 a 1988, “o conceito de grupo de risco entra em franco processo de crítica e desuso”, por inadequar-se à dinâmica que a epidemia demonstrava e pelos severos ataques que recebeu dos grupos mais atingidos pela estigmatização e exclusão.

Disseminando-se rapidamente pelo mundo, sem distinção de raça, nacionalidade e opção sexual, a infecção pelo HIV passa a afetar não apenas os pertencentes ao chamado grupo de risco, mas qualquer pessoa que eventualmente

entre em contato com o vírus. Entra-se então, em uma segunda fase, em que o conceito de comportamento de risco passa a ser utilizado para fazer referência aos que tinham maior probabilidade de se contaminar devido à adoção de comportamentos específicos. Como destacam Ayres, França e Calazans (1997) o enfoque passa a ser dado ao comportamento individual, estimulando o envolvimento ativo dos sujeitos principalmente para as ações de prevenção. Isso fez com que ocorresse a tendência à culpabilização individual.

Além disso, ainda com ênfase em uma postura estigmatizante e discriminatória, a sociedade fazia referência a esses indivíduos como aqueles que apresentavam um comportamento sexual promíscuo, que não usavam preservativos ou que eram usuários de drogas injetáveis (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

Parker (2000) destaca que, à medida que as estratégias e intervenções focadas na mudança de comportamento e atitude individual foram sendo desenvolvidas nos diversos ambientes sociais e culturais de todo o mundo, a eficácia dessas ações começou a ser questionada pelo limitado potencial de intervenção social. Isso ocorreu principalmente devido à dificuldade de adaptar e aplicar esses protocolos nas diferentes expressões culturais e mesmo em diferentes subculturas dentro da mesma sociedade. E, além disso, reforça o autor, que os estudos comprovaram que “a informação, por si só e em si mesma, não é suficiente para produzir a mudança de comportamento para redução do risco” (PARKER, 2000, p. 69).

A presença desses dois conceitos, grupo e comportamento de risco, influenciou a construção de políticas e programas de prevenção focadas numa abordagem epidemiológica e comportamental. Essa situação fez com que a formulação de estratégias e ações preventivas e educativas, que levassem em consideração a complexa dinâmica de fatores sociais, históricos e econômicos, fosse adiada e, assim, dificultasse a definição, adequação e transformação de práticas do cotidiano (MONTEIRO, 2002; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

Mudanças no perfil epidemiológico da epidemia, acentuadas principalmente durante a década de 90, exigiram uma nova forma de pensar e estruturar respostas de enfrentamento, especialmente as referentes ao aspecto da prevenção. Com a crescente disseminação da doença nos países subdesenvolvidos e entre mulheres heterossexuais, um conceito expandido permitiu agregar ao conceito de risco individual, até então norteador das políticas de prevenção, uma percepção mais

completa acerca dos fatores determinantes dos comportamentos adotados pelos indivíduos.

Construiu-se então, o conceito de vulnerabilidade, buscando evidenciar como circunstâncias sócio-culturais e político-econômicas podem conduzir a um evento potencialmente adverso, gerando uma incapacidade de resposta e adaptação dos indivíduos diante de uma nova e desconhecida situação. Monteiro (2002) destaca que, com essa nova visão, as políticas de prevenção passaram a considerar a associação entre saúde pública, direitos humanos e transformação na estrutura social, visando à redução da vulnerabilidade e à diminuição do impacto social e econômico da epidemia, principalmente entre a população de menor poder aquisitivo.

A autora ressalta que para que a disseminação da aids seja reprimida os programas de intervenção devem ter como objetivo a busca da superação das desigualdades e injustiças sociais, através da implementação de ações sociais integradas (MONTEIRO, 1999).

Tornou-se premente no combate à pandemia transpor a tradicional abordagem comportamentalista das estratégias individuais de redução de risco para modelos educacionais de conscientização coletiva, através de intervenções multidimensionais, que conjuguem aspectos de ordem social, política, cultural, cognitiva e emocional. E assim, ampliar a percepção de que o indivíduo é um complexo sistema de relações, influenciado pelo contexto sócio-cultural, político e econômico no qual está inserido.

Como pontua Ayres (2002), o combate ao recrudescimento da epidemia está direta e radicalmente relacionado à construção de uma cultura preventiva universalizada, sustentada, plural e versátil para o conjunto da sociedade. Ressalta ainda o autor que, para abarcar novos cenários, sujeitos, experiências e valores delineados pela constante transformação ocasionada pela dinâmica da epidemia, precisam ser intensificadas e renovadas as práticas e políticas de prevenção, considerando os diversos “contextos de intersubjetividade” (grifo do autor) nos quais se efetiva a vulnerabilidade ao HIV.

Ayres, França e Calazans (1997) colocam que o conceito de vulnerabilidade passou a disseminar-se amplamente no campo da saúde a partir dos estudos de Mann e colaboradores, tendo como marco a publicação do livro *AIDS in the world* em 1992. Para melhor compreensão da menor ou maior vulnerabilidade do sujeito e

coletividade à infecção pelo HIV, foram definidas três dimensões interdependentes: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

De acordo com Ayres, França e Calazans (ibid, p. 26-28), o detalhamento das três dimensões é definido da seguinte maneira:

- a dimensão individual se relaciona com comportamentos, valores, atitudes e acessibilidade a recursos que condicionam os meios ideais para prevenção da infecção, sendo aqueles diretamente influenciados pelo ambiente social e pelo potencial dos indivíduos de assimilar informações, transformar condutas e adotar comportamentos protetores;
- a dimensão social contempla uma percepção macroestrutural, pois nesse plano a ênfase recai sobre aspectos condicionantes e estruturantes do contexto social, nos quais a construção do diagnóstico de vulnerabilidade está associada a indicadores como direitos humanos, condições sócio-econômicas e defesa da cidadania;
- a dimensão programática inclui a análise acerca do planejamento e execução de programas e políticas que privilegiem a prevenção, o controle e a assistência em aids, bem como os indiretamente relacionados, como saúde reprodutiva.

De acordo com RUA e ABRAMOVAY (2001, p. 40):

A importância da idéia de vulnerabilidade reside no reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais que afetam os indivíduos, independentemente de sua vontade. Ao individual, associa-se o coletivo. Entre outros, a desigualdade de condições econômicas, políticas, culturais, jurídicas, afeta a suscetibilidade à infecção do HIV e ao desenvolvimento da aids. Nesse sentido, aumenta a responsabilidade coletiva no combate à epidemia.

Essa mudança de referencial, do indivíduo para o coletivo, permitiu transformar os processos de entendimento e práticas de respostas ao enfrentamento da epidemia. Questões relacionadas às desigualdades e injustiças, que criaram as condições para disseminação da doença, passaram a fazer parte das reflexões e

análises acerca da construção de estratégias potencialmente efetivas (PARKER, 2000).

Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 293) em relação à vulnerabilidade observam que:

“Uma vez determinada a força do ambiente social e do programa nacional de combate à AIDS, o último recurso para diminuir a vulnerabilidade é o indivíduo. Embora as pessoas sejam expostas a programas nacionais de combate à AIDS de qualidade semelhante e vivam em ambientes sociais semelhantes, as necessidades individuais de informação, educação, saúde, serviços sociais e apoio do ambiente social variam.”

Portanto, a partir do momento em que o termo vulnerabilidade passou a ser a referência conceitual, as ações de combate e prevenção da aids passaram a construir conhecimento efetivamente interdisciplinar e intervenções dinâmicas e produtivas. Isso se deve ao fato da percepção ampliada e reflexiva que o conceito alcança, pois identifica determinantes e aspectos que vão desde a biologia e o psiquismo individual à estruturação de programas, passando por variáveis políticas, culturais e econômicas (AYRES *et al.*, 2003; BASTOS, SZWARCOWALD, 2000).

Ayres *et al.* (2003) mostram que um dos pontos chave das abordagens e estratégias que tem como alvo de suas intervenções a redução das vulnerabilidades é a procura da ampliação do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Constatam, ainda, que, ao assumir esta característica, essas abordagens passam não apenas a responsabilizar-se por alertar os sujeitos sociais, mas também a instrumentalizá-los para adotar condutas que produzam respostas de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente alerta.

Desse modo, a extensão e magnitude alcançada pela epidemia impuseram, e ainda impõem, desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência, de desenvolvimento de pesquisas e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço cada vez maior a fim de ampliar o envolvimento dos diversos órgãos de cooperação internacional, bem como os nacionais e regionais, sempre em cooperação com a sociedade civil.

De acordo com o último relatório publicado em 2009 da World Health Organization (WHO) e o Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), vivem atualmente no mundo cerca de 33,4 milhões de pessoas infectadas pelo vírus

HIV, dos quais 15,7 milhões são mulheres. Estima-se que 2,7 milhões de novas infecções ocorreram em 2008 (WHO/UNAIDS, 2009).

Ainda segundo WHO (2009), estima-se que um total de 2,0 milhões pessoas morreu vítima da aids em 2008, principalmente devido à falta de acesso a ações de prevenção e tratamento. A África Subsaariana continua sendo a região mais afetada pela epidemia. Dos novos casos de aids confirmados em 2008 em todo o mundo 71% pertencem a essa região, que concentra 67% de todas as pessoas do mundo que hoje vivem com o HIV. É relevante destacar, que nessa região 60% dos casos são representados pelo segmento feminino.

Além da África Subsaariana, outras regiões do mundo já apresentam um contingente feminino vivendo com HIV/Aids superior ao masculino, como Caribe (51%), Bahamas (59%) e Trinidad e Tobago (56%). Nos EUA, a aids já representa a principal causa de mortalidade entre mulheres afroamericanas de 25 a 34 anos (ONUSIDA, 2006).

Em relação às mulheres, WHO (2008) aponta que houve um incremento de 1,6 milhões de novos casos neste grupo entre 2001 e 2007. A principal via de transmissão na América Latina, Ásia e Europa Oriental é através da relação heterossexual com parceiros fixos que são usuários de drogas injetáveis, ou que tiveram relação sexual com prostitutas ou outros homens. Os jovens compreendidos na faixa etária dos 15 aos 24 anos têm representado 45% das novas infecções em todo o mundo. Segundo WHO (2007), no Brasil reside um terço dos indivíduos portadores do HIV da América Latina.

No Brasil, a epidemia da aids vem expressando as tendências internacionais ao longo desses quase trinta anos de convívio com a doença, impondo desafios ao desenvolvimento e ao progresso social do país.

De acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil integra-se ao grupo de países onde a epidemia é denominada concentrada, por apresentar uma prevalência acima de 5% nos subgrupos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (BRASILb, 2008).

No país, os setores não-governamentais, representados principalmente pelo grupo mais atingido pela epidemia, tiveram desde os primeiros movimentos de controle e combate à doença papel primordial na construção de ações e políticas no país. Antes da criação do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) em 1986

pelo governo, é fundada em São Paulo, em 1985, a primeira ONG/AIDS brasileira, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA). No ano seguinte, em 1986 no Rio de Janeiro, a entidade Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) é criada, sendo fundada e presidida por Herbert de Souza, assumidamente soropositivo (GALVÃO, 2000).

Sendo pioneiro na construção de respostas governamentais frente à epidemia do HIV/AIDS, o governo brasileiro através do PN-DST/Aids alcançou posição de destaque e relevância no cenário internacional. Associando práticas preventivas com terapêuticas, as políticas nacionais são referências para diversos outros países, como a política de distribuição gratuita de medicamentos, via Sistema Único de Saúde (SUS), para todos os pacientes de aids. Como destaca Teixeira (1997) essa política, criada em 1996, foi severamente criticada e questionada por diversos órgãos internacionais, como Organização Mundial de Saúde (OMS) e Banco Mundial (um dos financiadores do PN-DST/Aids), por ser considerada uma medida antieconômica e que reduz os recursos disponibilizados para intervenções preventivas.

Porém, as políticas públicas nacionais de prevenção à aids eram inicialmente centralizadoras e verticalizadas, não vinculadas a programas que pudessem incluir um escopo maior de questões relativas à saúde sexual e reprodutiva. Essa ausência de programas e iniciativas que vislumbrassem as diversidades, especificidades e variáveis vinculadas à disseminação da infecção permitiu que a aids entre as mulheres crescesse rapidamente, configurando em meados dos anos 90, como uma epidemia fora de controle neste grupo (PARKER, GALVÃO, 1996).

De acordo com os autores (ibid, 1996), a feminização da epidemia no Brasil ocorreu de forma clara e rápida, principalmente devido ao silêncio e omissão dos órgãos governamentais responsáveis pela formulação de programas. Fato agravado pelo não entendimento das múltiplas origens que compõem as vulnerabilidades femininas perante a contaminação pelo HIV na sociedade brasileira.

A crença de que as mulheres estavam imunes ao risco de contaminação pelo HIV, associada a diagnósticos tardios e errados, ou mesmo à ausência destes, contribuiu primariamente para a ampla disseminação da aids no segmento feminino (MARQUES, TYRREL, OLIVEIRA, 2007; BARBOSA, VILELLA, 1996).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Camargo e Bertoldo (2006) afirmam que as ações preventivas orientadas para a totalidade da população, não considerando a especificidade de certos grupos, como o dos adolescentes e o de mulheres casadas, comprovaram ser de pouca eficácia, pois, pela sua complexidade, a aids envolve aspectos comportamentais, cognitivos, emocionais e culturais que se apresentam diferentemente entre esses grupos. Ressaltam também, que levar em consideração essas diferenças é condição necessária para o sucesso de qualquer ação preventiva e que a inclusão do conceito de vulnerabilidade nos estudos da epidemia contribuiu positivamente para esse entendimento ao mudar o foco do indivíduo para o seu sistema de relações.

Outros fatores, apontados por Marques, Tyrrel e Oliveira (2007), que ampliaram e ainda contribuem para a disseminação do HIV entre as mulheres se relacionam à: intervenção tardia nesse grupo devido à demora no diagnóstico; ausência de investigação criteriosa para alguns sintomas que são comuns em mulheres e que frequentemente são associados a outros distúrbios e não à aids; e a falta de articulação das mulheres para negociar com seus parceiros o uso do preservativo, resultado das desigualdades entre os gêneros nas questões vinculadas à sexualidade, ainda muito presentes em nossa cultura.

Àvila (1999) não reluta ao incluir as mulheres no grupo dos excluídos sociais, políticos e históricos. Aponta que, estatisticamente, elas estão entre os mais excluídos do emprego formal, dos lugares de decisão, da esfera pública e dos benefícios de proteção legal. E que, com o aparecimento da aids no cenário mundial, considerada desde o início como fator de exclusão social, estes elementos por ele elencados contribuíram significativamente para que a epidemia não encontrasse obstáculos e dificuldades para fazer também das mulheres suas vítimas.

O conceito de vulnerabilidade, por melhor responder às propostas de prevenção, passou a ser incorporado aos documentos e programas da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Tornou-se, portanto, um referencial importante para analisar e intervir na dinâmica da epidemia. Segundo Brasil (2003, p. 9) os princípios e diretrizes que regem as ações de prevenção às DST e HIV/Aids no país “estão baseadas em conceitos e marcos teóricos na perspectiva de vulnerabilidade ou risco acrescido para a infecção pelo HIV/Aids tendo como princípios os direitos humanos”.

De acordo com dados do último Boletim Epidemiológico – Aids e DST do Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2008 já foram notificados no país 506.499 casos de aids. Desse total, 172.995 são representados pelo sexo feminino (BRASILa, 2008).

Ao longo da série histórica da epidemia no Brasil, vem ocorrendo uma diminuição na razão entre os sexos, passando de 15 homens para uma mulher em 1986 para 15 homens para cada 10 mulheres em 2005. O boletim epidemiológico de 2007 destaca que na faixa etária de 13 a 19 anos há uma inversão na razão entre os sexos a partir de 1998 (BRASILb, 2007).

Do total de casos identificados no sexo feminino, 71% estão concentrados na faixa etária de 25 a 49 anos. Nesse segmento, as maiores taxas de incidência estão na faixa etária de 30 a 39 anos, com diminuição a partir dos 40 anos. Em relação à categoria de exposição, a relação heterossexual sempre configurou a principal via de contaminação entre as mulheres, passando de 74,6% no período de 1980-1995 para 96,3% de janeiro a junho de 2008. E em segundo lugar, as usuárias de drogas injetáveis representam a categoria mais exposta à infecção (BRASILa, 2008).

Além da feminização, outra tendência mundial da epidemia tem sido reproduzida no Brasil, a crescente incidência entre os adolescentes e jovens. Desde o primeiro jovem brasileiro notificado em 1982, já foram identificados 54.965 casos, sendo 10.337 entre os de 13 e 19 anos e 44.628 entre os de 20 a 24 anos. A partir de 1998, ocorreu uma inversão na razão entre os sexos dos casos de aids na faixa etária dos 13 aos 19 anos, sendo que em 2005 a razão era de 6 homens para cada 10 mulheres. O mesmo não ocorreu entre os jovens de 20 a 24 anos, que vêm apresentando uma taxa de incidência semelhante. É também a transmissão heterossexual a categoria de exposição mais frequente nas jovens do sexo feminino (BRASILb, 2007).

De acordo com recentes informações do Ministério da Saúde a epidemia de aids entre os jovens tem mantido as maiores taxas entre as mulheres e os gays. Esta tendência que vem sendo desenhada desde 1998, é explicada devido à maior vulnerabilidade das mulheres jovens à infecção pelo HIV, que está relacionada às relações desiguais de gênero e o não reconhecimento de direitos incluindo a legitimidade do exercício da sexualidade. No caso dos jovens gays, falar sobre a sexualidade é ainda mais difícil do que entre os heterossexuais, devido ao

preconceito e estigma ainda fortemente presentes na nossa sociedade. (BRASIL, 2010).

Como uma resposta a esta realidade, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres desenvolveu uma campanha publicitária por ocasião do carnaval em 2010 com mensagens dirigidas a esse público específico. Intitulada "Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre." a campanha teve como foco o estímulo ao uso do preservativo pelas mulheres e jovens gays de 16 a 24 anos, além de incentivar a realização do teste anti-HIV nesta faixa etária para aqueles que não praticaram sexo seguro durante a festividade (BRASIL, 2010).

A alta soropositividade para o HIV entre os jovens ratifica a vulnerabilidade deste grupo em relação ao risco de contaminação pelo vírus e outras DST. Essa situação reforça a necessidade do desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção da infecção nessa população.

Outro aspecto que se destaca na mudança do perfil epidemiológico da aids, que vem ocorrendo em todo mundo, é a pauperização. Inicialmente concentrada nas populações de melhor nível sócio-econômico, a aids apresentou um processo de difusão que com o passar do tempo vem atingindo em proporções cada vez maiores indivíduos pertencentes a estratos socialmente menos favorecidos.

No Brasil, essa característica é marcada pelas diferenças de intensidade e velocidade entre as diversas regiões do país. Nos últimos anos os municípios de menor porte, mais pobres e com menor renda *per capita* se configuram como os mais atingidos pela epidemia (FONSECA *et al.*, 2003; SZWARCWALD *et al.*, 2000).

Barbosa e Sawyer (2003) em sua pesquisa, que teve como objetivo principal estimar perfis de vulnerabilidade social à infecção pelo HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras, detectaram que as pessoas mais vulneráveis ao HIV/Aids são as residentes em áreas caracterizadas por: acesso restrito aos meios de comunicação de massa, baixos percentuais de gastos com saúde e saneamento, menores percentuais de médicos por 100 mil habitantes, altas taxas de mortalidade infantil, elevados índices de desigualdade salarial entre homens e mulheres e piores índices de condição de vida.

É importante destacar que devido às subnotificações, bem como atrasos nas notificações e erros quanto ao preenchimento da ficha pelos profissionais, a real tendência e *status* da epidemia no Brasil podem ser mascarados. Sampaio e Araújo

Jr. (2006, p. 339) referem-se aos recortes epidemiológicos que devem ser considerados com cautela por serem resultado de um sistema de notificação historicamente frágil no Brasil, que “não contabiliza os sujeitos soropositivos, nem oferece estimativa do potencial de disseminação do vírus HIV, o que sugere que a magnitude da problemática seja bem mais elevada do que a apresentada”.

Visando incorporar as populações vulneráveis, com políticas públicas específicas voltadas para o controle e combate da epidemia da aids no grupo feminino, foi publicado em 2003 o Manual Políticas e Diretrizes de Prevenção às DST e HIV/Aids entre mulheres, e criado em março de 2007 o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST. Essas iniciativas têm como um dos objetivos dar maior visibilidade à questão da crescente incidência da doença entre as mulheres, buscando incorporar nas discussões, práticas e intervenções às especificidades, variabilidades e as diferentes vulnerabilidades às quais estão expostas (BRASIL, 2003; BRASILa, 2007).

As recentes políticas nacionais de prevenção à aids, que incorporam elementos dos grupos feministas, avançaram no sentido de desenvolver programas que focassem não apenas aspectos ginecológicos e reprodutivos das mulheres, mas que envolvessem sobretudo questões de sexualidade, sócio-culturais e psicoafetivas. Além disso, permitiram que discussões acerca das desigualdades nas relações de gênero, vulnerabilidades, violência doméstica e sexual, e implantação de estratégias e ações específicas (como a disponibilização do preservativo feminino) fossem ampliadas e incluídas nas agendas de negociações das diversas esferas do poder público (BRASIL, 2003).

É oportuno ressaltar que os programas e atividades de prevenção à aids, assumiram desde o início da epidemia um papel de relevância quando se pensa em redução das vulnerabilidades frente à doença, seja no nível coletivo quanto no individual. Mann, Tarantola e Netter (1993) ao realizarem uma análise sobre os programas de prevenção ao HIV desenvolvidos em todo o mundo na primeira década da epidemia, concluíram que, para alcançarem os objetivos propostos, entre esses, adoção de comportamento sexual seguro pelos indivíduos, três elementos essenciais precisam ser trabalhados simultaneamente: informação e educação, serviços sociais e saúde, e um ambiente social adequado. Destacam, ainda, que esses elementos devem ser adaptados aos costumes e realidades locais para que as atividades de prevenção idealizadas se tornem eficazes.

Ferreira (2008) coloca que além do compartilhamento e difusão das informações acerca da aids, a percepção individual de risco assume papel de extrema relevância na adoção de comportamentos protetores

“A construção do conhecimento sobre aids não está restrita a questões informativas, mas envolve também a percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e capacidade de assimilação dessas informações. A transformação desse conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais. O poder do conhecimento na mudança de comportamento depende das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo.” (FERREIRA, 2008, p. 66).

As mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV são as que residem em regiões de pobreza, em zonas rurais remotas e as que têm menor ou nenhum acesso à informação e educação. Constituem, portanto, o segmento feminino que possui menor condição de mudar as circunstâncias que o colocam em risco (BRASIL, 2003; VERMELHO, BARBOSA e NOGUEIRA, 1999).

Como reforça Praça (2007, p.131):

“a pobreza e a dificuldade de acesso a atendimento de saúde e à educação contribuem para a reduzida autonomia da mulher, em especial no aspecto da transmissibilidade do HIV. Essa falta de autonomia agrega-se a fatores culturais que direcionam os passos da mulher no distanciamento da prevenção do HIV.”

Desigualdades e papéis historicamente construídos situam as mulheres em posição de vulnerabilidade. A dependência econômica, a violência física e sexual, violação dos direitos sexuais e reprodutivos, a reduzida percepção de risco e baixa capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (principalmente entre as mulheres com parceiros fixos) são alguns dos fatores que tornam, no presente, esse grupo o mais vulnerável ao HIV/Aids (BRASIL, 2003; LAGES, 2007; BRASILa, 2007).

Outro ponto a ser ressaltado se refere aos aspectos culturais e sociais de gênero designados à mulher ao longo da história da nossa sociedade. A mulher deve ser submissa e aceitar as atitudes e práticas sexuais assumidas pelo parceiro sem questionamentos, como se a multiplicidade de parceiros fosse natural para o

sexo masculino. Como assinalam Giacomozzi e Camargo (2004) é tradicional, porém implícito, o reconhecimento pela sociedade do direito do homem de ter relação sexual com mais de uma mulher, ao mesmo tempo em que nega explicitamente a coexistência de homens casados com mulheres que possuem relações sexuais extraconjugais.

Reforça o pensamento dos autores supracitados, Tomazelli, Czeresnia e Barcellos (2003), quando dizem que a vulnerabilidade feminina diante do HIV/Aids, caracterizada, em nossa sociedade, pelo alto índice de desinformação sobre formas de infecção, proporção elevada de casos oriundos de grupos mais pobres e diagnóstico tardio, provavelmente, está diretamente relacionada a aspectos culturais de gênero.

Alguns contrapontos apontados por Villela (2007) a esse contexto de vulnerabilidade hoje imputado às mulheres estão associados à promoção do acesso à informação e a recursos de autoproteção que reforcem a autoestima, fatores esses essenciais para que elas imponham alguns limites na relação com o outro no intuito de garantir a preservação de sua integridade física e moral.

Além da situação social, econômica e cultural, as condições anatomofisiológicas da mulher também contribuem para ampliar sua vulnerabilidade à contaminação pelo HIV. Segundo Chiriboga (1997) apud Bastos e Szwarcwald (2000), a superfície extensa da mucosa vaginal a expõe mais ao contato com o sêmen e, ainda, a concentração de HIV (livre e no interior das células) presente no sêmen é significativamente maior do que no líquido vaginal.

Outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) também ampliam a possibilidade de as mulheres se contaminarem pelo HIV, já que aquelas são na maioria das vezes assintomáticas nesse grupo, e as lesões provocadas por elas facilitam a entrada do vírus no organismo. O risco pode ser aumentado em 10 vezes como no caso de infecção por sífilis, e em até 18 vezes na presença de úlceras genitais (BRASILa, 2007).

No Brasil, a iniciação sexual feminina é precoce, e são diversos os motivos que geram essa situação, como: manifestação espontânea, pressão social, coerção de homens mais velhos, comércio sexual e violência física (BRASIL, 2003).

Quando da iniciação sexual precoce de mulheres jovens, uma das explicações ao incremento do HIV nesse segmento é que geralmente essa relação ocorre com homens que já tiveram experiências sexuais anteriores, fato este que

amplia a possibilidade de exposição às DST e à aids. O que agrava ainda mais a situação das mulheres nesses casos é o fato de que os homens mais velhos preocupam-se mais com a ocorrência de uma gravidez do que com a aquisição de uma DST e da aids, e portanto, estimulam a jovem a usar o anticoncepcional mas não o preservativo (BRASILb, 2008).

Recente publicação da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids” realizada em 2005, demonstrou um aumento da proporção de mulheres que iniciaram a vida sexual entre 16 e 19 anos, com escolaridade até o ensino fundamental, quando comparada com pesquisa similar realizada em 1998 (BARBOSA, KOYAMA, 2008).

Ainda segundo dado da mesma pesquisa, ocorreu uma maior frequência no uso de preservativo entre jovens de 16 a 24, porém declinante com a idade e com menor proporção de uso entre os que possuíam no máximo o ensino fundamental. As pessoas casadas ou unidas permanecem com a menor frequência do uso do preservativo. E as mulheres continuam a representar o grupo que menos utiliza o preservativo nas relações sexuais em qualquer situação conjugal (BERQUÓ, BARBOSA, LIMA, 2008).

Diante desse quadro, identifica-se uma situação preocupante fazendo com que as mulheres, principalmente as jovens, se tornem o foco de ações e políticas prioritárias em resposta à epidemia do HIV/Aids. Preocupado com a dimensão da epidemia no segmento populacional mais jovem, o Ministério da Saúde e da Educação, em parceria com a UNICEF, a UNESCO e a UNFPA, lançaram em 2003 o Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” que tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à aids e à gravidez não-planejada, por meio de ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde.

3 A ESCOLA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: O ESPAÇO OCUPADO PELO HIV/AIDS

Ao longo da história da humanidade, a escola, enquanto instituição social que desempenha um papel ímpar na formação do indivíduo enquanto sujeito social e político, bem como no seu desenvolvimento biopsicossocial, vem passando por inúmeras transformações quanto a sua função, influência e abrangência para o cumprimento desses objetivos.

É inegável a corresponsabilidade da escola no processo de formação, educação e aprendizagem dos sujeitos. Dependendo do tempo de permanência e convivência do indivíduo no ambiente escolar, este passa a assumir uma influência decisiva no desenvolvimento de suas capacidades físicas, cognitivas, afetivas, estéticas, ética, de relacionamento interpessoal e de inserção e identidade social. É, acima de tudo, um espaço para a socialização, processo através do qual o sujeito se torna um ser social, político, envolvido e comprometido com o contexto social ao qual está inserido.

Dentro da perspectiva da socialização, Pimenta *et al.* (2001) ressaltam que como instância privilegiada para o desenvolvimento desse processo, cabe a escola, junto com a família, informar, formar e transformar os jovens em cidadãos e adultos moralmente íntegros.

Quanto ao aspecto da educação, cujo desempenho também é delegado à escola, este se constitui em um direito garantido, regulamentado e consolidado constitucionalmente a todo e qualquer cidadão brasileiro. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p.38) em seu artigo 250 afirma que “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Diante dessas considerações, entendemos que incluir toda e qualquer temática, que esteja envolvida com o desenvolvimento pleno da pessoa, para discussão e disseminação na esfera escolar é questão legitimada social e juridicamente, posto que a acessibilidade ao conhecimento tem uma implicação

direta na formação do caráter, postura, condutas, preceitos e princípios morais e éticos dos indivíduos. E, no intuito de tornar essa implicação positiva do ponto de vista educacional, é necessário estimular e facilitar o desenvolvimento de práticas educativas dentro da escola.

À medida que a instituição escola foi definindo suas potencialidades para a conformação e transformação dos indivíduos, foi também ganhando importância o movimento para sua atuação no campo da promoção e prevenção de agravos à saúde. As mudanças ocorridas nos comportamentos e costumes afetivo-sexuais de adolescentes e jovens e a alteração do *status* da mulher na sociedade nas últimas décadas, exigiram e continuam exigindo cada vez mais dos formadores de políticas públicas e da sociedade em geral, uma nova forma de trabalhar e repensar o aprendizado da sexualidade, contemplando as intrincadas relações sociais entre os processos de modernização e permanência de lógicas tradicionais, tanto no que concerne ao nível das práticas quanto ao plano dos valores.

A escola, por muitos anos, foi promotora de práticas de ensino-aprendizagem normatizadoras e padronizadas, no intuito de buscar uma regulação das condutas e prescrição dos comportamentos dos indivíduos, e assim, “produzir” indivíduos adaptados as normas sociais vigentes. Reconhecendo as diferenças culturais e nuances comportamentais que compõem os diversos grupos sociais, passou-se a questionar essa metodologia pedagógica que procura adaptar projetos, programas e modelos de educação a todos os cidadãos independente de sua origem cultural, étnica, social, religiosa e político-econômica.

Foi preciso abrir os portões das escolas para a família, a comunidade e outros atores que têm como uma de suas finalidades educar para o bem-estar físico e social. Promover o diálogo e reflexão entre as diferentes gerações e profissões tornou-se instrumento fundamental para compreender o novo, e assim, poder construir através de pensamentos coletivos respostas favoráveis e saudáveis ao surgimento de moléstias e comportamentos que abalam a estrutura social.

Krokosczyk (2005) reconhece a escola como uma das bases sobre qual a sociedade se estrutura. Destaca que, para manter o dinamismo do processo educacional exigido por uma sociedade em constante transformação, é fundamental que se cultivem e promovam no ambiente escolar valores cruciais para o crescimento e desenvolvimento humano como a liberdade de expressão e a prática do diálogo.

É consenso, por parte dos estudiosos da área da educação e saúde, bem como por lideranças governamentais, a importância da educação sexual no contexto escolar, principalmente pelo fato de esta proporcionar aos alunos um desenvolvimento mais equilibrado e consonante com a sua personalidade, ampliando suas opções por um comportamento mais responsável sobre sua própria sexualidade.

Castro (2008) refere que a inclusão da temática da sexualidade nos currículos escolares foi impulsionada a partir de algumas demandas sócio-políticas motivadas pelas inúmeras mudanças pelas quais as sociedades ocidentais modernas vêm vivenciando. Dentre elas o autor destaca: o apelo de crianças e adolescentes pela discussão da temática; a veiculação frequente pela mídia, principalmente a televisiva, de situações que abordam a sexualidade; as transformações ocorridas na conformação das famílias; as constantes políticas e campanhas de prevenção as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a aids; o surgimento e a ação dos movimentos sociais, tais como os grupos GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais) e os de prevenção ao HIV/Aids.

Nos dias atuais, a escola é reconhecida como o veículo capaz de negar a exclusão e as desigualdades que estão fortemente presentes nas classes populares. É na figura do professor que as representações acerca da responsabilidade e do compromisso com a formação dos adolescentes e jovens são elaboradas. É através do seu saber, fazer e ser, que esses atores sociais impulsionam os jovens a compreenderem e perceberem que é possível obter resultados positivos para sua saúde afetivo-sexual quando se trabalha a prevenção do HIV/Aids no ambiente escolar (PEDRO, 2006).

Como afirma Brasil (2008, p. 15):

“Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV e à aids, assim como à gravidez não planejada. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos”.

Acrescentaríamos ao grupo acima referido as mulheres, que desde o início da epidemia, foram colocadas à margem dos programas de prevenção, e, que somente quando a doença começou a afetar de forma vertiginosa esse grupo, as suas vulnerabilidades, seja no âmbito individual, social e/ou programática, passaram a ser estudadas no intuito de contribuir para o combate ao seu crescimento.

O estímulo a iniciativas de intervenção deve partir de uma perspectiva que respeite, reconheça e valorize a pluralidade e complexidade que permeia a temática da sexualidade, bem como os aspectos que com ela se relacionam e a influenciam. As dimensões de gênero, classe social, raça, cultura e determinantes sócio-econômicos necessitam ser consideradas ao se pensar em programar e instituir medidas educativas preventivas ao HIV/Aids, principalmente no Brasil onde as diferenças e diversidades regionais e locais estão postas (PIMENTA *et al.*, 2001; BARBOSA, KOYAMA, 2008).

Em relação à participação da escola nas ações educativas para o HIV/Aids Wu (1998, p.17) reforça que “a escola é parte da comunidade e ponto de convergência e concentração de jovens; cabe a ela, portanto, uma parcela significativa de equacionar, organizar e concretizar ações preventivas da Aids.”

Amaro (2005) reconhece o papel ímpar da escola para a promoção de um diálogo intergeracional e ontológico entre as mulheres. Refere ser a escola o caminho mais curto e com grande potencial para se trabalhar junto e concomitantemente com as diversas gerações de mulheres (filhas, mães, netas, avós, tias...) questões relacionadas à sexualidade, como: identidade sexual, autoestima, empoderamento e poder de negociação conjugal. Afirma que é através da construção de espaços de trocas e escuta de depoimentos com mulheres que tiveram uma experiência afetivo-sexual negativa que outras são capazes de ampliar sua visão e ação rumo à adoção de métodos e práticas sexuais mais seguras e protetoras em suas vidas.

Nessa perspectiva de promoção da saúde, reafirma-se a interdependência entre saúde e educação, que com o enfraquecimento do paradigma biomédico, encontrou espaço para a determinação de seu valor enquanto instrumento metodológico que vise reduzir as desigualdades sociais, econômicas e culturais, e nesse sentido ampliar a igualdade de oportunidades. Impulsionado e ampliado pelo Relatório de Lalonde (1974), Declaração de Alma Ata (1978) e pela Carta de Ottawa

(1986), esse campo de prática, saber e intervenção em saúde, que envolve a atuação de diversos sujeitos sociais, se confirma como agente transversal nos processos de institucionalização das políticas de saúde e criação de entornos físicos e sociais que favoreçam a saúde, focalizando suas ações nos agravos dos grupos vulneráveis (CAVALCANTE *et al.*, 2008; BRASIL, 2002; PEDROSA, 2004; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, CARVALHO, 2004).

Pedrosa (2004) aponta que

“... promoção da saúde significa intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida. Ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades.” (p. 618)

Aqui não se tecer algumas considerações sobre o uso do termo *empowerment*³ em saúde devido a sua estreita relação com o modelo conceitual-metodológico de promoção à saúde.

Os estudiosos entendem *empowerment* como um processo de construção de estratégias intersubjetivas e coletivas que visem superar as desigualdades de poder existentes, através da redistribuição do mesmo entre os atores sociais. Desta forma, os indivíduos possuiriam as ferramentas necessárias para o desenvolvimento de suas habilidades, capacidades e competências para viver em sociedade (CARVALHO, 2004; CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Carvalho e Gastaldo (2008) ressaltam que é nesse contexto de *empowerment* que devem ser repensadas as práticas de educação em saúde, e que propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais sejam construídas, priorizando os modelos pedagógicos que tenham como foco a criação de espaços dialógicos em que se privilegie o exercício do poder-com-o-outro (*power-with*).

Conforme explicita Amaro (2005, p. 98):

“... o empoderamento é um processo tanto racional como emocional, entendemos que quando a prevenção emprega esses dois domínios e aciona na mulher dúvidas e respostas

³ Esse termo, à medida que foi sendo incorporado aos discursos em saúde, precisou ser ressignificado devido às traduções incorretas para o português e para o espanhol, o que gerou e gera interpretações errôneas.

comportamentais e afetivas, o trabalho preventivo está em pleno “funcionamento” e rumo ao êxito”.

Ao reconhecer com clareza, o papel transformador e instrumentalizador da educação, Freire (2007) a aponta como uma ferramenta capaz de garantir ao indivíduo e ao grupo uma prática libertadora, à medida que lhes proporciona uma reflexão acerca do seu próprio poder reflexivo. Seria através dessa reflexão que incide diretamente sobre suas ações que o sujeito modificaria/readaptaria sua realidade. Destaca, ainda, que essa reflexão explicitaria as potencialidades dos sujeitos, e sua capacidade de optar por uma participação ativa em seu processo histórico, político, social e cultural. Seria através do acesso à educação que o sujeito desenvolveria uma consciência crítica diante de seus problemas.

À luz do conceito *empowerment*, evidencia-se, nos cenários nacionais, que há urgência em transpor as barreiras que impedem as políticas públicas de se efetivarem, se adaptarem às realidades locais e, assim, permitirem uma difusão das informações que provoquem um pensamento crítico-reflexivo, e que questionem os sujeitos para que possam se empoderar de seu contexto específico. E como destaca Lefèvre e Lefèvre (2004), uma possibilidade de enfrentar essa problemática seria o desenvolvimento de pesquisas empíricas que pudessem colocar em evidência as representações sociais dos profissionais e dos indivíduos e desta forma constituir uma significativa matéria-prima que ajudaria muito no desenho do conteúdo e da forma destes processos empoderadores.

Pois como acentua Brasil (2008, p. 5):

“A escola é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Toda e qualquer atividade de promoção da saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional, como, por exemplo, uso de drogas (sejam lícitas como álcool e tabaco ou ilícitas), redução do sedentarismo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e intervenção sobre as situações de violências e outras, que comprometem o crescimento e desenvolvimento pleno das crianças, adolescentes e jovens.”

Até 1996, a educação sexual nas escolas ocorria através do tópico de Educação para a Saúde nas disciplinas de ciências e biologia. Castro (2008)

destaca que foi no início da década de 90 que ocorreu um incremento no número de projetos e programas voltados para trabalhar a sexualidade dos adolescentes, que priorizavam o enfoque preventivo e valorizavam os temas demandados pelo próprio público-alvo.

Foi, portanto, a partir de 1996 que, no intuito de ampliar a oferta desse ensino nas escolas, foram elaborados e aprovados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Eles traziam em um de seus tópicos a orientação de que a educação sexual deveria ser tratada como tema transversal, através da inserção de informações científicas atualizadas sobre saúde sexual e reprodutiva em qualquer área de estudo ou matéria escolar dentro de uma visão integral que refletisse o interesse do aluno, seus sentimentos, questionamentos e necessidades (PIMENTA *et al.*, 2001).

Através do trabalho integrado entre o Ministério da Educação e a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde, a partir de 1994 nasce o “Projeto Escolas” que tinha como meta inicial a prevenção do uso indevido de drogas, no intuito de reduzir a transmissão sanguínea e sexual do HIV em dez estados brasileiros considerados prioritários. O projeto tinha como linha de apoio a promoção de ações em escolas públicas de primeiro e segundo graus, com a participação aproximada de 1.375 escolas, 3.815 professores e 32.544 alunos que, através de metodologia participativa, tornam-se multiplicadores de informação no seu próprio grupo. O projeto passou a expandir entre 1999 e 2000 suas estratégias para as 27 Unidades Federativas por meio do programa “Salto para o Futuro”, que atingiu aproximadamente 250 mil professores e mais de 9 milhões de alunos do ensino fundamental e médio. (PIMENTA *et al.*, 2001; BRASILc, 2008).

Com vistas a tornar definitivamente a escola protagonista das ações de prevenção à aids, bem como de outras DST, a parceria já instituída há alguns anos, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, cria em 2003 o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Este programa tem como escopo central desenvolver estratégias para o enfrentamento das vulnerabilidades de adolescentes e jovens, através da articulação entre governo e organizações da sociedade civil para a promoção de ações integradas entre saúde e educação na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos escolares da rede pública de ensino. Esse programa

conta com o apoio da UNESCO, UNICEF E UNFPA. (BRASILc, 2008; BRASIL, 2009).

O SPE trouxe como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade no processo (BRASILc, 2008).

Em 2005, o SPE sofreu reformulações e foi instituído legalmente pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASILc, 2008; BRASIL, 2009). De acordo com esse decreto são objetivos do SPE, art. 2º:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Buscando alcançar esses objetivos, o SPE reúne ações que envolvem a participação de adolescentes e jovens (de 13 a 24 anos), professores, diretores de escolas, pais dos alunos, e gestores municipais e estaduais de saúde e educação.

De acordo com Brasil (2009), o SPE possuiu cinco áreas de atuação que devem ser focalizados pelos municípios que aderem ao programa: avaliação das condições de saúde; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da

saúde e de jovens para o programa saúde na escola; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do SPE.

O Estado de Minas Gerais possui hoje um total de 853 municípios, dos quais apenas 11 aderiram até o final de 2008 ao SPE, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). É um número extremamente pequeno, demonstrando que a política de governo do Estado precisa investir mais no estímulo a integração e participação dos municípios mineiros a esse programa tão fundamental para o acolhimento das demandas dos jovens relacionados à sua saúde sexual, afetiva e reprodutiva.

Quanto a Juiz de Fora, desde 2001 é desenvolvido na cidade o Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS) que surgiu através de uma parceria entre a empresa Belgo-Arcelor Brasil e as escolas municipais e estaduais da cidade. Em 2005, constituiu-se o Comitê Técnico PEAS/JF, composto por representantes das áreas da educação e da saúde, com a finalidade de capacitar os profissionais multiplicadores do programa no município, bem como monitorar, orientar e avaliar os trabalhos desenvolvidos nas escolas (CASTRO, 2008).

O PEAS tem como objetivo principal capacitar e estimular os professores da rede pública de ensino a desenvolver ações educativas no campo da sexualidade e da saúde sexual e reprodutiva com alunos e alunas adolescentes. As escolas capacitadas recebem um acervo técnico composto por: fitas de vídeo, livros de aprofundamento, cartilhas, álbum seriado, métodos contraceptivos, entre outros materiais. No entanto, apesar dos incentivos oferecidos e do empenho por parte dos membros do comitê, até 2008 apenas 10 escolas do município de Juiz de Fora haviam recebido a capacitação, resultado das dificuldades políticas, financeiras, materiais e humanas encontradas (CASTRO, 2008).

Por considerarmos a escola como espaço de vivência e definição de gênero, delimitado por questões específicas em relação à sexualidade, acreditamos que é no ambiente escolar que parte da tarefa de educar para uma conduta sexual preventiva se concretiza. E é através de iniciativas como o SPE, que os atores sociais encontram mecanismos e alternativas para enfrentar os desafios abrangentes e complexos impostos pela epidemia da aids.

Desse modo, a efetivação de programas e atividades de educação em saúde que visem à promoção e prevenção, deve, portanto, estar pautada no reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito de relações, seja com seu meio físico

ou social. Pois à medida que a realidade e o contexto sociocultural, ao qual estão inseridos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, se tornam orientadores das ações educativas, estas passam a interagir com os saberes de senso comum, e, assim, o estímulo ao desenvolvimento do potencial saudável dos indivíduos passa a fazer parte do campo das possibilidades.

4 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

4.1 A Teoria das Representações Sociais como marco teórico

Enquanto fenômeno social, associado a conjunturas históricas, econômicas e culturais, a aids se constituiu como uma temática de estudo, onde as representações elaboradas sobre a doença nos diversos espaços sociais abriram caminho para uma série de questionamentos no campo da ciência. Em busca da compreensão da resposta social perante a epidemia, fato indispensável para orientação de condutas de promoção e prevenção da saúde, o referencial teórico das Representações Sociais representa o fio condutor desta pesquisa, já que nos permite reconhecer e comunicar um fenômeno social particular, de forma a torná-lo inteligível como processo sociopsicológico.

A aids, desde o seu surgimento, configurou-se como uma doença diferente em termos da trajetória social e médica. Explica-se por ambas terem se desenvolvido simultaneamente, favorecendo uma qualificação social da doença antes mesmo de qualquer referencial médico, isto é, conhecimento biológico que permitisse esclarecer questões suscitadas sobre a natureza da doença. Esta situação posta permitiu, de forma muito particular, que os indivíduos formassem suas próprias teorias, imagens e símbolos acerca dessa nova doença, o que favoreceu o desenvolvimento de visões morais estigmatizantes, preconceituosas, discriminatórias e excludentes (JODELET, 2001).

Ainda segundo Jodelet (2001), este cenário de desconhecimento e incertezas sobre a doença, contribuiu para a construção de duas representações, uma moral e outra biológica, que fizeram reemergir valores, pensamentos e saberes preexistentes, determinantes no processo de construção representativa dos diversos grupos sociais.

No contexto de construção dos saberes coletivos e individuais frente a aids, foram sendo criadas representações, e, neste sentido, a Teoria das Representações Sociais provê subsídios para uma ampla visualização do imaginário social que as pessoas têm em relação a esta doença.

As Representações Sociais representam uma forma de saber de senso comum que busca compreender e comunicar as crenças, imagens, símbolos, valores e atitudes compartilhados coletiva e conscientemente em um grupo, sociedade ou cultura (WAGNER, 2000; MOSCOVICI, 2003). Para Jodelet (2001, p. 21) as representações são “fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social”. Portanto, estudar as representações sociais sobre a aids significa entender como os grupos e os indivíduos pensam e se relacionam com esse fenômeno em sua totalidade e seu dinamismo. É procurar identificar nos sujeitos as representações que lhe são inerentes e assim descobrir o que representam exatamente.

Tura (1998) assinala a importância da realização de estudos no campo das representações sociais relacionados aos aspectos da vida social face aos fenômenos e processos saúde/doença. Isto porque permitem apreender processos e mecanismos desenvolvidos pelos sujeitos em suas relações sociais que deem sentido ao objeto de estudo. Também destaca a complexidade que envolve os estudos na esfera da prevenção da aids por estar atrelada a diversas questões como sexualidade, afetividade, desejo, normas, valores, etc.

A Teoria das Representações Sociais, originada na Europa, foi elaborada e sistematizada por Serge Moscovici, e publicada em 1961 na França através de seu estudo intitulado “*La Psychanalyse: son image et son public*”, que faz referência às maneiras como a psicanálise se difundiu no pensamento popular da França. Essa teoria tem suas origens no campo da psicologia e sociologia, sendo Durkheim o primeiro a trabalhar o conceito das representações, mas denominando-as de representações coletivas (MOSCOVICI, 2003).

Faz-se mister ressaltar a diferença entre as concepções desses dois teóricos. Para Durkheim, o foco dos estudos das representações coletivas está na estrutura e forças que mantêm as sociedades preservadas contra qualquer tipo de desintegração. Além disso, na concepção de Durkheim, as representações coletivas só são elaboradas e expressas pelo grupo, pela sociedade, não reconhecendo nas consciências individuais potencial para elaborar representações (MINAYO, 1994). Para Moscovici (2003), o campo da psicologia social valoriza em seus estudos questões relacionadas ao dinamismo dos processos sociais, em que tanto a transformação quanto a conservação são consideradas parte da vida social. O autor

reconhece nos indivíduos capacidade para compreender, recriar e transformar sua realidade.

Quanto ao caráter social das representações, Silva (2004) explica que estas o são por serem elaboradas coletivamente e também porque elas inserem o sujeito nas relações coletivas concretas devido às transformações de ordem cognitiva que geram.

Moscovici desenvolveu um corpo teórico-metodológico sistemático e global para as representações sociais, com o intuito de estudar os fenômenos coletivos, as regras que regem o pensamento social e os processos que os indivíduos ou os grupos utilizam para assimilação das informações (JODELET, 2001). Desta forma, permite-se a compreensão das dinâmicas das interações sociais e das condutas adotadas pelos sujeitos para se apropriar dos objetos de seu ambiente.

Como enfatiza Sobrinho (2000, p.119) um objeto é construído por um indivíduo para que seja condizente com o sistema de avaliação utilizado por este. Neste sentido, um objeto existe para o indivíduo ou para o grupo e em relação a eles, e não nele mesmo. Reforça este pensamento ao dizer que a busca do conhecimento acerca da relação sujeito-objeto “permite pôr em evidência a dinâmica relacional e simbólica através da qual os indivíduos entram em contato com o mundo exterior e o reproduzem à sua imagem e semelhança”.

Moscovici (2003) coloca que a teoria das representações sociais tem como objetivos estudar a difusão dos saberes, a relação pensamento/comunicação e a gênese do senso comum. Segundo ele, as representações possuem duas funções: convencionar os objetos, pessoas ou acontecimentos, e impor-se aos indivíduos com uma força irresistível. Isso significa que à medida que o indivíduo se relaciona, se comunica e interage com seu contexto, cristaliza e materializa condutas, pensamentos e comportamentos que serão transmitidos e impostos aos novos membros.

O autor ressalta ainda que:

“A teoria das representações sociais (...) toma, como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade” (MOSCOVICI, 2003. p. 79).

Gilly (2001, p. 322) observa que “os sistemas de representações são feitos de contradições”, e os sujeitos, no confronto com as experiências concretas, conferem às representações níveis funcionais de adaptação. Desta forma, como concluiu o autor, as representações sociais garantem ao indivíduo “a possibilidade de preservar seu próprio equilíbrio e sua própria necessidade de coerência no exercício de suas práticas sociais e em suas relações com o entorno”.

Segundo Jodelet (2001), a representação social é caracterizada por uma forma de conhecimento do senso comum, compartilhada e elaborada socialmente, que permite a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes ao grupo social. É um mecanismo indispensável para clarificar e elucidar os processos cognitivos e as interações sociais, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Ressalta, ainda, que, ao se estudar as representações sociais de fenômenos observáveis, deve-se buscar uma articulação entre elementos afetivos, mentais e sociais, contemplando a cognição, a linguagem e a comunicação.

Corroborando esta afirmativa Moscovici (2003), quando diz que o comportamento de um indivíduo integrante de uma coletividade é influenciado pelas representações criadas internamente e mentalmente pelo grupo. E tais representações podem ser entendidas quase como objetos materiais já que são oriundos das ações e comunicações entre as pessoas.

Enquanto fenômeno psicossocial, em que as dimensões cognitiva, afetiva e social estão presentes, a representação social busca estruturar-se através de uma rede coletiva de construções simbólicas, nas quais os sujeitos sociais esforçam-se para compreender e dar sentido ao mundo que os cercam.

Segundo Jovchelovitch (2008, p. 65)

“A teoria das representações sociais se articula tanto com a vida coletiva de uma sociedade, como com os processos de constituição simbólica, nos quais sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar, através de uma identidade social”

As relações e interações que os indivíduos estabelecem com seu ambiente físico e social determinam comportamentos, condutas e práticas, e assim, a realidade vai sendo construída e reconstruída. E, quando os objetos socialmente representados passam a fazer sentido para o grupo representações vão sendo elaboradas. Deste modo, um sentimento de pertença e identidade com o grupo

surge no indivíduo ao compartilhar pensamentos, idéias e linguagens. Neste contexto, as representações funcionam como um sistema de pré-decodificação da realidade, um guia para orientar ações e relações sociais (ABRIC, 2000).

A Teoria das Representações Sociais trabalha com duas vertentes presentes nas sociedades, partindo da premissa de que existem diferentes formas de conhecer e comunicar o pensamento social que são conduzidas por escopos diferentes: a consensual e a científica. Essas duas formas de perceber a dinâmica e a diversidade da sociedade não se sobrepõem uma à outra, nem tampouco se isolam, ambas são indispensáveis e eficazes para a vida humana, apesar de possuírem propósitos diferentes (ARRUDA, 2002).

A autora esclarece ainda que:

“O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. (...) As representações sociais constroem-se mais freqüentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques.” (ARRUDA, 2002, p. 130).

A representação social, enquanto forma de conhecimento histórico e socialmente elaborado, se estrutura e organiza por meio das relações de comunicação e relação simbólicas interindividuais ou intergrupais.

Como as representações não são criadas por um indivíduo isoladamente, os mecanismos de comunicação se tornam condição *sine qua non* para que elas ganhem vida própria e significação para os sujeitos. Por se constituírem elementos determinantes do processo comunicacional, Moscovici (2003, p.45) destaca o valor e o papel das pessoas e grupos na elaboração e propagação de representações ao mencionar que estes não são receptores passivos, já que “pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos colocam”.

Jodelet (2001) enfatiza a importância da comunicação nos fenômenos observáveis, já que esta se configura como uma ferramenta de transmissão da linguagem, portadora em si mesmo de representação. A comunicação “incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, à medida que engaja

processo de interação social, influência, consenso ou dissenso e polêmica” (JODELET, 2001, p. 32).

Reforça esse mesmo pensamento Arruda (2002), quando refere que:

“(...) o importante é falar do que todo o mundo fala, uma vez que a comunicação é berço e desaguadouro das representações. Isto indica que o sujeito do conhecimento é um sujeito ativo e criativo, e não uma tabula rasa que recebe passivamente o que o mundo lhe oferece, como se a divisória entre ele e a realidade fosse um corte bem traçado.” (p. 134)

A teoria da representação social também coloca que não há diferença entre o objeto que se apresenta no contexto e o sujeito que se apropria deste (ABRIC, 2000). Portanto, o indivíduo ou o grupo, ao se apropriar da realidade que se apresenta em um contexto concreto, interagindo com valores, história, ideologias e cultura anteriormente construídos, a reconstrói e a reestrutura para permitir a orientação das ações e interações sociais.

Para Silva (2004, p. 37) a teoria das representações sociais pretende

“dar conta de fenômenos em que o homem manifesta sua capacidade criativa para apoderar-se do mundo pelos conceitos, afirmações e explicações sociais, a respeito de um determinado objeto social, visando torná-lo familiar e garantir a comunicação no interior do grupo, bem como facilitar a interação com outras pessoas e grupos.”

Moscovici (2003, p.55) refere que um dos escopos das representações é tornar familiares, usuais, próximos e atuais objetos não-familiares, de modo a transformar o abstrato em concreto e normal, recriando e transformando a realidade. Ressalta ainda o autor que “a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, em que os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas”.

Visando compreender o processo de construção e funcionamento das representações, dando-lhes um aspecto familiar, é preciso caracterizar e pôr em funcionamento dois processos: a ancoragem e a objetivação (MOSCOVICI, 2003).

A ancoragem é um processo que transforma o estranho, o desconhecido, o diferente em algo familiar. É um mecanismo que se realiza ao comparar objetos ou idéias estranhas, ameaçadoras ao sistema particular de categorias com um

paradigma de uma categoria que pensamos ser adequada. A partir deste momento, o estranho se reajusta a esta categoria e ganha status de familiaridade. Ancorar significa, portanto, classificar, nomear e categorizar coisas não pertencentes ao contexto familiar e que, dependendo da relação estabelecida com os paradigmas estocados na memória, podem ser aceitas ou rejeitadas.

Arruda (2002) ao abordar o processo de ancoragem, refere:

“... aquele que dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. O sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem nocional, ancorar aí o novo, o desconhecido, retirando-o da sua navegação às cegas pelas águas do não-familiar” (p. 136).

Moscovici (2003, p. 62) ressalta que “representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes”. Porém, o autor analisa que o objetivo principal desse sistema não é rotular pessoas ou objetos, mas sim facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas. E assim, formar opiniões.

O segundo processo, a objetivação, tem como propósito tornar concreto algo pertencente ao mundo da abstração. É tornar familiar e óbvio algo que parecia raro e imperceptível. Este processo refere-se à forma como os elementos constituintes das representações se organizam, e assim adquirem materialidade. Objetivar é materializar em imagens concretas o que é genuinamente conceitual.

É, portanto, através desses dois mecanismos interdependentes, ancoragem e objetivação, que as representações transformam o não-familiar em familiar, inicialmente identificando-o com nosso quadro de referência, para que possa ser comparado e interpretado, e depois reproduzido e colocado sob controle (MOSCOVICI, 2003).

Estudar as representações sociais da aids no universo jovem feminino é buscar compreender como estas mulheres em suas interações sociais, decodificam e assimilam as questões postas pela complexidade desses fenômenos, principalmente as relacionadas aos aspectos da prevenção. Além disso, possibilita apreender os processos e mecanismos pelos quais este grupo de mulheres constrói

o sentido desta epidemia em suas realidades cotidianas. E assim, evidenciar condutas e práticas adotadas e compartilhadas pelos sujeitos, sendo estas representativas da afirmação simbólica de pertença e identidade.

4.2 O método escolhido para o estudo

Considerando o objeto desta pesquisa, optamos pelo método de investigação qualitativa do tipo descritivo e analítico, pois o estudo intenciona acessar saberes subjetivos de um fenômeno social, como sentimentos, emoções, valores e crenças envolvidos no evento da epidemia do HIV/Aids.

De acordo com Minayo (1994), o método qualitativo preocupa-se com um nível de realidade que não pode sofrer tratamentos estatísticos, já que visa a uma compreensão aprofundada do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Enfatiza que o caminhar pelo mundo das relações humanas e fenômenos sociais não pode ser restringido à operacionalização de variáveis.

O estudo descritivo tem como característica a descrição de um fenômeno humano em profundidade, ou seja, uma situação social circunscrita, buscando captar sua essência através da descrição dos detalhes, bem como explicar sua origem, relações e transformações (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008). Na descrição, os dados recolhidos são analisados em toda sua riqueza, valorizando e respeitando cada detalhe, a fim de estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do objeto de estudo (BOGDAN e BIKLEN, 1994; TRIVIÑOS, 2007).

A metodologia qualitativa permite compreender os fenômenos sociais em toda sua complexidade e contexto natural, privilegiando a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos do estudo (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Corroborando esta afirmativa, Nunes (2005) ensina que a abordagem qualitativa se destaca pelo caráter holístico que conduz as pesquisas, adotando como referenciais o entendimento, a compreensão, a construção de sentidos e a intencionalidade. Pois, como reforça Turato (2003, p. 362), “a pesquisa qualitativa buscará interpretar o que as pessoas dizem sobre o tal fenômeno e o que fazem ou como lidam com isso”.

Chizzotti (2000, p.79) ressalta que, na abordagem qualitativa, “o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes significado”. Deste modo, o entrevistado é estimulado a expressar-se livremente acerca de determinado tema, fazendo emergir espontaneamente percepções, significados visíveis e ocultos.

Outra característica desta abordagem investigativa que contempla a realização desta pesquisa se refere à ausência de hipóteses previamente definidas que deveriam ser testadas empiricamente. Assim, é garantido ao pesquisador flexibilidade para formular e reformular questões à medida que a pesquisa se desenvolve e os dados vão sendo colhidos. Desta forma, a análise dos dados tende a ser indutiva (BOGDAN & BIKLEN, 1994; TRIVIÑOS, 2007).

A aids por ser uma temática permeada pela multiplicidade e complexidade de abordagens em torno de seu comportamento nos diversos espaços sociais, culturais e econômicos, faz com que uma pesquisa de cunho qualitativo forneça os elementos-chaves ao entendimento dos aspectos envolvidos com a prevenção, seja no âmbito individual ou coletivo. Por meio desse tipo de estudo, que abarca crenças, desejos, comportamentos e atitudes dos sujeitos, é possível obter informações contextualizadas de fenômenos sociais, como o da vulnerabilidade de mulheres frente ao HIV/Aids.

Portanto, alicerçadas na abordagem qualitativa, buscou-se alcançar o entendimento aprofundado dos sentimentos, dos saberes, das maneiras de pensar e dos comportamentos, em um nível profundo de realidade, das mulheres frente à aids. Esse tipo de abordagem busca compreender o fenômeno em estudo de maneira holística e humanística, considerando o contexto em que esses fenômenos ocorrem com todas as suas interrelações.

4.3 Cenário

Julgamos estratégico que esta pesquisa se desenvolvesse no âmbito escolar, por ser este um espaço que permite uma articulação entre saúde e educação, de forma a envolver os diversos atores sociais na construção de ações e

metodologias que garantam às mulheres sua inclusão, através de uma transformação consciente, nos debates acerca do exercício de seus direitos, deveres, saberes e práticas sexuais e reprodutivas. Acreditamos que pensar a saúde na contemporaneidade significa pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se anuncia.

Corroborando nosso pensamento Amaro (2005, p. 93), quando também reconhece a importância da escola para o desenvolvimento de atividades de prevenção, ao referir-se a esta como “um espaço privilegiado à promoção e desenvolvimento de ações sociais, culturais e de saúde que direta ou indiretamente defendam a valorização da vida, da saúde e de relações humanas mais respeitadas”.

O cenário dessa pesquisa foi a Escola Municipal Gabriel Gonçalves da Silva, localizada no bairro Ipiranga, região sul do município de Juiz de Fora/MG. A cidade de Juiz de Fora está localizada na região sudeste do Estado de Minas Gerais, na mesorregião geográfica da Zona da Mata Mineira. A unidade de ensino que foi escolhida é referência para os moradores residentes, não apenas no bairro onde está localizada, mas também para os bairros São Geraldo, Santa Efigênia, Arco-íris e Sagrado Coração de Jesus. Foi fundada em fevereiro de 1992, e, portanto, há dezoito anos vem desenvolvendo trabalhos no campo do ensino e socialização para os moradores das comunidades supracitadas.

A população residente nesta região pertence ao estrato social economicamente menos favorecido. Este contexto de exclusão social, política, cultural e econômica determina e reforça a presença de problemas resultantes das desigualdades aos quais os indivíduos estão expostos. No caso desta pesquisa, o termo vulnerabilidade é particularmente importante, pois permite identificar grupos que estão em situação de risco social, que, devido a padrões comuns de conduta, tem maior probabilidade de sofrer algum evento danoso, além de evidenciar os que compartilham algum atributo comum e, por isso, são mais propensos a problemas similares.

No que tange ao seu funcionamento, a escola possui atividades no período matutino, vespertino e noturno. Durante a realização da pesquisa, a escola apresentava 412 alunos no período matutino, 416 no período vespertino e 245 no período noturno, perfazendo um total de 1073 alunos matriculados no ensino fundamental e médio. Dos 245 alunos que estudavam à noite, 123 eram do sexo

feminino, e desses, 92 possuíam 18 anos ou mais. O turno da noite iniciava suas atividades às 18:30h e finalizava às 22:20h, sendo composto por cinco aulas de quarenta minutos cada uma com um intervalo de dez minutos.

No período noturno, é por meio do Programa de Educação para Jovens e Adultos (EJA), uma metodologia de ensino da rede pública no Brasil, que a escola cumpre com seu papel de desenvolver o ensino fundamental e médio para as pessoas que não estão em idade escolar para cursá-los regularmente, ou seja, as que não tiveram acesso à escola ou dela tiveram sido excluídas precocemente. Neste programa cada série é concluída em seis meses. Segundo o vice-diretor da escola, o objetivo principal do programa já não era mais exercido na instituição, sendo alvo desta metodologia de ensino os alunos com duas reprovações que tinham mais de 14 anos, os que trabalhavam e os que estavam inseridos em algum projeto social da prefeitura (ex: Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC). Desta forma, o contingente noturno era composto majoritariamente por adolescentes e jovens, compreendidos na faixa etária dos 14 aos 24 anos. Das 123 mulheres que estudavam à noite, 81 pertenciam a esta faixa etária.

Em relação à infra-estrutura física, a escola conta com 14 salas de aula, 1 sala de vídeo, 1 sala de educação artística, 1 quadra poliesportiva, 1 secretaria, 1 refeitório, 4 banheiros para alunos, 2 para professores e 1 para funcionários. Possui, também, uma sala de microcomputadores, porém ela estava desativada desde sua criação. Segundo o vice-diretor, não havia profissional disponível na época para ministrar a disciplina de informática.

Quanto aos recursos humanos, encontrava-se atuando nessa escola: 84 docentes (deste total dois ocupavam cargos de direção), 8 funcionários para prestação de serviços gerais, 3 secretárias e 1 coordenadora pedagógica.

Após o contato inicial com a Escola, foi encaminhada uma correspondência à direção solicitando autorização para a realização dessa pesquisa (Apêndice C).

A escolha dessa escola obedeceu ao critério de conveniência por ser um local previamente conhecido da pesquisadora, o que facilitou a entrada no campo; estar localizada em um bairro que atende uma população menos favorecida, o que sinaliza a importância de investigar as questões relativas às necessidades de saúde dessa população; e por existir um desejo de parte dos professores da mesma de conhecer como seus alunos entendem as formas de prevenção das Doenças

Sexualmente Transmissíveis e, assim, orientar suas ações em relação ao objeto investigado.

4.4 Participantes do estudo

Segundo Minayo (1994), uma pergunta importante quando pensamos nos participantes de um estudo seria: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”. Compartilha deste pensamento Turato (2003), ao referenciar que a escolha dos participantes deve estar pautada na identificação daqueles cujos dados biopsicossociais possam originar informações substanciais sobre a temática do estudo.

Neste sentido, o pesquisador, ao selecionar os participantes, deve seguir uma série de exigências e cuidados. Entre estes, se destaca o respeito ao universo de valores e preocupações do grupo social, de modo que a problemática levantada faça parte das experiências e do cotidiano dos indivíduos escolhidos (LÜDKE e ANDRÉ, 1990). Turato (2003) ressalta que, por questões práticas e temporais, apenas uma parte do universo dos sujeitos representativos fará parte do estudo em pesquisas que envolvam seres humanos.

Nesta perspectiva, Chizzoti (2000) diz que todas as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la, já que, inseridos em um determinado contexto, determinam suas ações e estratégias, bem como estabelecem seus estilos de vida e, desta forma, fornecem com maior clareza a compreensão dos processos que orientam os comportamentos adotados.

Na tentativa de encontrarmos as respostas à atual realidade da vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV/Aids, tendo a escola como espaço de mediação nos diversos ambientes de convívio social, a entrada no campo ocorreu no segundo semestre do ano letivo de 2009, mais especificamente no mês de agosto, perdurando até o final do mês de setembro. Não tivemos a oportunidade de iniciar a coleta de dados no primeiro semestre do ano referido acima, em decorrência da paralisação das atividades nas escolas da rede municipal devido ao direito legalmente assegurado aos docentes de reivindicação por melhores condições salariais, infraestrutura e logística.

Antes de iniciarmos as entrevistas, houve um período de permanência no campo para que fosse possível a apreensão da dinâmica do processo relacional entre o corpo docente e discente, no intuito de permitir uma efetiva aproximação entre pesquisador e atores envolvidos na pesquisa. Ademais, possibilitou uma abordagem mais próxima do contexto social dos informantes.

Inicialmente, pensamos que, na abordagem a essas mulheres encontraríamos algumas barreiras por ser o tema HIV/Aids associado às questões de sexualidade que, apesar de todos os avanços no campo das discussões, reivindicações de igualdade de direitos e comportamentos entre os gêneros, ainda se encontra na sociedade permeado por tabus e preconceitos. Porém, à medida que nos aproximávamos dessas mulheres, percebemos um grande interesse e satisfação em participar do estudo, através de olhares curiosos, que em muitas demonstravam um sentimento de expectativa, como se aquela fosse uma oportunidade de compartilhar suas incertezas, dúvidas e angústias. A empatia que se constituiu, portanto, permitiu criar um espaço interrelacional de troca e comunicação mútuas. O receio e insegurança que porventura senti no início de minha entrada no campo se dissiparam quando fui generosa e carinhosamente recebida por essas mulheres.

A interação com as informantes ocorreu facilmente, criando-se um vínculo de confiança, um espaço de abertura para compartilhar segredos e experiências particulares, como se já existisse previamente um longo período de convivência. Seus gestos, faces, sorrisos, silêncio e olhares contribuíram sobremaneira para a detecção de como o fenômeno em estudo é percebido e elaborado por essas mulheres. Sem dúvida, momento ímpar para compreender aspectos que estão muito aquém de variáveis estatísticas.

Houve também uma recepção positiva por parte da direção e do corpo docente da escola que, em muitos momentos, compartilharam suas dificuldades em trabalhar questões relacionadas ao comportamento sexual de seus alunos. Percebemos que este fato gerava um sentimento de impotência diante da falta de habilidade em trabalhar, contribuir com a incorporação de comportamentos sexuais e reprodutivos seguros e conscientes, através da promoção de informação de qualidade, que respeite e valorize a liberdade de escolha e decisões tomadas.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, à medida que os dados foram sendo coletados e transcritos na íntegra, realizava-se a leitura cuidadosa e apurada das informações com o intuito de verificar a necessidade de continuidade ou não de novas entrevistas.

A participação dessas mulheres ocorreu de forma totalmente voluntária e foram previamente informadas dos objetivos do estudo e do sigilo de suas informações. Antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita, a entrevistada teve acesso à leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), elaborado de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

Na busca por significados genuínos do fenômeno social em foco nesta pesquisa, optamos por entrevistar mulheres matriculadas no período noturno da escola já referida anteriormente. Com vistas a uma compreensão aprofundada e ampliada acerca da aids e sua relação com o universo feminino, e não da sua explicação, não *definimos a priori* o número de sujeitos que seriam entrevistados. Pois como lembra Minayo (1994, p. 103) “certamente o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação.”

Foram selecionadas vinte mulheres que, no período da coleta de dados, apresentaram idade igual ou superior a 18 anos de idade, e que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento. A principal justificativa por este grupo deveu-se a mudanças substanciais no perfil epidemiológico da infecção pelo vírus HIV nos últimos anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil (BRASILb, 2007), desde o ano 2000 o público jovem concentra a maior parcela de casos de aids notificados. No período de 2000 a 2006, a faixa etária dos 13 aos 24 anos representou 80% dos casos identificados.

Vale ressaltar que as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos tiveram sua participação no estudo vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos, as que, mesmo pertencendo à faixa etária eleita, não desejaram participar, as que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e as que não se sentiram à vontade para continuar a participar da pesquisa. As participantes foram

informadas de que a pesquisa não causaria nenhum dano a sua saúde, e, caso isso ocorresse, elas seriam ressarcidas.

Foi assegurado o anonimato das participantes do estudo, compromisso assumido no momento da realização das entrevistas, através da utilização de nomes fictícios para nomeá-las. Optamos pelos seguintes pseudônimos: Maria Aparecida (entrevista 1), Maria José (entrevista 2) , Maria da Penha (entrevista 3), Maria Eduarda (entrevista 4) , Maria de Fátima (entrevista 5), Maria Luiza (entrevista 6), Maria da Conceição (entrevista 7), Maria Maria (entrevista 8), Maria Fernanda (entrevista 9), Maria Angélica (entrevista 10), Maria Antônia (entrevista 11), Maria do Socorro (entrevista 12), Maria de Nazaré (entrevista 13), Maria Augusta (entrevista 14), Maria Célia (entrevista 15), Maria Cristina (entrevista 16), Maria Laura (entrevista 17), Maria Carmem (entrevista 18), Maria Isabel (entrevista 19) e Maria Rosa (entrevista 20).

Essa foi a forma que encontramos para representar e homenagear a diversidade e pluralidade de mulheres que hoje compõem o contingente de mais de 90 milhões de brasileiras, que hoje correspondem à população majoritária do país.

4.5 Tipo de Coleta

Os dados da pesquisa foram colhidos por meio da técnica de entrevista. Minayo (2007), Lüdke e André (1990), Triviños (2007) e Turato (2003) são consensuais ao afirmarem que a entrevista se configura como a principal ferramenta utilizada pelos pesquisadores para a obtenção de informações subjetivas para posterior compreensão dos processos e produtos construídos pelos sujeitos em relação a determinado fenômeno.

Como técnica de coleta de dados, a entrevista, através da comunicação verbal, se caracteriza pela captação de informações geradas pelos atores que experienciam determinado fenômeno social. Este recurso permite a coleta de significados autênticos e essenciais, comportando-se como um meio de alcançar a compreensão e o aprofundamento das questões subjetivas do problema que gerou o estudo. É um processo que ocorre pela interação dinâmica entre pesquisador e

atores sociais, estabelecida por um vínculo de confiança e respeito mútuos, em que ambos são igualmente valorizados para a concretização da investigação.

Minayo *et al.* (2007) diz que a entrevista, enquanto estratégia de coleta de dados e forma privilegiada de interação social, tem como principal objetivo construir informações relacionadas ao objeto de pesquisa, que se originam da reflexão do indivíduo acerca da realidade que vivencia.

Para Minayo *et al.* (2007), é o caráter interpessoal do encontro promovido pela entrevista, indispensável e essencial para o êxito da pesquisa qualitativa, que permite que o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum sejam observados e considerados. Ainda a autora (1994, p. 109) reitera o valor da entrevista para a metodologia qualitativista ao dizer que esta “é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicos e culturais específicas”.

Lüdke e André (1990) destacam que o caráter de interação gerado pela entrevista cria um ambiente de estímulo e aceitação recíproca, permitindo que as informações emergentes do diálogo livre fluam naturalmente de forma legítima e evidente. As autoras apontam ainda diversas vantagens que esta técnica de coleta possui, como: captação imediata e corrente da informação, aprofundamento de pontos levantados por outras técnicas de coletas de alcance mais superficial, alcance de sujeitos com pouca instrução formal, e ainda, permite correções, esclarecimentos e adaptações durante o processo que a tornam sobremaneira eficaz na captação dos dados.

Segundo Turato (2003, p. 308) a entrevista se configura como um instrumento valioso para obtenção de conhecimento interpessoal, que através do encontro face a face preestabelecido, facilita a apreensão de fenômenos e de elementos de identificação, bem como a construção potencial do todo da pessoa do entrevistado.

A modalidade escolhida para apreensão das informações neste estudo foi a técnica de entrevista semiestruturada (Apêndice B). De acordo com Triviños (2007), ela valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas para que o sujeito da pesquisa adquira a liberdade e a espontaneidade necessárias, tornando o processo investigativo rico e esclarecedor.

Acerca deste tipo de instrumento de investigação científica, Turato (2003) sublinha que este permite que o entrevistado tenha a oportunidade de discorrer sobre o assunto proposto sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador, sem preconceitos ou imposições. Desta forma, representa a técnica mais adequada para captar sentidos e significações que os indivíduos originarão a partir do tema exposto. Salieta, ainda, que, na entrevista semiestruturada, o entrevistado e o pesquisador revezam-se no direcionamento da entrevista, o que garante uma melhor construção das idéias em exposição e ganho para coleta dos dados segundo os objetivos propostos.

Triviños (2007, p.146) entende a entrevista semiestruturada como “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa”, e desta forma os resultados obtidos serão verdadeiramente valiosos. O mesmo autor ressalta que a participação consciente e atuante do pesquisador, ao realizar este tipo de entrevista, favorece a descrição dos fenômenos sociais, bem como sua explicação e total compreensão.

Antes de iniciar a entrevista, foram prestadas informações aos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos do estudo, esclarecendo que sua participação era voluntária e que seria garantido seu anonimato. Segundo Triviños (2007, p. 148) “o entrevistado deve saber, em geral, o que é que se deseja dele e qual pode ser sua contribuição para o esclarecimento da situação que interessa”. Corroboram esta assertiva Lüdke e André (1990) ao dizerem que é fundamental para o êxito da pesquisa que se estabeleça um vínculo de confiança, porém para que este seja alcançado é necessário explicitar previamente para o entrevistado os objetivos da entrevista e que a confiabilidade das informações será respeitada.

Após esses esclarecimentos foi solicitado ao sujeito que desejasse participar do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com as recomendações da resolução nº 196/96. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas com o intuito de garantir a fidedignidade das falas. Reiteram o valor desta forma de registro Lüdke e André (1990, p. 37), ao afirmarem que “a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda sua atenção ao entrevistado”. As fitas ficarão na posse do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse prazo serão destruídas.

Também foi realizado um diário de campo para que fossem registrados os dados resultantes da linguagem não-verbal, como gestos, expressões faciais, postura corporal, tom de voz, veículos de comunicação capazes de fornecerem informações com mais significado que a linguagem verbal. No entanto, as informações registradas no diário de campo não foram objeto de análise neste estudo, uma vez que as informações apreendidas nas falas permitiram-nos elaborar as categorias analíticas de modo que respondesse aos objetivos do estudo.

4.6 A organização dos dados para análise

Com vistas a desenvolver uma análise aprofundada das mensagens obtidas, cuja significação somente pode ser apreendida e compreendida após tratamento das informações contidas nestas, apoiamo-nos na análise de conteúdo, técnica de tratamento de dados proposta por Bardin (2008). Desta forma, buscamos a aproximação com o objeto do estudo e a resposta aos objetivos.

A análise de conteúdo é considerada um método de interpretação de qualquer tipo de comunicação, principalmente das formas escrita ou falada, por Laurence Bardin em 1977, na obra *L'analyse de Contenu*. A autora (2008, p.44) define o método como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Em relação à forma de obtenção e manutenção das mensagens, Trivinõs (2007) ressalta que é na mensagem escrita que o método melhor se aplica, por ser esta mais estável e constituir um material ao qual se pode consultar todas as vezes que se fizerem necessárias.

É através da fala, que os significados, os valores, as atitudes, as crenças, as idéias, os anseios, as mentalidades se expressam e se exteriorizam, e assim podem ser passíveis de análise e compreensão. Buscou-se com a técnica de análise de conteúdo apreender das mensagens o que há de relevante, o que dá significado ao conjunto das palavras, o que está por detrás das palavras proferidas, através da explicitação e sistematização do conteúdo dessas e da expressão desses conteúdos

(Bardin, 2008; Chizzotti, 2006). Ainda segundo Bardin (2008), este método busca por meio das mensagens alcançar outras realidades.

Bardin (2008, p. 46) também assinala que este método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”.

Destarte, visando desvendar a essência dos significados presentes nas mensagens, optamos pela análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo. Esta modalidade se apóia na noção de tema, que está relacionado a uma afirmação sobre determinado assunto, sendo o termo frequentemente utilizado como unidade de registro nos estudos de valores, de crenças, de atitudes, etc (Bardin, 2008).

Segundo a autora (2008, p. 131)

“fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”

Buscando operacionalizar a análise temática dos dados obtidos, foram seguidas cronologicamente as três etapas descritas abaixo proposta por Bardin (2008):

1. Pré-análise: correspondeu à fase de organização do material, que teve como principal objetivo sistematizar e operacionalizar as idéias iniciais. A partir da leitura flutuante, que pode ser compreendida como uma leitura geral do material selecionado, nos aproximamos do tema de estudo proposto fazendo emergir hipóteses, questionamentos, impressões e orientações. Partiu-se para uma etapa de escolha dos documentos que puderam fornecer informações sobre o problema levantado e serem submetidos à análise, constituindo assim um *corpus* documental.
2. Exploração do Material: teve início na pré-análise, e o material de documentos que constitui o *corpus* foi submetido a um estudo aprofundado, orientado em princípio, pelas hipóteses e referenciais teóricos. Os procedimentos como a

codificação, a classificação e a categorização foram básicas nessa fase do estudo.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: esta fase apoiou-se nos materiais de informação que se iniciou na pré-análise, alcançando nesta etapa sua maior intensidade. Correspondeu à fase em que os resultados brutos foram tratados e analisados a fim de se tornarem significativos e válidos. Na interação com os materiais, não detivemos nossa atenção exclusivamente no conteúdo manifesto dos textos produzidos a partir das entrevistas, mas sim buscamos aprofundar a análise, ao observar o conteúdo latente que eles possuíam, desvendando características dos fenômenos sociais.

Amparada pelo suporte teórico-metodológico escolhido para o estudo, buscamos, com as mensagens emitidas pelas mulheres, descobrir e compreender o significado que suas palavras manifestam e encobrem em relação ao fenômeno estudado. E assim, por meio de uma observação e análise minuciosa, intencionamos decifrar e apreender a realidade oculta do conteúdo contido nas palavras dessas mulheres.

E de forma a sistematizar a discussão e resgatar as singularidades da realidade local, vivenciadas por essas mulheres no campo da educação sexual preventiva, identificamos através da análise das entrevistas três categorias assim nomeadas: as mulheres desenhando o acesso à informação sobre a aids; mulheres em cena: representações sobre o HIV/Aids; e pensando e fazendo prevenção: mulheres reduzindo à vulnerabilidade ao HIV/Aids. A categorização facilitou a organização e a discussão das informações geradas pelas mulheres que participaram do estudo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Antes de apresentarmos as categorias nomeadas a partir das entrevistas, faremos uma caracterização dos sujeitos que participaram do estudo. De forma a permitir uma análise integral e contextualizada do grupo estudado, apreendemos alguns dados sócioeconômicos com a finalidade de distinguir esses sujeitos.

	Idade	Estado Civil	Filhos	Séria Matriculada	Atividade Remunerada	Renda Individual/ Renda Familiar
<i>Maria Aparecida</i>	32	Solteira	01	4ª. Série EF	Sim	R\$ 400,00
<i>Maria José</i>	20	Solteira	00	4ª. Série EF	Não	R\$ 465,00
<i>Maria da Penha</i>	18	Solteira	00 (Grávida)	8ª. Série EF	Não	R\$ 930,00
<i>Maria Eduarda</i>	19	Solteira	01	5ª. Série EF	Não	R\$ 465,00
<i>Maria de Fátima</i>	28	Casada	01	3º. Ano EM	Não	R\$ 600,00
<i>Maria Luiza</i>	55	Viúva	01	4ª. Série EF	Não	R\$ 930,00
<i>Maria da Conceição</i>	23	Solteira	00	7ª. Série EF	Não	R\$ 700,00
<i>Maria Maria</i>	26	Casada	01	3º. Ano EM	Não	R\$ 700,00
<i>Maria Fernanda</i>	24	Solteira	03	6ª. Série EF	Não	R\$ 304,00
<i>Maria Angélica</i>	22	Solteira	02	8ª. Série EF	Não	R\$ 350,00
<i>Maria Antônia</i>	20	Casada	00	7ª. Série EF	Não	R\$ 465,00
<i>Maria do Socorro</i>	33	Solteira	01	3º. Ano EM	Não	R\$ 465,00
<i>Maria de Nazaré</i>	29	Casada	03	Pró-jovem	Não	R\$ 1000,00
<i>Maria Augusta</i>	19	Solteira (Noiva)	00	3ª. Ano EM	Não	R\$ 700,00
<i>Maria Célia</i>	21	Solteira (União Estável)	00	3ª. Ano EM	Não	R\$ 465,00
<i>Maria Cristina</i>	22	Solteira	00	3ª. Ano EM	Não	R\$ 415,00
<i>Maria Laura</i>	18	Solteira	00	8ª. Série EF	Não	R\$ 930,00
<i>Maria Carmem</i>	18	Solteira	00	8ª. Série EF	Não	R\$ 465,00
<i>Maria Isabel</i>	22	Solteira	00	3ª. Ano EM	Sim	R\$ 1200,00
<i>Maria Rosa</i>	20	Solteira	00	Pró-jovem	Sim	R\$ 1500,00

De acordo com esses dados, ressaltamos que das vinte mulheres entrevistadas 14 encontravam-se na faixa etária dos 18 aos 24 anos, 05 na faixa dos 25 aos 35 anos e 01 na faixa dos 36 aos 60 anos. A idade média das entrevistadas foi de 24 anos com uma mediana de 22 anos, sendo a maior idade de 55 anos e mínima de 18 anos.

Em relação ao estado civil, 14 das informantes afirmaram serem solteiras, 05 casadas, 01 viúva e 01 diz manter uma união consensual.

Do total dos sujeitos, 45% têm filhos, e uma encontrava-se grávida. A maioria (65%) das entrevistadas estava cursando o ensino fundamental, enquanto as outras 35% cursavam o ensino médio. Quando questionadas sobre desenvolverem alguma atividade remunerada, apenas 03 mulheres enquadravam-se no grupo da população economicamente ativa, e as outras 17 estavam desempregadas no momento em que a entrevista foi realizada. Entre as ocupações foram citadas doméstica, secretária e manicure.

Em 85% das entrevistadas, a renda individual/familiar variou de R\$ 304,00 a R\$ 930,00, sendo que em aproximadamente 58% dessas a renda não ultrapassou o salário mínimo (R\$ 465,00). Somente 15% das mulheres informaram uma renda que variou dos R\$ 1.000,00 aos R\$ 1.500,00. A renda familiar, portanto, apresentou uma média de R\$672,00 reais com máximo de R\$1.500,00 e mínimo de R\$304,00.

Após as informações expostas passaremos a análise das categorias eleitas para o estudo.

5.2 AS MULHERES DESENHANDO O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE A AIDS

Nessa categoria, abordaremos como as mulheres dizem ter acesso as informações sobre a aids. É interessante ressaltar que a maioria das informações que elas dizem acessar encontra a escola como espaço de mediação desses saberes.

A escola aparece como cenário de saber, mas nem sempre o tema aids faz parte do conteúdo do projeto político-pedagógico-metodológico da própria escola, mas de outras instituições de ensino que esporadicamente utilizam o campo da escola como espaço de aprendizado. Veja os recortes dos depoimentos a seguir:

*“Foi uma palestra (...). Foi uma enfermeira que veio com as alunas aqui (...). Não, com os professores é muito difícil.”
(Maria Aparecida)*

“Aliás, teve sim, duas palestras aqui (...). Pessoal lá, daquela faculdade nova (...). Teve duas palestras” (Maria Luiza)

*“... já veio umas pessoas aqui, pessoas que mexe com esse tema e só discutiu, mas dentro de sala de aula normalmente não (...). Da área da saúde,(...) Falaram sobre sexualidade, falaram sobre a AIDS, falaram sobre a forma do contágio”
(Maria do Socorro)*

*“... já foram dadas algumas palestras no semestre passado, com direito a demonstrações. (...) Foi um grupo, vieram de fora”
(Maria Augusta)*

“Uma vez sim teve, o Y, depois que o Y entrou, de vice-diretor, ele trouxe o pessoal acho que lá do Hemominas pra dar orientação a gente aqui. Falar sobre as doenças sexualmente transmissíveis. (...) Eles explicaram como é que usa a camisinha, a masculina e a feminina porque muita gente não sabe dela ainda. Eles estava falando sobre as doenças que são transmissíveis, da sífilis, do HIV e tem outras doenças que não me lembro. Daí ele explicaram como por a camisinha, como é que pega, esses negócios.” (Maria Célia)

*“Mais de uma vez foi uma palestra que teve o semestre passado (...). O pessoal da faculdade X (...) Eles falaram sobre como se prevenir pra não engravidar, falou das doenças”
(Maria Carmem)*

“Às vezes aparecia lá palestra, vinha gente de fora (...). Eles falaram que hj, como é que eu posso te falar (...) eles falaram isso que tá tendo muita doença, que é pra ter cuidado ou tomar remédio, procurar algum médico, eles falaram tudo... Falaram de tudo um pouquinho, né?” (Maria Rosa)

Das mulheres participantes do estudo, uma faz referência à discussão do tema como parte do conteúdo de uma disciplina da escola.

“... sobre métodos preventivos, doenças venéreas, doenças transmissíveis, AIDS (...). É geralmente na aula de história e de ciências a gente tá sempre debatendo sobre isso aqui.” (Maria de Nazaré)

Pela sua natureza, a escola, como fonte institucional privilegiada de difusão de informação aos indivíduos, instrumentaliza-os para enfrentar em situações do cotidiano que possam impactar negativamente em seu estado de saúde e bem-estar. Porém, é imperativo estimular, nas instituições de ensino, o oferecimento de informações claras sobre as DST/Aids por professores qualificados e capacitados sobre o tema, através de uma abordagem que valorize e respeite os aspectos sociais e psicológicos dos alunos, com vistas a oportunizar a aquisição de habilidades para trabalhar com questões relacionadas a sexualidade (ARRUDA, CAVASIN, 2000).

Contudo, prevalece nos ambientes escolares uma abordagem centralizada nos aspectos biológicos e reprodutivos dos órgãos sexuais, não sendo abarcados assuntos e reflexões voltadas à sexualidade e sua interface com questões de gênero, cultura, valores, crenças, poder e desigualdades, o que dificulta ou mesmo inviabiliza a promoção de comportamentos protetores em relação à infecção pelo HIV. Além disso, gera no aluno uma falso-positiva idéia de que já detém informações suficientes capazes de permitir o enfrentamento consciente e seguro diante das adversidades do viver cotidiano relacionadas à sexualidade. Depreendemos essa observação a partir da seguinte fala:

“Não, muito difícil. A professora de biologia, a XX, no terceiro ano a gente estuda sobre isso, então a gente tá falando até muito sobre isso, porque o meu trabalho que eu entreguei ontem foi sobre sistema reprodutor masculino e sistema reprodutor feminino. Então a gente tá estudando isso agora. (...) Eles falam mesmo abertamente, a XX mesmo ela é uma professora excelente, ela fala abertamente sobre essa parte e questão em geral, ela fala sobre esperma, sobre o óvulo, ela fala tudo sobre isso” (Maria Isabel)

Em estudo realizado há onze anos Wu (1998) já apresentava essa característica da educação sexual nas escolas centralizada nas disciplinas de Ciência e Biologia que, ao invés de abordar o tema de uma forma ampliada e participativa, se restringe à apresentação dos conteúdos de anatomia e fisiologia dos

aparelhos reprodutores. Como refere o autor, essa metodologia de ensino favorece a fragmentação do conhecimento quando não permite evidenciar a realidade dos alunos, bem como suas reais necessidades, impedindo a emancipação plena do indivíduo.

Analisando o conjunto das afirmativas das depoentes anteriormente citadas, percebemos que a palestra, como técnica e método de ação, se configura como o principal veículo propagador de informações sobre a aids entre os “detentores” do saber e seus receptores. A abordagem foca-se na reprodução de conhecimentos técnico-científicos, de forma passiva e pouco interativa. Castro, Abramovay e Silva (2004, p. 105) afirmam que “as palestras, enquanto atividades planejadas ou trabalhos isolados, tornam-se alvo de críticas pela falta de continuidade e monotonia que impõem aos alunos”. Esta afirmação pode ser percebida na seguinte fala:

“... A Faculdade W veio dar uma palestra sobre isso aqui. (...) Eles falaram alguma coisa, eles falaram correndo, o que eles passaram tudo na tela, né! Eles iam passando e fazendo as perguntas. Então cada hora um perguntava.” (Maria Cristina)

Ainda dentro da perspectiva de perceber nas palestras oferecidas pelas instituições de ensino um veículo de transmissão de informação necessário, porém insuficiente, Paiva, Pupo e Barboza (2006) referem que ao visar à promoção da redução das vulnerabilidades ao HIV entre os jovens é preciso e urgente o estímulo ao fortalecimento dessa população como agentes de sua sexualidade, o que está diretamente associado à criação de espaços para a participação efetiva e inclusiva dos alunos, através de uma relação dialógica que supere as concepções “bancárias” de ensino.

Na mesma perspectiva, Amaro (2005) levanta uma crítica às palestras como atividade educativa de prevenção mais utilizada, à medida que esta pouco impacta “na modificação de condutas e autocuidado, quando se trata do segmento feminino, historicamente alijado nesse foco pelo tabu que ainda impera” (2005, p. 93).

Compreendemos que esse tipo de intervenção na esfera de práticas educativas não favorece a aquisição de comportamentos sexuais seguros e responsáveis, que visem à busca pelo bem-estar e qualidade de vida. O pouco ou

nenhum espaço oferecido a essas mulheres para colocarem suas dúvidas, sentimentos, valores, angústias e questionamentos não permite a aquisição de mudanças significativas no nível de conhecimento e, portanto, perpetua a adoção de práticas afetivo-sexuais desarmônicas com os preceitos de promoção e prevenção da saúde.

Estudo realizado em escolas públicas de quatro municípios do Estado de Minas Gerais demonstrou que para que haja sucesso em programas de prevenção à saúde sexual e reprodutiva entre jovens é necessário que algumas características estejam presentes para que ocorra uma efetiva adoção de atitudes e práticas sexuais preventivas responsáveis e conscientes. Dentre elas destacam-se: participação ativa dos sujeitos-alvo da ação no processo de planejamento, desenvolvimento e implementação do programa, sendo estimulados a fazer parte do processo de ensino-aprendizagem; integração entre profissionais de saúde e educação, família e comunidade; efetivo treinamento dos professores da escola; duração das atividades em um período superior a 14 meses; programa adaptado à realidade local, através de pesquisa prévia e estímulo ao livre debate sobre sexo (ANDRADE *et al.*, 2009).

Antunes (1999) ao avaliar um modelo educativo para prevenção da aids em escolas públicas no Estado de São Paulo, comprovou que após a realização do programa nas escolas pesquisadas, ocorreu um crescimento estatístico significativo na capacidade das estudantes do sexo feminino de dialogar com seus parceiros sobre sexo e Aids, além do aumento do uso de preservativo com parceiros não monogâmicos.

Outro estudo de Antunes *et al.* (2002) comprovou a eficácia de programas educativos em escolas públicas que não se restringem à distribuição de informações a palestras e vídeos com foco nos aspectos biológicos da transmissão do HIV e comportamentos de riscos, mas sim àqueles que estabelecem espaços para discussões acerca de vivências afetivo-sexuais reais que permitam refletir a respeito do significado do sexo seguro nos diferentes contextos. Demonstrou ainda, que as oficinas desenvolvidas ajudaram as mulheres a ampliar seu poder de negociação de práticas sexuais seguras, diminuindo o uso inconsistente de preservativo nas relações anais com seus parceiros regulares, nas relações vaginais com parceiros casuais e com parceiros que elas julgavam não ser monogâmicos.

Corrobora esse resultado, o estudo de Figueiredo e Ayres (2002, p.99) quando afirmam:

“É necessário trabalhar as pré-disposições culturais e os limites materiais para práticas protegidas (vulnerabilidade socioeconômica), assim como incrementar serviços e programas capazes de dar acesso a essas discussões e aos meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano de suas atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), essas mulheres possam, de fato, prevenir-se da infecção pelo HIV.”

Percebe-se que, apesar de já terem transcorrido entre oito e onze anos após a realização desses estudos, ainda se perpetua a herança do modelo cartesiano nas práticas educativas em saúde, centradas apenas na transmissão de informação entre educador e educando, sem incorporar o indivíduo como autor e sujeito de sua própria mudança.

Gazzineli *et al.* (2005, p.3) reforçam a idéia de que uma intervenção em Educação e Saúde deve considerar “as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva”. Pois somente assim, ao se observar o sujeito em sua totalidade e complexidade, apreciando valores, conceitos, relações de poder, crenças e sentimentos, poder-se-á almejar maior efetividade em termos de mudança de condutas e práticas sexuais seguras.

Portanto, estratégias educativas de prevenção no campo dos DST/Aids devem visar à transformação social dos indivíduos. A obtenção de propostas pedagógicas com efeitos expressivos sobre a ampliação e apropriação da percepção de risco ocorre através de uma aproximação com o universo social, simbólico e cultural da população ao qual se pretende atingir, incentivando-o a participar ativamente desse processo de educação em saúde (MORAES, 2004).

Dentro da mesma perspectiva, a UNAIDS (2005, p.12) aponta que, “para garantir que as estratégias de prevenção ao HIV possam ser revisadas e adaptadas às condições locais, é necessária uma compreensão da natureza, da dinâmica e das características das epidemias locais”.

Outro aspecto a ser destacado nas falas das mulheres refere-se à presença de atores externos à escola. Estes visam, através do desenvolvimento de atividades práticas no ambiente escolar, à formação de novos profissionais da área da saúde com a finalidade de estimular nesses sujeitos a compreensão da importância precípua de atividades de promoção e prevenção como eixo estruturante de suas ações futuras.

Desse modo, pensamos ser pertinente colocar que estas interações entre as diversas instituições de ensino-aprendizagem, que desempenham um papel social diante da população, devem, sim, ser estimuladas e incentivadas, a partir do momento em que elas tenham a consciência da obrigação de aproximar o teor e forma de abordagem das mensagens educativas às dimensões subjetivas, culturais e sociais locais dos sujeitos passivos de suas ações.

Ressaltamos que, enquanto o espaço escolar for utilizado como campo de prática de forma descompromissada, despreocupada, sem planejamento e sem ter como meta a promoção da informação de qualidade com vistas a instrumentalizar os indivíduos em seu processo de enfrentamento de situações de risco, será inócua e ineficaz a intencionalidade embutida nessas ações.

Como argumentam Sampaio e Araújo (2006), é imprescindível a garantia de trabalhos bem planejados e organizados que tenham como objetivo a prevenção da disseminação do HIV/Aids. Contudo, estes devem prever e prover a “construção de sujeitos com autonomia frente a sua sexualidade, assumindo sua identidade sexual, construindo novos valores e novas possibilidades de obtenção de prazer, no exercício da cidadania” (p. 340).

Na fala apresentada a seguir, percebemos que outro fator negativo, que pode acompanhar as atividades desenvolvidas e intencionadas por atores não pertencentes ao corpo docente da escola, faz referência à falta de continuidade das intervenções. Este fato gera sentimentos de frustração e infelicidade e nos permite asseverar que, ao negligenciar as inquietações, preocupações e dúvidas dessas mulheres relacionadas às suas questões afetivo-sexuais, esses atores se tornam corresponsáveis pela incapacidade de as mesmas de melhorarem as condições de mudança quando diante de uma situação de vulnerabilidade.

“... teve a palestra no começo do ano da Faculdade W (...) Eles falaram sobre sexualidade. Aí não foi concretizada a palestra, porque veio a greve, então eu acho que eles desanimaram um pouco justamente por isso, né? Não deram continuidade. Acho que a intenção era de continuar a palestra nesse quesito de sexualidade e mostrar isso que você tá mostrando pra gente também, pra todo mundo que você mostrou e não deram, infelizmente não deram continuidade, até tem um enfermeira lá da Z, que veio aqui, eu perguntei pra ela porque que não teve continuidade e ela também não soube me responder.” (Maria Isabel)

Outra nuance a ser analisada, partindo da fala de uma das depoentes, refere-se à necessidade de um aconselhamento individualizado, ao estabelecimento de um espaço privativo que garanta a colocação de questões relacionadas à esfera íntima e pessoal. O aconselhamento seria uma das intervenções e estratégias possíveis no âmbito das políticas de prevenção das DST/Aids, tendo como foco as necessidades e especificidades manifestadas pelo indivíduo. Segundo suas palavras:

“Os professores que falam alguma coisa, né! Alguma coisa ou outra que sai. Mas assim, parar pra conversar, igual você tá fazendo agora não teve não. Teve palestra lá em cima lá mais foi assim todo mundo, não foi uma coisa exclusiva só não, foi todo mundo.” (Maria Maria)

Ao se estabelecer um ambiente onde o encontro interpessoal e intersubjetivo, que valorize a escuta ativa, a empatia e o vínculo de confiança, propiciam-se as condições ideais para o alcance de mudanças de atitude através de uma autoconscientização do indivíduo sobre sua realidade. E ainda permite educar para a autonomia do sujeito no sentido de auxiliá-lo a compreender e identificar os riscos de infecção pelo HIV e adotar pra si e para o parceiro práticas sexuais seguras. Porém, é importante destacar que os conteúdos incluídos na relação intersubjetiva proporcionada pelo aconselhamento, enquanto estratégia personalizada e particularizada, devem ser abordados de forma menos prescritiva, mais problematizadora e contextualizada (PUPO, 2007).

A fragilidade demonstrada pela prática do aconselhamento nos diversos espaços de encontro entre os indivíduos na sociedade encontra respaldo no

pensamento de Paiva, Pupo e Barboza (2006) quando dizem que muitas vezes o aconselhamento se apresenta como uma prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica. As autoras reforçam ainda que nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais.

O que parece acontecer, no que diz respeito à prevenção das DST/Aids na escola, é que o tema, quando trabalhado, não traz no seu contexto um programa articulado com o cotidiano dos jovens no sentido de entenderem e compreenderem a vulnerabilidade ao HIV, mas parece ser o compromisso em cumprir um programa estabelecido por orientação vertical. Mesmo que exista a orientação normativa nas formações curriculares, o que temos presenciado é que alguns educadores se sentem preparados e responsáveis por tais conteúdos.

À medida que íamos analisando as entrevistas, adicionadas a vivência no campo, íamos observando que há um descompasso entre as políticas de prevenção sexual hoje estruturadas no país e a realidade da prática dessas ações no ambiente escolar. Nas informações das estudantes, pode-se perceber que alguns atores envolvidos no processo educacional demonstram desconhecimento e insegurança na tentativa de implementar estratégias, ou mesmo buscar apoio e parcerias, que visem a um acolhimento e atenção consoantes às necessidades específicas do grupo referente ao tema em estudo.

Os discursos das mulheres sobre onde e como acessam informações sobre o HIV/Aids indicam que, no comportamento dos educadores, prevalecem as concepções acerca do papel do aluno enquanto sujeito passivo e incapaz de ter um desempenho atuante e criativo no desenvolvimento de medidas protetoras e modificadoras diante da possibilidade de vivenciar experiências adversas.

Diante disso, um dos aspectos a serem considerados com atenção é a inclusão da educação sexual nas escolas, que, apesar de estimulada por políticas públicas, como o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, parece encontrar algumas dificuldades para sua efetivação em algumas instituições de ensino. Romero *et al.* (2007), ao trabalhar com mulheres jovens, questões relacionadas ao sexo, demonstrou em seus resultados que a escola que opta por incluir a temática da educação sexual em sua grade curricular contribui para postergar a iniciação sexual dessas jovens, além de não ter evidenciado que esta prática as estimule a

terem relações sexuais, sendo esta assertiva um dos fortes motivos que levam pais e professores a rechaçar essa iniciativa.

Essas questões nos levam a refletir sobre alguns aspectos imbricados no exercício da educação sexual nas instituições de ensino, como: a participação dos governos estaduais e municipais na viabilização de recursos humanos e financeiros para implementar as ações de educação sexual nas escolas; a capacitação dos docentes para abordagem de um tema ainda complexo na prática cotidiana de educar; a relação da escola com o serviço de saúde como espaço de mediação dessa abordagem; como são considerados os contextos sócio-históricos, diversidades regionais e biografia dos atores envolvidos – professores, profissionais de saúde, alunos e comunidade – quando se pensa a implementação de políticas e estratégias de prevenção no campo da DST/Aids.

Pesquisa realizada por Castro, Abramovay e Silva (2004, p. 103) sobre juventude e sexualidades aponta:

“De uma forma difusa há entre os atores da escola, principalmente os professores, uma forte tendência a considerar que a escola é, de fato, um lugar ideal para trabalhar sobre temas relacionados à sexualidade, mas não necessariamente tal vontade tem o respaldo de um planejamento pedagógico explícito e continuado, ficando, muitas vezes, no âmbito de intenção, de palestras e se limitando a uma cruzada pessoal, por conversas e referências no plano de opiniões contra posturas preconceituosas.”

É, portanto, imperativo que todas as temáticas envolvidas com a sexualidade dos indivíduos, principalmente no que tange à prevenção das DST/Aids e à adoção de comportamentos afetivo-sexuais seguros e prazerosos, devem estar necessariamente articuladas entre a escola e as políticas públicas de saúde, tendo como um dos eixos a qualificação dos educadores. Isto porque reconhece-se a escola como instituição capaz de possibilitar a elaboração, a promoção e o desenvolvimento de medidas e programas que visem estimular o exercício da sexualidade pelos sujeitos de forma responsável, igual e autônoma, compreendidos dentro de um contexto amplo que abarque questões macrossociais e sócio-históricas.

Porém, programas e atividades que tenham como cerne de suas ações a prevenção, precisam ser, constante e sistematicamente avaliados, de forma a permitir uma análise acerca do impacto dessas intervenções no comportamento humano coletivo e individual. Desta forma, reajustes e novos direcionamentos poderão ser tomados a fim de facilitar e promover a adoção de práticas sexuais saudáveis.

Outra fonte de informação apontada em uma das entrevistas faz referência à televisão:

“A primeira vez que eu ouvi falar sobre esse assunto mesmo ou foi na televisão que de vez em quando aparece lá e aqui no colégio, né!” (Maria do Socorro).

É oportuno ressaltar que esse veículo de comunicação foi desde o início da epidemia estratégico na divulgação de questões relacionadas à aids. Porém, é mister lembrar que a mídia televisiva foi uma das responsáveis pela disseminação de um imaginário “alarmista” em torno da aids, ao estimular o preconceito e a discriminação através do enfoque de grupo e comportamento de risco, fortalecendo a ideia de que o portador do vírus HIV está incondicionalmente destinado a morrer.

Nos dias atuais os meios de comunicação, principalmente a televisão, ocupam um papel relevante no que se refere à influência na formação e orientação de jovens e adolescentes em relação aos aspectos envolvidos com o HIV/Aids, muitas vezes desempenhando o papel de educador sexual que deveria ser exercido pela escola e/ou família.

O alcance da televisão e do rádio é especialmente influente entre os jovens de família de baixa escolaridade e/ou renda, população com maior acesso a esses veículos. Porém, grande parte do conteúdo abordado trabalha a questão da sexualidade sem estabelecer uma correlação com uma prática sexual segura em relação às DST/Aids. Denota-se, portanto, a necessidade de que esses veículos se conscientizem de sua função social e sua participação responsável na disseminação de informação qualificada, direito este de todo e qualquer cidadão brasileiro (BRASIL, 2000; GOMES *et al.*, 2005).

Outro aspecto revelado pelos estudiosos, ao analisarem as abordagens realizadas no campo das sexualidades femininas, faz referência ao quanto são contraditórios os conteúdos emitidos pelos veículos de comunicação. Isto porque, ao mesmo tempo em que difundem discursos que visam acolher as transformações socioculturais da sociedade, também contribuem para arraigar estereótipos conservadores, através de mensagens emblemáticas, reificadoras de concepções e crenças estabelecidas (ZUCCO, MINAYO, 2009).

Gonçalves e Varandas (2005) demonstraram, através da análise de vários estudos sobre o papel da mídia na prevenção da aids, que esta desempenhou um papel fundamental no enraizamento de uma imagem feminina estigmatizada, fragilizada e preconceituosa, ao negligenciar e desprezar a transmissão por via heterossexual do HIV. Principalmente, ao reforçar que somente mulheres que adotam condutas sexuais desviantes da norma moral estabelecida apresentariam risco de contrair a doença. As estudiosas colocam que para cumprir com sua função de promover informação de qualidade, à mídia compete posicionar-se como “ferramenta impactante na des-construção de valores morais que impedem as mulheres de se protegerem” (p. 234).

Essa desconstrução de valores negativos em torno da aids, principalmente quando representam uma penalidade para aqueles que assumiram más condutas sexuais, será alcançada quando houver incentivo ao desenvolvimento de processos psicoeducativos e trabalhos comunitários face a face. E, nesse sentido, impedir que informações de massa desqualificadas, propagadas diariamente, se configurem como a fonte única e potencializadora da conscientização da importância da prevenção como eixo estruturante da redução das vulnerabilidades impostas pelo contexto sociocultural. (ALVES *et al.*, 2002).

Partimos, portanto, do pressuposto de que a resistente e histórica assimetria entre os gêneros, ainda fortemente presentes e reforçados nos discursos e condutas dos diversos setores da sociedade brasileira, inclusive nos meios de comunicação, dificulta ou mesmo impede que estratégias efetivas de redução de vulnerabilidades conduzam as mulheres a superarem a sua incapacidade de negociar e ampliar o poder de apropriação sobre seu corpo, e obter, a partir desses processos, êxito na adoção de medidas preventivas e protetoras a sua saúde sexual.

Paiva (1994) observa que inserir a compreensão e o entendimento da forma diferenciada e hierarquizada como a sociedade constrói a identidade da mulher e do

homem na formulação de ações e estratégias que trabalhem a prevenção da aids, é um dos elementos-chave para entender os obstáculos impostos para adoção de práticas mais seguras.

Sustentam posição semelhante Sousa e Barroso (2009, p.129) quando referem que:

“As questões de gênero, representadas pela submissão feminina no relacionamento sexual, parecem constituir entraves ainda maiores do que a falta de informação, uma vez que englobam também elementos culturais fortemente enraizados na sociedade”

Também interlocutora das relações sociais, a escola para as mulheres participantes deste estudo se configura como um ambiente privilegiado de trocas de saberes, pois ao mesmo tempo em que o tema objeto de investigação desta pesquisa é oportunizado mesmo que de maneira esporádica durante o ano letivo para discussão por parte de alguns educadores na sua prática em sala de aula, é também na escola que as amigas trocam informações baseadas nas suas experiências de vida. Os depoimentos a seguir colocam as relações de amizade como oportunidades de discussão das informações sobre a aids:

“Com as minhas amigas é fácil né de falar.” (Maria da Conceição)

“... tem os conselhos e alguns conselhos que a gente pede (...). Porque às vezes as meninas são mais experientes do que eu, são casadas.” (Maria Augusta)

“A gente fala sobre posições, como é que é bom, se não é bom. Igual lá na sala, eu e a W a gente foi em um sexshop, eu fui depois ela foi ai a gente falou tudo que tinha lá. A gente falou o quê que a gente comprou. E a gente falando que tem várias coisas lá que você pode usar na cama. Aquela bolinha pegou no colégio, menina. Aquela bolinha é um milagre. Aí a gente fez um amigo oculto de cinco reais né, aí eles falaram que tirou não sei quem lá e ia dar as bolinhas. Aquilo foi a

sensação do momento (...). Mais mesmo relacionado a coisas que podem deixar a relação mais... picante". (Maria Célia)

"Não é uma coisa comum não, mas a gente conversa normal (...). Mais sobre gravidez, né? Porque a minha melhor amiga ela já tem um filho. Ai é mais sobre o filho dela mesmo, sobre gravidez." (Maria Laura)

"Elas ficam falando algumas coisas assim, temas assim, ai fala, elas comentam como é que foi como é que não foi (...) A primeira vez delas (...) Daí quando elas ficam grávidas elas passam pra gente que ficou grávidas, sempre a mesma desculpa que a camisinha estourou. Sempre usa essa desculpa" (Maria Carmem)

"Eu tenho amigos lá dentro do meu local de trabalho que a gente conversa muito sobre isso (...) A gente conversa tanto gente, tipo sai com um cara hoje e aconteceu. Foi muito bom, amei (...) Tipo dá conselho claro, existe sempre um conselho, existe sempre a pessoa mais cabeça e não querendo me exhibir eu acho que eu sou a pessoa mais cabeça da turma ali que eu sempre to falando, gente pelo amor de Deus usa camisinha. Eu to sempre chamando nesse termo. Mas é só isso assim com elas." (Maria Isabel)

"Amizade... eu sou mais na minha, mas às vezes quando a gente tem... para pra conversar com alguém, que eu converso só com gente, assim, mais idade do que eu, a gente conversa e fala... que na minha parte eu ia me prevenir..." (Maria Rosa)

Os discursos acima denotam que as amigas desempenham um papel fundamental na troca e obtenção de informações quando o assunto se refere a questões do exercício da sexualidade e, principalmente, sua interface com aspectos reprodutivos.

De acordo com Castro, Abramovay e Silva (2004) é principalmente com os pares que os jovens se sociabilizam no campo da sexualidade. As razões que levariam esses jovens a buscar nos amigos informações sobre sexo estariam relacionadas à maior facilidade para dialogar sobre o tema, uma vez que, para tratar do assunto com os pais, aqueles encontrariam algumas barreiras impostas por fronteiras de geração.

É bem marcante nos relatos a credibilidade dada pelas informantes às mulheres casadas, às com experiência reprodutiva e às com idade cronológica

superior, como sendo as mais habilitadas para oferecerem conselhos e compartilhar as experiências particulares. A prevenção quando surge nos diálogos entre elas, é no sentido de não permitir uma gravidez indesejada, sem que este termo se referencie as DST/Aids. É, portanto, no aspecto reprodutivo que estão centralizadas as representações dessas mulheres quando pensam em prevenção.

Outro ponto a ser destacado é que nas conversas entre as amigas o enfoque é dado ao ato sexual, cujo teor tem como objetivo satisfazer as curiosidades acerca das experiências vivenciadas por essas mulheres em suas relações de forma a torná-las mais prazerosas. A autopercepção de vulnerabilidade para DST/Aids não parece ser um dos motivos que levam essas mulheres a buscarem apoio e/ou conselhos das amigas quanto às suas práticas sexuais.

Há também a presença de um discurso crítico referente a certos comportamentos adotados pela amiga, que mesmo sendo “aconselhada”, assume uma postura de risco ao não usar o preservativo, mas não é capaz de admitir essa conduta. Justificam a gravidez pela ruptura da camisinha, mas nunca pelo não uso da mesma. Um aspecto relevante nesse discurso diz respeito à falta de percepção de risco para contrair o HIV ao ter uma relação sexual desprotegida.

Isso nos permite considerar que ter conhecimento acerca de como se prevenir de DST/Aids não significa adoção de práticas sexuais seguras. Vários estudos já apontaram que a informação por si só não é capaz de provocar mudança de comportamento. Ela precisa ser elaborada e adaptada dentro do contexto específico da população à qual se pretende atingir. Mann, Tarantola e Netter (1993) reforçam que a linguagem e a abordagem utilizadas nas mensagens de caráter preventivo se tornam realmente eficazes quando são capazes de refletir as necessidades e as soluções específicas próprias de cada comunidade.

Pesquisas anteriores já demonstram que as mulheres possuem uma reduzida e inadequada autopercepção de risco, originada por razões históricas socialmente construídas, como o limitado poder de negociação com parceiro e inferioridade econômica e social. Para as mulheres se reconhecerem vulneráveis ao HIV/Aids requer-se que os programas de prevenção promovam e assegurem espaços de reflexão, discussão e aprendizado das questões relacionadas à sexualidade na perspectiva do autocuidado, da autonomia, da autoestima e do bem-estar (AMARO, 2005; SILVEIRA *et al.*, 2002; FERNANDES *et al.*, 2000; VERMELHO, BARBOSA, NOGUEIRA, 1999).

Trindade (2001) alcança o mesmo resultado em sua pesquisa quanto ao elevado número de mulheres que não se percebem expostas ao HIV em suas relações sexuais. A autora diz que essa reduzida percepção de risco que prevalece no imaginário das mulheres talvez “esteja diretamente relacionada à desinformação e pouca aproximação das mulheres da realidade da epidemia, pois nem todas têm oportunidade de participar de programas de informação, ficando alheias à complexidade atual dos riscos (ibid, p. 82).

Estudo realizado por Cruz (2006) ao avaliar programas de prevenção de DST/Aids para jovens entre órgãos governamentais e não-governamentais, demonstrou que há uma lacuna entre as intenções e as atividades desenvolvidas que tenham como foco a prevenção, e que esta é mais intensa nas instituições governamentais. Dentre os fatores levantados na pesquisa que determinam esta situação destacaram-se: ausência de um programa escrito e de uma participação ativa, participativa e integrativa entre os profissionais envolvidos; ausência de correspondência entre o planejamento e a execução das atividades; atividades educativas focadas na reprodução de conhecimento técnico-científico que não incentivam a reflexão e pouco incentivo e valorização dos jovens enquanto agentes detentores de potencialidades para modificar sua realidade e, assim, implementar melhorias em sua qualidade de vida e do grupo.

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) afirmam que uma efetiva prevenção deve ter sua perspectiva focada na construção sistemática das competências dos indivíduos, e não na correção de suas fraquezas, pois somente diante da compreensão e do aprendizado acerca de como fomentar as virtudes das pessoas é que se pode almejar a criação de práticas adequadas aos padrões culturais dos grupos sociais com os quais se interage.

As informações apreendidas mostram que as mulheres também buscam essas informações na unidade básica de saúde do bairro, como representam os seguintes recortes:

“A minha mãe me ensinou sempre que eu ter uma relação assim é pra eu ir no posto médico que eles dão. (...) E na minha primeira vez eu vou no posto pedir orientação.” (Maria José)

“Porque eu fui numa reunião que tava tendo no posto de saúde e lá eles ensinaram um pouco pra gente que eles ensinam pra poder pegar o remédio, né, pra poder tomar.” (Maria de Fátima)

Apesar de os serviços de saúde constituírem-se em espaço privilegiado na mediação da promoção à saúde, essa referência no presente estudo aparece nos discursos de apenas duas mulheres. São diversas as suposições que podemos levantar quanto a essa pouca participação da unidade de saúde na promoção de ações preventivas relacionadas ao HIV/Aids.

Corroborando com esse cenário o estudo desenvolvido por Bozon e Heilborn (2006) que destaca que a frequência com que os serviços de saúde foram mencionados por mulheres jovens, como fonte de informação para o aprendizado de suas sexualidades, foi reduzida e que, entre três capitais brasileiras pesquisadas, o índice não ultrapassou os 17%. Os autores apontam ainda que a procura por aconselhamento nos serviços de saúde pelas mulheres ocorre após o início de sua vida reprodutiva, o que facilita a adoção de comportamentos de risco frente ao HIV/Aids.

Marques (2006) observou também, em sua pesquisa, que a maioria das mulheres entrevistadas nunca havia recebido orientação ou informação sobre aids nos serviços de saúde e que ainda desconhecia o oferecimento e desenvolvimento de práticas educativas por estes.

Quando pensam nas atitudes ainda presentes na assistência prestada às mulheres pelos profissionais de saúde, Padoin e Souza (2007) apontam que as atitudes destes são mediadas por um olhar fragmentado, descontextualizado, que insiste em representar a mulher como assexuada, reprodutora ou simplesmente uma nutriz. E, nesse aspecto, reforçam a aproximação da mulher com a possibilidade de se infectar pelo HIV.

Esse quadro dá margem à reflexão de que há um inexistente ou ineficaz diálogo intersetorial entre a escola e os serviços de saúde. Partimos da premissa de que uma das perspectivas possíveis para permitir e/ou ampliar a compreensão adequada sobre o fenômeno aids pelo segmento feminino deve primar pela aproximação entre as diversas instituições sociais que tenham como princípios a educação e a prevenção.

Toledo (2008, p. 70) ressalta que “a adoção de comportamentos protetores depende do grau e da qualidade das informações a que se tem acesso, bem como da disponibilidade de recursos materiais e sociais”. É, portanto, fundamental que para essas mulheres encontrarem em seu *lócus* oportunidades de acesso a espaços consistentes de escuta, troca de saberes, informações e reflexões acerca de suas sexualidades, bem como acesso a recursos materiais (p.ex. preservativo feminino), os atores com responsabilidade social pertencentes a um mesmo território precisam construir mecanismos de interlocução entre si, ampliando a possibilidade de inclusão dessas mulheres em uma vivência saudável e segura da sexualidade.

Nesse caso, percebemos que há uma parceria que se configura de maneira negligente entre os atores da escola e os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro onde a escola é situada, pois aquela não parece ser capaz de responder as necessidades de promoção à saúde desse grupo vulnerável.

A UBS situa-se nas proximidades da escola, o que nos levaria a imaginar que ações extramuros, principalmente no que se refere ao aspecto da promoção e prevenção, estivessem sendo realizadas em conjunto por esses profissionais que atuam nos cenários de atenção à saúde, já que esta se configura com uma das metas da Estratégia Saúde da Família. Como uma política de saúde do Estado brasileiro, essa estratégia prevê o desenvolvimento de ações e atividades voltadas para o estímulo à promoção e prevenção de agravos à saúde da população através da construção e fortalecimento da articulação entre as equipes de saúde da família e a comunidade escolar.

Outro aspecto a ser analisado se refere à formação dos profissionais de saúde, bem como dos docentes, a partir da qualificação em educação sexual. Trabalhar com questões relacionadas à sexualidade, mais especificamente entre adolescentes e jovens, é uma tarefa por vezes complexa que exige planejamento e execução de uma política pública municipal em consonância com a orientação da política nacional, mas que incorpore programas educativo-preventivos adaptados ao contexto local, que abarque a realidade sócio-econômica-cultural da população a ser atendida, a estrutura física e humana do serviço e, inclusive e primordialmente, a capacitação e preparação dos profissionais envolvidos na implantação e execução dos programas.

Conforme aponta Pedro (2006, p. 271):

“(…) programas de educação para a saúde, planejados e implementados sistematicamente tanto nas escolas, como nos locais de assistência (postos de saúde, ambulatórios, clínicas, hospitais), e também em comunidades, têm condições de despertar as pessoas para seu auto-cuidado e, principalmente, para o seu direito a cidadania, por meio de mudanças em seus estilos de vida.”

Assim, as transformações no conceito social sobre o HIV/Aids para as mulheres só acontecerão a partir do momento em que os profissionais da saúde e da educação, bem como sociedade civil organizada e o governo, também protagonistas deste processo, entenderem que, para promover educação sexual para o outro, é necessário romper com a fragmentação do conhecimento e enxergar a diversidade que compõe os mecanismos interrelacionais que são essenciais para o alcance de uma prática educativo-preventiva participativa, construtiva e problematizadora. Dessa forma, possa efetivamente promover a diminuição das desigualdades no acesso às informações e serviços e assim viabilizar a reversão dos quadros de exclusão social.

Outro aspecto evidenciado no discurso de uma das mulheres referente à procura pelo serviço de saúde é o que diz respeito à necessidade de ter acesso aos anticoncepcionais, e não para obter informações sobre HIV/Aids e formas de prevenção. Portanto, esse depoimento expressa que há o interesse em prevenir uma gravidez, mas não em prevenir-se de uma doença sexualmente transmissível, que como no caso da aids, é incurável e um fator de exclusão social para os que são afetados por ela. Esse fato vem reforçar, mais uma vez, a baixa ou ausente autopercepção de risco por parte dessas mulheres, já anteriormente discutida por nós como fator limitante ao exercício de uma relação afetivo-sexual segura.

Assim, com vista à promoção da saúde integral, bem-estar e desenvolvimento saudável dos sujeitos, de forma a reduzir os índices de morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais, é imprescindível que se estabeleçam e executem estratégias e ações que estejam em congruência com o princípio da integralidade, da multidisciplinaridade e integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (PIMENTA *et al.*, 2001).

Conforme pontuam Sachetto, Dalpra e Campissi (2003, p.32)

“O desafio da intersectorialidade exige uma nova concepção de se planejar, realizar e controlar a prestação de serviços o que altera toda articulação dos diversos segmentos da organização governamental. Uma nova teia de relações deve ser construída para viabilizar novas práticas. A descentralização envolve uma rede de articulações e parcerias construídas de forma inversa a tradicional, e a intersectorialidade exige que os componentes dessa rede interpenetrem, formando um novo tecido.”

Assim, objetivos definidos coletivamente através da articulação entre pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada as demandas e os desafios impostos pela dinâmica do HIV/Aids, mais especificamente no segmento feminino, constituem um meio de encontrar saídas para intervir na realidade social complexa e multifacetada.

Além da rede estabelecida entre os amigos, a escola, os profissionais da UBS, as mulheres desse estudo também colocam a família como orientadora no campo da promoção à saúde.

“Minha mãe conversa, ela é conversativa. (...) Sobre tudo, sobre doença, gravidez, minha mãe é bem liberada nesse ponto.” (Maria da Conceição)

Da mesma forma que os serviços de saúde, a presença da família nos depoimentos mostrou-se restrita. É na figura materna que essa mulher encontra respaldo para expor suas inquietações acerca de suas vivências e experiências no campo da sexualidade.

Em discursos referidos anteriormente, a mãe aparece como a única referência familiar que oportuniza um espaço para abertura de um diálogo, mesmo que este não signifique uma fonte imediata de informação correta. Porém, mesmo que possa sentir-se incapaz de fornecer o acolhimento adequado a seu filho por não deterem conhecimento suficiente sobre temas correlatos à sexualidade, a mãe o orienta a buscar os locais que ela acredita serem os mais apropriados para

instrumentalizá-lo para tomada de decisões afetivo-sexuais mais conscientes e protetoras. A escola, os serviços e profissionais de saúde são considerados pelos pais as mais importantes fontes de apoio na orientação sexual de seus filhos.

Perpetuou-se, ao longo da história da humanidade, que é a mulher que deve assumir o papel de orientadora e educadora do comportamento de seus filhos, recaindo sobre ela a responsabilidade sobre qualquer “desvio” que possa acontecer, seja no aspecto reprodutivo, da doença e da opção sexual. Os estudos de Bozon e Heilborn (2006), Castro, Abramovay e Silva (2004) e de Trindade (2001) apontam a mãe como a principal interlocutora de assuntos relacionados à sexualidade para jovens e adolescentes do sexo feminino.

Existem diferenças regionais significantes quanto à presença e/ou ausência do pai e da mãe na troca de informações sobre relações sexuais com seus filhos. Em algumas cidades do Brasil o papel da família é irrelevante quando se refere a esta como fonte de informação e orientação. Geralmente o pai é referenciado pelos filhos homens, sendo nula a sua participação no diálogo com suas filhas. Referem ainda que os discursos que tratam da esfera sexual acontecem mais nas famílias de classes mais privilegiadas socialmente (CAMARGO, BERTOLDO, 2006; BOZON, HEILBORN, 2006; CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004).

Nosso estudo vem corroborar os dados levantados pelos pesquisadores citados acima, pois, como podemos perceber, não houve a citação da figura paterna em nenhum depoimento, bem como a presença da família como fonte de informação foi pequena, o que acreditamos estar relacionado com à classe econômica baixa à qual pertencem nossas entrevistadas.

Ao considerar a importância da família para a promoção de uma educação sexual que tenha como premissa a prevenção, Pinto (2006) ressalta que a inclusão dos pais nos programas e atividades de prevenção desenvolvidos pela escola é imprescindível para que aqueles possam desenvolver habilidades e aumentar significativamente o grau de informação a respeito desse tema. E assim facilitar um aprendizado e compreensão acerca dos aspectos envolvidos com a sexualidade por parte de seus filhos de forma mais saudável e consciente.

Pensamos, portanto, que a família deveria ser a fonte primeira de informação, apoio e diálogo no campo da sexualidade, da promoção da saúde e suas interfaces com a prevenção de doenças. Porém, pode-se vislumbrar que

existem diversos fatores sociais e culturais que dificultam o estabelecimento e fortalecimento da relação pais-filhos nesse contexto.

A dificuldade em estabelecer esse vínculo pode ser motivada pela insegurança e incapacidade por parte dos pais de gerar informação correta e consistente aos seus filhos; diferenças geracionais conservadoras apoiadas em valores, princípios e regras; ausência de intimidade entre pais e filhos; crença por parte dos pais que dialogar sobre este tema é responsabilidade apenas da escola; tempo de permanência e convivência com os filhos reduzido ocasionado por uma lógica capitalista pautada no consumismo e individualismo.

5.3 MULHERES EM CENA: REPRESENTAÇÕES SOBRE O HIV/AIDS

Nesta categoria analisaremos as representações das mulheres sobre o HIV/Aids. Esta nos permitiu perceber o significado na vida dessas mulheres das siglas AIDS e HIV, a partir das informações geradas por elas acerca das relações desses termos com a morte, com o adoecimento e suas implicações físicas, bem com os mecanismos de transmissão e com os sentimentos que tecem suas tramas no emaranhado da realidade individual e coletiva percebida por essas mulheres. É oportuno ressaltar que essas representações têm sua origem a partir da incorporação dessa moléstia em suas vidas.

Nessa perspectiva, Azevedo *et al.* (2006, p.209) refere que:

“O estudo de fenômenos sociais, como a sexualidade e a aids, permite contemplar, pela teoria das Representações Sociais, não apenas os saberes científicos a este respeito, como também o conhecimento elaborado espontaneamente no convívio social, que determina o pensamento social e as condutas (...) diante deste fenômeno, no seu grupo de pertença e na sociedade de um modo geral. Neste sentido, verificaram-se contradições, similaridades, cognição, afeição, emoções, racionalidade e muitas outras condições que estão presentes no cotidiano (...), e que podem torná-las mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids.”

Ao romper com o silêncio e invisibilidade das nossas entrevistadas, ao compartilhar conosco suas histórias de vida, bem como as experiências e emoções vivenciadas em relação à sexualidade e ao HIV/Aids, podemos nos atentar para as representações que as conformam, apreendidas no contexto de suas vidas. É, portanto, através desses discursos que passamos a compreender como as representações sociais elaboradas por essas mulheres podem influenciar na dinâmica da doença para o grupo ao qual pertencem.

Pois como ressalta Oltramari (2003, p. 11):

“É importante entender, neste contexto da AIDS, como que os diferentes grupos vão constituindo as suas representações sociais, a partir de suas explicações do mundo. São exatamente estas explicações que vão dar sentido às práticas preventivas no cotidiano. Assim, partindo de algumas pesquisas, podemos compreender como estes grupos elaboram suas práticas preventivas a partir de suas representações sociais.”

Dessa forma, ao descortinar o modo como esses discursos se estabelecem e como estes influenciam na constituição e na construção dessas mulheres enquanto sujeitos portadores de uma identidade social, ideológica e política, nos asseguramos do desvelamento das “verdades” criadas no imaginário das mesmas. Essas “verdades” enunciadas nos aproximaram da reflexão de como as representações sociais delas as colocam frente aos desafios impostos pelo HIV/Aids, buscando compreender sua lógica de entendimento diante das inúmeras dimensões que compõem o contexto da epidemia em seu território local, relacionando-a às estratégias e táticas de enfrentamento e às possíveis variáveis de vulnerabilidade.

Giacomozzi (2004, p. 15) ao referir-se às representações para a compreensão da realidade dos sujeitos coloca que:

“A representação é mais que um reflexo da realidade, ela é uma entidade organizadora desta realidade, que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social,

determinando suas práticas. Além disso, ela orienta as ações e as interações sociais, pois determina um conjunto de antecipações e expectativas.”

Cumpra aqui ressaltar o valor da exposição das representações sociais dessas mulheres sobre a prevenção do HIV/Aids em seu contexto físico, simbólico e representacional de valores para que possamos contribuir na elucidação de suas limitações na adoção de uma prática sexual consciente das vulnerabilidades inerentes ao seu modo de vida e forma de organização social.

Como pontuam Gazzinelli *et al.* (2005, p. 205):

“(...) as representações sociais no seu conjunto não se reduzem a sistemas fechados definindo as práticas. Constituem, ao contrário, um conjunto aberto, heterogêneo, um campo de acordos e de conflitos – em relação a outros tipos de conhecimentos – que é continuamente refeito, ampliado, deslocado, transformado durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade.”

Diante da realidade organizada pelas representações dessas mulheres vislumbramos que, apesar dos trinta anos do surgimento da aids, entidade clínica que abalou e ainda impõe desafios às estruturas no campo da saúde, bem como suas interfaces com a educação, economia, política e as diferentes culturas, ainda persiste no universo simbólico dessas mulheres a representação da doença grave, que mata e limita.

Essas representações estão ainda fortemente presentes no universo das mulheres por nós entrevistadas, conforme as mensagens emitidas abaixo:

“Eu não sei nada, só sei que é uma doença e que muita gente pode morrer com ela.” (Maria da Penha)

“O vírus da aids ele... ele mata mais rápido” (Maria Angélica)

“É uma doença que deixa o seu sistema imunológico fraco, né? E qualquer coisinha que você pegar e dependendo do tempo que você tiver o HIV pode até te matar.” (Maria Laura)

“E a doença eu acho que detona a pessoa eu acho triste, sei lá.” (Maria Isabel)

Ancoradas nas representações por elas elaboradas, essas mulheres não são capazes de incorporar aos seus saberes os avanços no que tange ao tratamento da aids, que, com os medicamentos e o suporte social, jurídico e psicológico conquistados ao longo da convivência com a doença, não sinalizam o imediatismo da morte à qual elas associam prontamente os que são portadores do HIV.

A relação direta com a morte se traduz em emoções e sentimentos, ou seja, representações negativas da doença. Fazem emergir significados e qualificações marcadas pelo que há de mais temeroso para o homem, como medo, ameaça à vida, perigo, deteriorização física, estigma, finitude, fraqueza, tristeza, inferioridade, dor, sofrimento, isolamento, separação, solidão, etc. Em suas palavras, Kübler-Ross (2000, p. 6) esclarece que “a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si chama por recompensa ou castigo”.

Na mesma perspectiva, Sontag (2007) discute sobre o significado negativo atribuído à aids, doença que acomete os que merecem ser castigados por terem assumido hábitos “perigosos” diante da vida. A epidemia produziu o potencial simbólico da culpabilidade do indivíduo, interpretado como o irresponsável, o delinquente, o promíscuo que adota práticas sexuais divergentes do senso comum. A autora compara a trajetória da representação social da doença edificada no imaginário das pessoas ao da sífilis, que tal como a aids é uma doença de natureza infecciosa que afeta um grupo perigoso de pessoas “diferentes” (grifo da autora) com condutas sexuais moralmente criticadas e renegadas.

Krokosc (2005, p.28) refere que:

“(...) a aids tem seu histórico marcado por uma série de representações que favoreceram a reprodução e acentuação de preconceitos e estigmas. Como se não bastasse a noção de que a doença pode ser um castigo tributado ao pecador, a aids se institucionalizou com características associadas a outras doenças, mas inflacionadas pelos estereótipos e pela marginalização social”

É a doença que “muita gente pode morrer com ela”, mas não é capaz de reconhecê-la como uma possibilidade para si mesma, pois é a doença que atinge o outro. É o predomínio do mecanismo de negação, tão presente nas situações cujo desfecho é sinônimo de perda, morte e ausência. Mais uma vez o discurso dessas mulheres vem reforçar a inexistência da autopercepção de vulnerabilidade para o HIV/Aids.

Acreditamos que o fato de a aids ter sido socialmente elaborada a partir dos preceitos de promiscuidade, morte e marginalidade, dificulta ou mesmo impede que essas mulheres se reconheçam vulneráveis à doença, pois estariam associando-se a esses conceitos. Portanto, ao reconhecer que a transmissão do HIV pode ser possível em suas vidas, estariam identificando-se com o antigo denominado “grupo de risco”, porém ainda fortemente presente nos dias atuais no imaginário social.

Diversos são os estudos realizados que têm evidenciado esse mesmo tipo de resultado. Knauth (1999), Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999), Silva (2004) e Giacomozzi e Camargo (2004) também encontraram como resultado de suas pesquisas o imaginário construído no segmento feminino acerca da aids como doença do outro, algo distante de suas realidades e do seu cotidiano, além de associarem a doença com a morte e grupo de risco. De acordo com os autores, as mulheres apresentam um discurso impessoal, remetem ao outro a necessidade de conscientização e adoção de comportamentos protetores diante do fenômeno HIV/Aids.

Portanto, esses pensamentos construídos as induzem a perceberem-se imunes à doença, dificultando, ou mesmo impedindo o reconhecimento da vulnerabilidade à infecção como algo próximo.

Porém, Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999) ressaltam que mesmo as mulheres que reconhecem a aids como uma doença que pode atingir qualquer pessoa, independente de pertencer a qualquer grupo específico, não significou para elas perceberem-se sob o mesmo risco.

Outro aspecto que consideramos interessante ressaltar é o das campanhas realizadas no início da epidemia que tinham o medo como foco de suas ações. Foi através dessa proposta ameaçadora e terrorista que se reforçou no imaginário social a idéia de responsabilidade e culpabilização individual. Esta conduta adotada pelo governo e pela mídia demonstrou com o passar dos anos o fracasso desse enfoque para que condutas protetoras fossem assumidas pelos indivíduos frente ao HIV, já

que o número de infectados se mostrou cada vez mais crescente com o passar dos anos (ROCHA, 1999; AYRES, 2002).

O recorte das entrevistas a seguir traz uma representação que coloca a aids como uma doença grave, que limita, que não tem cura, que fragiliza e que causa transformações estigmatizantes e estereotipadas no corpo físico:

“O cabelo começa a cair, a pessoa começa mudar de cor, só sei isso.” (Maria José)

“Eu sei que é uma doença. Uma doença que não tem cura. Eles falam que a pessoa seca, né! Vai emagrecendo, mas tem tantas pessoas aí que tem e a gente nem sabe que tem. Que vive a vida normalmente. Não sei muita, muita coisa não. Só sei que é uma doença que não tem cura.” (Maria Eduarda)

“Aliás, agora eu fiquei sabendo, nem é, tipo assim, é um vírus que qualquer imunidade que a pessoa tem, qualquer fraqueza aí vem a coisa, mas é só isso que eu sei, né! (...) É, a pessoa tem o vírus, vamos supor tem o vírus aí qualquer outro tipo de doença, como a gripe, uma infecção que a pessoa tem aí aquilo aproveita da fragilidade por causa do vírus.” (Maria Luiza)

“A doença eu não sei muito não.(...) Eu sei que ela faz a pessoa emagrecer muito(...) Ééé, algumas pessoas saem com feridas, e tem pessoas que ficam até internadas por causa disso.” (Maria Angélica)

“Eu sei que é uma doença sexualmente transmissível, não tem cura, não sei se já tem. Fiquei sabendo que não tem cura. (...) E diz que quem tem mais facilidade de pegar são as mulheres.” (Maria Célia)

Esses resultados corroboram com o estudo de Oltramari e Camargo (2004), Borges e Medeiros (2004) e Saldanha (2003) que encontraram representações semelhantes elaboradas por suas entrevistadas quando estas remetem à aids o significado de doença fatal, que maltrata e causa sofrimento, marcada por características estereotipadas, como emagrecimento acentuado e perda de cabelo.

Em uma das falas encontra-se a elaboração da representação de que as mulheres são mais suscetíveis a aids. Porém, a entrevistada não é capaz de

detalhar quais seriam as causas dessa maior vulnerabilidade quando comparada ao homem. É o que ela ouve falar, o que diz o senso comum.

Dentre as mulheres, destacamos que algumas elaboram representações sobre a maneira como ocorre a contaminação pelo HIV. Segundo relatos é através do sangue contaminado e da relação sexual:

“Não sei de nada! (...). A doença eles fala que é “pegado” pelo sangue, agora isso eu não sei.” (Maria Aparecida)

“Eu só sei que pega, a doença vem pelo sangue, vem do sangue” (Maria José)

“Então, eu só sei que é através da relação. Por isso que eu te perguntei do beijo, se tem alguma coisa haver também. Mas como transmite assim, diz que se o homem for lá sem camisinha, acho que também através do sangue, né? A pessoa machuca, aí se a outra for lá e encostar a mão no sangue, já pega já (...). É através do sangue ... eu acho que é só através do sangue e da relação lá.” (Maria Eduarda)

“...sobre a AIDS eu lembro assim, eu sei que é transmitida sexualmente, né, sem usar camisinha.” (Maria de Fátima)

“Eu sei que é uma doença que é transmitida através do sangue, né! (...) É através de relação sexual, né.” (Maria Luiza)

“Na relação sexual sem camisinha, sem proteção, ééé... sexo oral... ah, acho que só isso, só isso, acho que é só isso mesmo.” (Maria Angélica)

“O HIV é uma doença sexualmente transmissível, ela vem através do sexo” (Maria Antônia)

“Eu sei que é uma doença transmissível pelo sexo. Que pra não adquirir essa doença a pessoa precisa se cuidar.” (Maria do Socorro)

“Eu sei que a gente pega isso no ato sexual, transfusão de sangue, contatos assim... e o que eu ouço bastante falar!” (Maria de Nazaré)

“Que a aids pode ser contaminada por doenças sexualmente transmissíveis (...) Ela é especialmente transmitida pelo contato mesmo com o sangue ou em quem teve relação.” (Maria Augusta)

“O vírus eu sei que é transmitido através de relação sexual, (...) através do sangue, né! (...) Relação sexual sem prevenção”.
(Maria Laura)

“Assim, quando você tem uma relação com uma pessoa que tem, aí passa pra você. Só isso que eu me lembro.” (Maria Carmem)

“O vírus ele é pegado pela relação, né?” (Maria Isabel)

“Aids é a doença, né? (...) É uma doença (...) Transmitível pelo sexo (...) Ahhh, o que vem na minha cabeça é só isso mesmo, mas tem várias coisa, né? Tem mais coisas... que se pega.”
(Maria Rosa)

Destaca-se nas representações apresentadas que essas mulheres revelam um conhecimento acerca das formas de transmissão ainda incompleto, incapaz de lhes assegurarem uma conduta consciente diante das diversas vulnerabilidades que se apresentam no cotidiano. Centralizam no sangue e na relação sexual a possibilidade de transmissão do HIV.

A presença do sangue nos discursos é mais marcante que a relação sexual, aspecto que suscita inquietação e preocupação, pois sabemos que o sangue, apesar de se constituir em um meio de contágio, nunca se configurou como o principal veículo de transmissão do vírus, tanto no universo feminino quanto no masculino.

Barbosa (2002), em relação à transmissão via sanguínea, observa que ocorreu um declínio significativo da sua participação no total de casos. Isso se deve ao fato de que as ações públicas voltadas para a orientação e esclarecimento dos usuários de drogas quanto aos perigos intrínsecos ao uso comunitário de agulhas e seringas, adicionado ao controle sistemático e regulamentação da atividade hemoterápica no país, impactaram positivamente para o alcance dessa reduzida estatística.

Como já demonstrado em capítulos anteriores por dados nacionais e internacionais, é através do ato sexual desprotegido que a mulher mais se expõe ao risco de contrair o HIV. E a ausência dessa percepção em quase todas as representações das mulheres deste estudo aponta para a permanência no nosso país de bolsões populacionais que vivenciam a exclusão educacional e social.

Quando citam a relação sexual, é de uma forma vaga, limitada e pouco elaborada, não sendo capazes de reconhecer as especificidades desse mecanismo de transmissão. O ato sexual para essas mulheres, quando significa uma possibilidade de contato com o HIV, é representado pela maioria pelo sexo vaginal.

Estudo recente sobre o comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres no Brasil revelou, em inquérito realizado em 2005, que 57,3% das mulheres entrevistadas relataram o sexo vaginal com prática exclusiva, demonstrando a predominância dessa prática nesse segmento (BARBOSA, KOYAMA, 2008).

Ao serem indagadas a detalhar sobre essa questão, as entrevistadas se mostraram relutantes, dizendo não saberem mais nada e que achavam que era só “aquilo” mesmo. Assumem que não possuem a compreensão das diferenças entre o sexo oral, vaginal e anal, e se uma dessas práticas é mais ou menos suscetível à contaminação. Apenas em um relato, o sexo oral aparece como uma via de transmissão da aids.

Essa análise corrobora com o estudo de Antunes (1999) que, em seus resultados aponta que as mulheres jovens, quando comparadas com os homens, apresentaram índice de acerto significativamente inferior quando questionadas sobre o conhecimento das formas de sexo, principalmente o sexo anal. Ressalta que, no imaginário feminino, o sexo anal é significado como proibido, portanto há pouco conhecimento sobre essa prática.

Podemos apreender que, embora a realização do estudo supra-referenciado já decorra onze anos, ainda nos deparamos com um quadro semelhante de desinformação do assunto em tela no grupo feminino. O que acreditávamos ter sido sepultado (ou em vias de) com o movimento feminista (defesa da liberdade sexual e reprodutiva), os avanços nas políticas públicas específicas para a mulher e os programas de incentivo à educação preventiva nos ambientes de ensino de todo o país, ainda insiste em sobreviver.

A percepção de que essas mulheres ignoram alguns meios de contaminação da aids, bem como suas especificidades, nos permite inferir que o nível de informação e conhecimento delas sobre o tema é parco, superficial e em algumas situações contraditórios. Esse quadro demonstra que se perpetua no contexto das nossas entrevistadas um acesso reduzido aos programas, estratégias e atividades educativas no que concerne à prevenção e ao aprendizado do autocuidado ao

HIV/Aids. E nessa perspectiva Romero *et al.* (2007) ressaltam que a desinformação é uma das responsáveis pela adoção de comportamentos sexuais desprotegidos.

Em contrapartida, três mulheres, quando pensam na relação sexual como um meio de transmissão, associam-na ao uso do preservativo, significando para elas que o sexo sem proteção é o que remete ao risco. Indicam, portanto, uma representação sobre a relação sexual enquanto uma prática de vulnerabilidade quando realizada sem camisinha.

Outra representação evidenciada é a de que o HIV pode ser transmitido pelo compartilhamento de seringas contaminadas, isto é, entre usuários de drogas injetáveis.

“Tem, através de injeções, injetando drogas também.” (Maria de Fátima)

“...que eu conheço assim, de injeção, negócio de drogas, né?” (Maria Maria)

“Compartilhando, você compartilhar seringa.” (Maria Angélica)

“...de seringa, porque muitas vezes quem usa drogas compartilham, essas coisas.” (Maria Laura)

Foi positivo encontrar, em algumas das falas, a presença dessa representação, pois lhes assegura um fator de proteção caso venham em algum momento de suas vidas se deparar com essa realidade. Mas, é claro, que ter informação não significa assumi-la como sua verdade.

É, portanto, imprescindível que projetos e atividades de prevenção planejadas para esse grupo incluam em suas discussões e análise a questão do uso de drogas para ampliar a percepção de risco dessas mulheres.

Além dos aspectos acima destacados, outra dimensão a ser observada é que algumas mulheres elaboram representações de que o beijo pode ser um veículo de transmissão, como pode ser evidenciado nos enunciados abaixo:

“Não, muita gente fala que se beijar pega, mas muita gente fala que beijar não pega, agora em si é que eu não sei.” (Maria Aparecida)

“O que eu sei é que se beijar, se tiver cárie pega.” (Maria Maria)

O que observamos em uma dessas falas, e que também aparece em outras acima referenciadas, é que algumas mulheres não apresentam uma certeza, uma verdade elaborada acerca do tema abordado. Elas ouvem falar, e, portanto, não estão certas de que isso possa realmente se constituir em uma verdade que as colocaria em uma situação real de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Este fato gera sentimentos de incertezas, angústias e inseguranças que ampliam ainda mais a exposição dessas mulheres ao contágio do HIV.

O beijo, enquanto elemento sedutor no componente das atividades sexuais, encontra-se enraizado no imaginário coletivo como um meio de transmissão do HIV. Nem os avanços científicos, divulgados maciçamente pela mídia e programas educativo-preventivos promovidos pelas políticas públicas, conseguiram eliminar do pensamento do senso comum a idéia de que beijar ainda é um risco, uma arma que pode levar à morbidade.

A análise dos depoimentos demonstra que poucas dessas mulheres elaboram representações acerca de como não se transmite a aids, como os trechos elencados a seguir:

“Eu acho que assim, abraçar não tem nada haver não! O suor acho que também não tem nada haver não! (Maria Eduarda)

“Negócio de copo, você pode beber no mesmo copo que não pega. Pegar as coisas que não pega. É, tipo pegar a caneta da mão da pessoa que tá não tem problema.” (Maria Maria)

“...ela não pega através da saliva. A não ser assim que eu tenha aids e eu to ficando com uma pessoa e essa pessoa tem um machucado na boca e eu também, basicamente é isso. Pouco ou nada que sei mesmo.” (Maria Antônia)

“E ela assim não pega pelo beijo, um abraço ou um aperto de mão.” (Maria Augusta)

Enquanto que, para algumas das entrevistadas, o beijo representa um risco de contaminação, para outras não se configura como tal. Porém não o liberam totalmente dessa possibilidade, quando dizem que uma ferida presente na cavidade oral pode ser uma porta de entrada para o HIV, que seria transmitido através da saliva durante o beijo.

O abraço, o compartilhamento de talheres e copos, o aperto de mão, o suor e o contato com a mão (desde que a pele esteja íntegra) com objetos que tenham tido contato com soropositivos não representam para algumas de nossas entrevistadas um risco de contaminação ao HIV.

Porém, ao mesmo tempo em que, para algumas dessas mulheres, o compartilhamento de copos e talheres não representa um risco de contrair o HIV, para uma delas representa exatamente o contrário, como aponta o relato a seguir:

“A aids é uma coisa que ela pega, se aquela pessoa beber no mesmo copo que aquela ali bebeu, dali ela já tá contraindo o vírus. Assim, eu bebo e dou o copo pra aquela pessoa, se eu pegar eu mesmo que vou tá contraindo. Não vai ser ela. Vai ser eu. Se eu comer com uma colher que uma pessoa que tá com a mesma doença, o vírus vai pegar em mim e não nela. Porque ela já tá doente, e eu mesmo que vou contrair.” (Maria Cristina)

Esse antagonismo presente nas falas nos permite inferir que as representações sociais presentes nesse grupo acerca de como se transmite e não se transmite o HIV estão sendo elaboradas de forma divergente e incoerente, caracterizadas por um acesso ao conhecimento e à informação sobre a temática de forma desigual e fragmentada. É a constatação de que a exclusão social ainda está presente nos diferentes contextos femininos.

Estudo realizado por Romero *et al.* (2007) com adolescentes do sexo feminino da zona rural e urbana encontrou representações em mais de 10% dos depoimentos de que picadas de insetos, piscinas, banheiras, banheiros públicos, toque em superfícies contaminadas e aperto de mãos são formas de contágio do HIV. Não houve diferença entre as áreas no que tange às formas de contaminação e ao percentual encontrado, demonstrando que as informações estão sendo geradas incorretamente em ambos os contextos.

Esse resultado, corroborado pelos depoimentos das mulheres do nosso estudo, denota que ainda se encontram presentes nos diferentes cenários brasileiros conhecimentos errôneos e distorcidos com relação às formas de contaminação quando comparados com os conhecimentos técnico-científicos divulgados pelos veículos de educação e informação acerca de como não se transmite a aids.

A permanência dessas representações inviabiliza a redução das vulnerabilidades à contaminação pelo HIV/Aids pelas mulheres.

Há, entretanto, duas depoentes que não demonstram nenhum interesse pelo tema. Para elas, dialogar e compartilhar saberes sobre o HIV/Aids não representa um assunto que ocupa um lugar de relevância no seu cotidiano afetivo-sexual.

“Nossa eu não sei nada!(...) Não, já li, mas nunca guardei, não dei importância muito.” (Maria da Conceição)

“Sobre essas doenças assim eu não me interesse muito a saber não, mas quando vem essas pessoas assim de fora pra falar, a gente é obrigado a escutar, né! A última vez que eu ouvi falar sobre isso eles deram um papelzinho pra gente falando, aí lá tinha tudo que ocorre, o que acontece. Aí mostrando os órgãos feridos. Essas coisas assim.” (Maria Carmem)

Essas duas mulheres ancoram a aids ao irrelevante, algo que não tem importância, valor e significado em suas vidas. Esta representação leva a supor que essas mulheres não se reconhecem vulneráveis ao HIV, que a constante iminência do contato com o vírus é algo que não pertence a sua realidade, ao seu grupo de pertença. Estão cansadas pela forma e metodologia utilizadas para a abordagem desse tema, o que as distancia ainda mais do interesse pelo assunto.

As opiniões que emergiram dessas falas demonstram a importância e a urgência em se criar e estabelecer novas formas de ensino dos aspectos e dimensões envolvidas com o HIV/Aids, para que, através de ações criativas, comprometidas e interativas, promova-se o acesso às informações e saberes de forma igual, transformadora e empoderadora em prol da prevenção e preservação da saúde afetivo-sexual. Pois, entendemos que incorporar a representação de que a aids significa um risco à saúde, quando da vivência de relações afetivo-sexuais, está diretamente associada aos mecanismos de informação e educação sexual.

Outro fator constatado, que aparece apenas em uma das falas das entrevistadas, é que a discriminação representa algo marcante no fenômeno da aids:

“E o que eu prego, seria assim um ato contra a discriminação, sabe? Em contatos comuns não pega isso, então não tem porque discriminar. É o quê a gente vê mais comum mesmo. Que eu sei o básico, né!” (Maria de Nazaré)

O sentido atribuído por essa mulher ao comportamento da maioria das pessoas com os soropositivos é o do preconceito, da exclusão, da segregação. Expressa, em suas palavras, que não compreende a representação discriminatória elaborada pelo senso comum, já que as informações de que o convívio “comum” (beijos, abraços, aperto de mão, compartilhamento de materiais inanimados, etc.) não transmitem aids estão postas para a coletividade.

Galinkin *et al.* (2007) referem em seu estudo que enfrentar o preconceito é uma consequência social para as pessoas que contraem a aids, e que estas sofrem principalmente com esse fato devido ao despreparo da sociedade para lidar com essa enfermidade.

Ficou enraizado no senso comum que conviver com os soropositivos representa um risco à contaminação pelo HIV. Pensamos que este despreparo pode estar diretamente relacionado à conduta assumida pelos profissionais da saúde desde o surgimento da epidemia. Estes podem ter uma parcela de culpa significativa na solidificação desse comportamento pela grande maioria das pessoas ao reproduzir no seu cuidado destinado aos usuários dos serviços de saúde uma postura estigmatizante e discriminatória com pessoas que adotam, segundo seus próprios critérios e julgamento, posturas sexuais e comportamentais consideradas de risco ao HIV/Aids.

Os avanços técnico-científicos, ao longo desse tempo de convívio com a aids, não foram capazes de provocar uma transformação nas representações sociais desses atores que pudesse erradicar completamente esses comportamentos do seu fazer cotidiano.

Seguindo a mesma linha de pensamento ao apontar o raciocínio discriminatório assumido pelos profissionais de saúde quando culpabilizam e responsabilizam o doente de aids pela sua doença, através da reprovação moral do

hábito que conduziu ao fato, Villela (1999) destaca o quão nefasto essa lógica foi para o enfrentamento da epidemia. Esse fato fez com que posturas racionais e técnicas adotadas diante da aids fossem retardadas

Diante das representações encontradas no universo das nossas entrevistadas, podemos sublinhar que a identidade dessas mulheres ganha contorno no complexo e diversificado jogo das relações sociais na medida em que se ajustam às regras, aos valores, às normas e às formas de pensar e viver sua cultura.

5.4 PENSANDO E FAZENDO PREVENÇÃO: MULHERES REDUZINDO A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

Nesta categoria, passaremos a analisar as representações elaboradas pelas mulheres sobre as medidas de proteção ao vírus HIV, e que desse modo repercutem na redução da vulnerabilidade ao mesmo. Assim os recortes das entrevistas a seguir mostram que o preservativo constitui-se em uma barreira importante de redução da vulnerabilidade ao HIV:

“Tem que usar camisinha, né? (...) Eu uso só a camisinha, mas esses outros negócios, se tem outras coisas eu não sei pra doença.” (Maria Aparecida)

“Me previno... Com camisinha.” (Maria José)

“Que tá mais ao alcance da gente é a camisinha mesmo, né!” (Maria Luiza)

“(...) como preveni assim eu sei, usando preservativo, é ter um parceiro só.” (Maria Fernanda)

“Usando camisinha. Aqui no Brasil é só camisinha.” (Maria Célia)

“Camisinha, preservativo (...) porque nem vacina tem ainda, né?” (Maria Laura)

“Eu acho que é usando a camisinha, né!” (Maria Carmem)

“A contaminação pelo vírus eu acho que o principal é a camisinha, né! (...) Eu acho que é só a camisinha. Eu acho que é só a camisinha sim.” (Maria Isabel)

É no preservativo masculino que nossas entrevistadas centralizam a idéia de prevenção ao HIV. Ele representa para elas o único e/ou principal mecanismo capaz de impedir que a aids passe a fazer parte de suas vidas. Não conseguem elaborar outros meios de prevenção. Se existem, elas não sabem dizer, não conhecem. Prevalece o uso do preservativo masculino, demonstrando uma associação coerente com os relatos sobre o mecanismo de transmissão do HIV via contato sexual intensamente presente nas representações das nossas entrevistadas.

Podemos inferir que essas mulheres percebem que a responsabilidade pelo enfrentamento da doença e do contágio ao HIV é individual, instituído pelo cuidado-preventivo através do uso do preservativo masculino.

Contudo, uma das mulheres também reconhece na atividade sexual praticada com parceiro fixo uma via de prevenção.

Em pesquisa realizada com mulheres, Fernandes *et al.* (2000) encontra apenas 11% de referência ao parceiro fixo como fator de proteção contra a aids e outras DST. Esse resultado corrobora a baixa percepção por parte das nossas entrevistadas de que praticar relações sexuais com um único parceiro contribuiu para reduzir o risco de se contaminar com o HIV.

Isso evidencia que a representação de que a liberdade na escolha do número de parceiros sexuais também é direito assegurado às mulheres. Acreditamos que essa “conquista” no campo da igualdade de direito entre os gêneros está diretamente relacionada, juntamente com outros fatores, à iniciação sexual precoce entre as mulheres.

Sabe-se que hoje a iniciação sexual feminina acontece cada vez mais precocemente, o que amplia a vulnerabilidade à aquisição de DST e aids, e, conseqüentemente, a necessidade de dar ênfase às ações de prevenção e promoção da saúde sexual para esse segmento (BRASILc, 2008; BRASIL, 2003).

Sobre esse aspecto, Cunha (2006, p. 90) reflete que:

“(...) o que a redução na idade declarada de iniciação sexual pode estar de fato refletindo é uma mudança em direção ao exercício mais autodeterminado e pleno da sexualidade feminina. Nesse caso, essa nova maneira de vivenciar a sexualidade estaria ocorrendo juntamente com o que parece ser um processo de relativização da virgindade como pré-requisito para o matrimônio e/ou para que a mulher não tenha a sua moralidade questionada”

É importante destacar a citação de que no Brasil o preservativo masculino representa a única forma de prevenção disponível. Essa mulher elabora o pensamento de que fora do país estão disponibilizados às pessoas outros insumos de prevenção ao HIV/Aids que não apenas o preservativo masculino.

Isso nos leva à reflexão de qual seria o fator motivacional a essa representação. Pensamos que essa mulher associa essa ausência de outros mecanismos de proteção à condição sócio-econômica inferior do Brasil, que, apesar de todas as conquistas nesse campo nas últimas duas décadas, quando comparado a outros países, ainda é considerado no cenário mundial um país subdesenvolvido. Significa que para ela onde há melhores condições de acesso aos bens de consumo, a mulher pode ter alternativas de prevenção, ao invés de ficar restrita ao uso do preservativo masculino.

Cabe aqui ressaltar que em nenhum depoimento a camisinha feminina aparece como mecanismo de proteção ao HIV/Aids. Na verdade, esse método de barreira não pertence ao universo das representações dessas mulheres, pois a grande maioria nunca tinha ouvido falar em sua existência, além de todas nunca terem tido contato com ela.

Esse quadro abre espaço para refletirmos acerca das atuais políticas públicas voltadas para as mulheres que não têm lhes garantido uma ampliação do acesso aos insumos disponíveis no mercado ao combate ao HIV/Aids e outras DST.

Hoje, o condom feminino representa para as mulheres um maior controle e autonomia sobre seus corpos, além de lhes conferirem proteção a uma possível infecção pela via sexual. É a oportunidade de decidir pelo uso do preservativo, sem depender da vontade única e exclusiva do seu parceiro. Permite, portanto, que a mulher tenha o controle, já que pode ser inserido com oito horas de antecedência ao intercurso. Além de apresentar uma vantagem quanto ao aspecto físico por ser mais resistente que o preservativo masculino, o poliuretano tem menos probabilidade de

se romper ou fender em comparação com o látex, substância utilizada na maior parte dos preservativos masculinos, e causar menos reações alérgicas. (ONUSIDA, 1998).

É, portanto, imperativo que sejam criadas estratégias que tornem mais acessível o preservativo feminino para as mulheres em seus diferentes contextos, seja no âmbito público ou privado, através da disponibilização gratuita nos serviços públicos e da redução do preço para quem opta por comprá-lo. Entretanto, mesmo com a implementação dessas estratégias, serão necessárias campanhas e programas educativos para as mulheres sobre o seu uso e suas vantagens, aliadas à formação dos profissionais da saúde e educação para que sejam capazes de introduzir essa temática em suas abordagens de forma positiva e transformadora.

Tomando como motivação essa realidade de desconhecimento, não esperamos pelo término da pesquisa, e conseqüentemente a devolutiva dos resultados à escola, para mostrar as nossas entrevistadas o preservativo feminino e ensiná-las a técnica de uso. Aproveitamos o momento para também rever com elas a correta técnica de uso do preservativo masculino.

A menção à vacina surge como uma representação de proteção ao HIV por uma das entrevistadas, mas ela o reconhece como um método ainda não disponível. Essa restrita citação permite-nos inferir que essa representação não encontra espaço de significação no universo dessas mulheres. É algo distante, não-pertencente aos diálogos, conversas e discussões estabelecidos.

Os profissionais de saúde também representam para uma dessas mulheres um veículo capaz de lhe assegurar, através de orientações e informações, uma redução da vulnerabilidade ao HIV, como se evidencia no depoimento a seguir:

“A gente tem que pedir uma orientação ao médico sobre como não pegar esse vírus.” (Maria Cristina)

Denota-se, porém, que ainda está centrada na figura do médico a responsabilidade pelas ações educativas e informativas. É a representação social histórica de que o médico é o detentor do saber sobre temas relacionados ao processo saúde-doença. Essa mulher não consegue reconhecer em outros profissionais, seja da área da saúde ou da educação, um caminho para ampliar seu

conhecimento, e neste sentido, transformar e modificar suas condutas para um viver sexual saudável e menos vulnerável ao risco de exposição ao HIV.

Romero *et al.* (2007) também apresentou como resultado de sua pesquisa uma baixa frequência nos relatos pela busca de conhecimento com profissionais da área da saúde, na qual, das 13 entrevistadas, apenas 3 fizeram referência a essa fonte de informação sobre sexualidade. Os autores concluem que os fatores que podem explicar essa situação são: a carência de profissionais que atuem com a comunidade local acerca dessa temática; o fato de os próprios sujeitos não saberem que podem procurar os serviços de saúde para tirar suas dúvidas sobre sexualidade; e pela dificuldade que o profissional de saúde apresenta em abordar questões pertinentes à sexualidade, além de não acreditar que isso faça parte de seu trabalho.

Diante dessas possibilidades aventadas, acreditamos que é preciso trabalhar concomitantemente com os profissionais da saúde e da educação sobre sua função enquanto fontes de ensino-aprendizado dos aspectos relacionados à vivência da sexualidade, para que assumam suas responsabilidades perante a população feminina de modo a reduzir suas vulnerabilidades ao HIV/Aids.

O preservativo masculino aparece como o principal mecanismo de prevenção nas representações das mulheres. Mas o fato de ele aparecer no discurso não garante o seu uso consistente e contínuo por parte de quem faz apologia a essa prática, como ilustrado no depoimento a seguir:

“Só de vez em quando... Só a camisinha.” (Maria da Penha)

“O método mais certamente é a camisinha. (...) Porque tem momentos assim, se ele tá naquela vontade daí a gente esquece, nem sempre ele tá na carteira.” (Maria Augusta)

Sobre a adoção do preservativo masculino nas relações sexuais pelas mulheres Fernandes *et al.* (2000, p.110) elaboram a seguinte análise:

“As mulheres sabem para que serve a camisinha e, apesar de conhecerem sua principal função – a de evitar doenças – (...), seu antecedente de uso e o uso atual é baixo (...). Isso denota,

mais uma vez, que as mulheres sentem-se seguras e não vulneráveis a adquirir doenças, ou que sentem o risco muito distante delas.”

Os mesmos autores destacam o quão importante é para o âmbito da saúde coletiva trabalhar com essa percepção errônea das mulheres de não se reconhecerem vulneráveis à aids, principalmente entre as jovens, que provavelmente exercitarão a sexualidade com maior número de parceiros antes de atingirem a idade adulta (FERNANDES *et al.*, 2000).

Foi marcante nos depararmos com discursos elaborados por duas de nossas entrevistadas cujo relato responsabiliza o parceiro pela decisão do uso ou não do preservativo. A decisão se estabelece de forma unilateral. Cabe, portanto, ao homem decidir sobre sua utilização. Não há negociação. Usar ou não é desejo único e exclusivo do companheiro.

“E camisinha ele não usa. Ele odeia camisinha (...) Eu usei uma vez, mas mesmo assim a gente não terminou. A gente começou a usar daí não deu em nada, ele não gostou e a gente jogou fora. (...) Eu até briguei com ele esses dias e falei que só ia transar com ele com camisinha, sem camisinha eu não transo. Aí ele correu o guarda-roupa pra vê se achava uma camisinha e achou uma lá de 2004/2005... Só que a gente não usou não... Sem de novo.” (Maria Célia)

“Quem mais usa é ele, agora eu não (...) mas assim, eu fico com medo, né... por causa disso... porque na hora assim, eu fico meio insegura por causa disso... por causa de acontecer alguma coisa (...) É que às vezes não é eu, às vezes é ele (...) Cobro, eu falo. (...) Ah, ele, ele... a desculpa que ele fala que incomoda, a camisinha incomoda. Mas eu já falei pra ele que, que se não a camisinha também não vou (...) mas no fundo no fundo também fico com medo, entendeu? (Maria Rosa)

Elas até tentam negociar e dialogar sobre a possibilidade de praticarem atos sexuais com preservativo, mas são tentativas e cobranças tímidas e infrutíferas. Delegam ao parceiro a responsabilidade pela manutenção de um corpo físico saudável, livre de qualquer agente externo que possa romper com essa estabilidade

já que, em última instância, o uso do preservativo nos intercursos sexuais é decidido pelo homem.

Acerca da representação do preservativo no universo feminino, Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999, p. 377) relatam que:

“O preservativo é ainda um sinônimo de desconfiança no relacionamento, e para se demonstrar que uma relação é séria, ou então, que existe amor na relação, não se deve usá-lo, pois isso seria o mesmo que acusar o parceiro de infidelidade.”

Quando o medo, a insegurança e recusa da prática de sexo sem preservativo se manifestam nessas relações de risco, demonstram que a infidelidade está presente nos pensamentos dessas mulheres, porém de forma velada, não assumida, como se isso as levasse a assumir essa possibilidade em seus relacionamentos. Pois, como esclarecem Selli e Chechin (2005, p. 356), “o medo, quando reconhecido, obriga a defrontar-se com os porquês, processo que mobiliza desmascaramento de certos estereótipos”.

As mesmas autoras pontuam que desvelar a infidelidade do parceiro significa para as mulheres assumir uma situação de desvantagem socialmente construída nas relações de gênero. E que esta situação é representada por uma postura de silêncio, visivelmente mascarada pelas mulheres.

Porém, diante da insistência do parceiro para praticar o ato sexual desprotegido, ela acaba cedendo e satisfazendo sua vontade, mesmo se sentindo insegura, amedrontada e internamente ciente do risco assumido. Isto se deve principalmente à dificuldade de as mulheres assumirem posturas firmes na utilização do preservativo, revelando mais uma vez seu baixo poder de negociação de estratégias de prevenção frente ao HIV/Aids.

Desconfiar estar sob risco e, mesmo assim não decidir pelo uso do preservativo, revela um sentimento de impotência e submissão diante do desejo do parceiro. Pois como pontuam Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999, p. 377) mulheres, mesmo conscientes da necessidade de práticas de saúde mais sensatas, não conseguem executá-las, pois “o nível de comunicação sobre sexualidade e sua prática se resume a papéis definidos socialmente e que devem ser aceitos sem

questionamentos, não sendo, portanto, nunca discutidos e definidos individualmente”.

Nessa mesma perspectiva Saldanha (2003, p. 116) ressalta que:

“(...) estratégias de passividade e submissão utilizadas por estas mulheres, como estratégia de sobrevivência, atuam como obstáculo para o questionamento, que seria o único meio capaz de reverter esta ideologia que naturaliza e impede a transformação.”

Estudo realizado por Antunes *et al.* (2002) indicou que as mulheres apresentam maior dificuldade para negociar o uso do preservativo e vergonha de falar para o parceiro sobre as práticas que lhes dão mais prazer, além de associarem com maior frequência o sexo com amor. Porém, após a participação em oficinas, que abordaram sobre o corpo erótico/reprodutivo e provocaram discussões sobre papéis de gêneros, as mulheres passaram a fazer uso mais consistente do preservativo com parceiros casuais, com parceiros que elas julgavam não ser monogâmicos e em relações anais com parceiros regulares.

Este estudo vem demonstrar que intervenções e atividades de cunho educativo, que valorizem as diferenças entre os gêneros acerca de suas representações e percepções sobre o sexo são eficazes e promotoras de uma ampliação na capacidade das mulheres em negociar práticas sexuais seguras e desmitificar as dificuldades sobre o uso do preservativo.

Existe ainda nesse grupo de mulheres aquela que traz o anticoncepcional oral como uma possível maneira de redução da vulnerabilidade ao contágio ao HIV:

“Ah, usar camisinha, ou vc tomar remédio (...) Se prevenir pronto.” (Maria Rosa)

É preocupante, em termos de saúde coletiva, ainda encontrarmos mulheres que elaboram representações de que o anticoncepcional garante a prevenção à aids. A crença nesse mecanismo vem reafirmar que há um contrassenso entre o que

se construiu em termos de programas de educação e prevenção ao HIV/Aids e a forma com que as informações estão sendo geradas e absorvidas nos diferentes contextos de vulnerabilidades femininas.

Denota-se que trabalhar aspectos educacionais de prevenção, principalmente nas dimensões de aprendizado e comportamento, requer um esforço coletivo, porém localizado e adequado às diferentes necessidades e culturas.

O não-compartilhamento de seringas contaminadas entre usuários de drogas injetáveis também significa para essas mulheres mecanismo de proteção ao HIV/Aids, como podemos perceber nas seguintes falas:

“... caso de pessoas que usa drogas, não usar a mesma seringa, né!” (Maria de Fátima)

“E também assim, por exemplo, igual eu to te falando, através do sangue, pra gente ter muito cuidado assim, negócio de seringa descartável, usar seringa descartável, essas coisas, né!” (Maria Luiza)

“É tipo assim, no caso dos usuários de drogas, não dividir as seringas... teria que ser bem particulares.” (Maria de Nazaré)

Algumas representam o casamento como um meio que assegura a proteção à contaminação pelo HIV, sendo necessário apenas o uso de anticoncepcional para prevenir gravidezes indesejadas:

“Quando eu era casada eu só tomava remédio, agora que, que eu não tô mais casada eu uso camisinha.” (Maria Angélica)

O sentimento de segurança, motivado pelo casamento, faz com que as mulheres se sintam prevenidas da aids, já que sua casa se configura como uma instância segura e de proteção (GIACOMOZZI, CAMARGO, 2004).

Porém, essa mulher também reconhece a camisinha como um fator de proteção ao HIV. Mas para ela este só deve ser visto como tal em relacionamentos afetivo-sexuais cujo casamento não esteja instituído.

Nessa fala, o retorno ao uso do preservativo é motivado pela vivência de relações sexuais eventuais, onde não se intencione a *priori* estabelecer um vínculo prolongado e permanente que tenha o amor como premissa. Nessa perspectiva de proteção, Saldanha (2003) pontua que o ser humano, quando se depara com situações que coloquem em risco sua integridade, utiliza-se de mecanismos de defesa, seja de forma consciente ou inconsciente, que o proteja.

É pertinente destacar que, por ser o tema desse estudo relacionado à vida íntima das depoentes, as informações geradas podem não corresponder às reais práticas sexuais e comportamentos vividos por elas, pois, como ressalta Barbosa e Koyama (2008, p. 30), “o relato dessas informações é particularmente suscetível a pressões sociais e, portanto, pode refletir respostas consideradas socialmente esperadas ou corretas”.

Cabe aqui ressaltar que, com relação à preocupação com a gravidez, a contaminação pelo HIV/Aids aparece em segundo plano para muitas mulheres que compõem a sociedade brasileira, o que não foi diferente nos resultados encontrados em nosso estudo, que se deparou com essa representação no universo das entrevistadas. Em seu estudo, Paiva (2003) encontra, nos relatos das mulheres por ela abordadas, referências ao uso do preservativo com interesse apenas na contracepção.

Na fala a seguir percebemos que a mulher faz questão de relatar o quão significa para ela fazer uso de anticoncepcional, pois sem dúvida, sua preocupação primeira é prevenir uma gravidez indesejada e, ao mesmo tempo, se proteger contra uma doença sexualmente transmissível.

“Sim e tomo anticoncepcional também. (...) Não quero ter filho tão cedo. E nem uma doença.” (Maria Laura)

O conhecimento gerado ao longo da história da epidemia do HIV/Aids permitiu às pessoas elaborarem representações que colocam a prevenção como algo que deve ser compartilhado entre os parceiros. No entanto, ainda é frequente a expressão de saberes que colocam a redução da vulnerabilidade na confiança depositada no outro:

“No início eu usava, agora não.(...) É, porque eu peguei confiança nele. (...)Eu confio nele e ele confia em mim.” (Maria da Conceição)

“Já no começo, agora não. Porque tem quinze anos já que a gente tá junto, por isso que eu te falei que é assim de verdade há cinco anos, mas a gente já morava junto já um bom tempo já. Ai depois que eu fui pra igreja precisei casar pra viver a vida normal. Porque, no caso, pessoal da igreja não pode ficar morando junto porque dá adultério no caso. Aí tivemos que casar.” (Maria Maria)

“(...) e meu marido é assim uma pessoa totalmente tranqüila. Então eu não me preocupo mesmo.(...) ele fez o exame pra me provar que era uma pessoa limpa. Porque até então sem camisinha de jeito nenhum”. (Maria Antônia)

“Eu to até errada, mas esse namorado que eu terminei com ele há pouco tempo, no começo usava, depois parou. (...) Porque me sentia segura em relação um ao outro.” (Maria do Socorro)

“É no começo assim quando a gente namorava. (...) Apesar de eu saber que entre as mulheres casadas tem aumentado bastante o número de contaminadas, mas não, não uso.” (Maria de Nazaré)

Parte das entrevistadas elabora representações sobre a confiança que depositam no parceiro ao se estabelecer em seu imaginário um vínculo afetivo pautado no amor, no casamento, no namoro, na estabilidade e na fidelidade conjugal. Se sentem seguras e protegidas pelos laços emocionais possivelmente constituídos. E, assim, interrompem o uso do preservativo masculino. Desconsideram-se, portanto, nas relações de amor, vulneráveis ao HIV.

Esse resultado corrobora os estudos de Giacomozzi e Camargo (2004) e Cunha (2006) que, em pesquisas realizadas com mulheres que vivenciam um relacionamento com parceiro fixo, encontram nos relatos a confiança como explicação para o não-uso do preservativo masculino. Giacomozzi e Camargo (2004) referem que a confiança para as mulheres representa “a certeza de que seus maridos não as traem e de que não as contaminarão com nenhuma doença sexualmente transmissível. Portanto é desnecessário o uso do preservativo em um casamento confiável.” (ibid, p. 42).

Para Àvila (1999), devido a esses laços conjugais, que na maioria dos casos são determinados por relações de força, os quais elas denominam relação de amor, a aids tem significado uma relação de risco.

Em sua pesquisa, Paiva (2003) reforça esse pensamento quando apresenta como resultado relatos de resistências à adoção de práticas sexuais protetoras, através do uso do preservativo, quando se trata de relações conjugais estáveis ou fortemente matizadas pelo amor ou pela paixão, principalmente entre as que experienciam uma relação monogâmica.

A dificuldade em reconhecer a poligamia, principalmente devido ao fato de confiar cega e apaixonadamente na fidelidade do parceiro, e por esta representar para as mulheres uma consequência obrigatória a um relacionamento baseado na estabilidade, aparece, em muitos estudos, como causas da infecção pelo HIV nesse segmento (GUANILO, 2008).

O tempo se torna um aliado quando elas elaboram em seu universo simbólico a questão da prevenção ao HIV/Aids em seus relacionamentos estáveis. À medida que o tempo passa e o vínculo se “solidifica” significa que uma barreira virtual de proteção se estabelece em suas relações sexuais. Essa representação evidencia ser desnecessário o uso do preservativo. Abrem mão, portanto, de enfrentarem concretamente a exposição ao vírus da aids ao não optarem por esse método de prevenção.

Emerge também dos relatos a perspectiva de conflito interno vivenciado por essas mulheres, que, mesmo cientes de que a prática sexual sem preservativo, inclusive nas relações estáveis, é fator de vulnerabilidade ao HIV e do crescente número de mulheres casadas contaminadas pelo vírus, não conseguem fazer uso consistente do preservativo em suas relações sexuais. Pois, assumir esse uso significa reconhecer que a infidelidade é algo possível em seu relacionamento. É a representação do medo de ser abandonada, traída, preterida e de perder a identidade construída socialmente.

Em um dos depoimentos, a presença da religião foi fator preponderante para que a mulher optasse pela união conjugal legalizada, com vistas a não ser enquadrada no grupo dos moralmente excluídos. Para ela, nesse contexto, o grupo é representado pelos que simplesmente moram juntos, e assim, estariam cometendo um “adultério social e cultural”. Através da religião, ela pode incorporar-se ao meio

social a que está inserida, e assim, encontra naquela um veículo que possibilita sua interação com este.

As práticas religiosas são consideradas como parte de uma cultura, ou como determinante desta, sendo religião e cultura conceitos intimamente atrelados à compreensão da sociedade. Tentar distinguir ao certo a religião como cultura, como parte da cultura, como identidade, como símbolo, ou como condição do humano, é somente uma idéia progressiva sobre sua totalidade no campo das formas simbólicas (MONTERO, 2006). O que se conclui desta acepção é a idéia de religião como um conjunto de símbolos universais que dá sentido à pertença social, atribuindo-lhe uma forma peculiar de existir em determinadas comunidades.

Assim, o significado da religião na história dessa mulher, remete a paradigmas culturais e às relações sociais criadas por ela, representando algo decisivo nos rumos e no sentido de sua existência, definindo campos de significados que demarcarão sua identidade, e em conjunto com outros, serão responsáveis por estruturar sua vida, conformando seu papel num mundo de saberes e valores.

Guanilo (2008) em Metassíntese realizada acerca das vulnerabilidades femininas ao HIV/Aids demonstrou que, em muitos estudos realizados pelo mundo, bem como no Brasil, elementos associados às normas sociais, como a naturalização da poligamia de homens e comportamento sexual submisso e passivo das mulheres, em que estas devem demonstrar inexperiência sexual e desconhecimento acerca de temáticas relacionadas à sexualidade, bem como satisfazer todas as vontades e desejos sexuais de seus parceiros, inviabilizam sobremaneira a adoção por parte das mulheres de práticas sexuais preventivas. Além de ressaltar que a interação entre esses elementos contribui para reforçar sua submissão diante de relações sexuais coercitivas, o que limita ainda mais seu poder de optar pelo uso do preservativo.

O tipo de relação e o grau de envolvimento entre a mulher e seu parceiro, associados ao exame apurado do contexto amoroso e sexual dessa interação social são elementos importantes para a definição e efetivação de práticas preventivas em relação à aids (OLTRAMARI, CAMARGO, 2004).

Estamos cientes de que práticas educativo-preventivas, que visem ampliar a visão das mulheres quanto aos fatores impeditivos à adoção de relações afetivo-sexuais seguras, devem estar apoiadas em princípios que objetivem romper com a cadeia de submissão e desigualdade que foi construída e elaborada socialmente, e

que ainda continua viva exercendo seu poder de coerção e dominação sobre o grupo feminino. Pois como destaca Guanilo (2008, p. 69):

“Tendo em conta que o comportamento é socialmente aprendido, está regulado por normas sociais e constitui o último anel da corrente da vulnerabilidade, é importante considerar as normas sociais presentes no contexto em que os relacionamentos se desenvolvem, para o planejamento das ações e intervenções visando quebrar a cadeia de interações entre os elementos.”

No entanto, é oportuno considerar que nem todas as mulheres elaboram representações acerca da prevenção e da vulnerabilidade ao HIV/Aids. Assumem o risco e são capazes de admitir que não é por desejo do parceiro, mas por vontade própria que não fazem adesão ao uso consistente do preservativo masculino em suas relações sexuais. Têm consciência da grande vulnerabilidade à infecção, mas preferem se expor ao risco do que experimentar um ato sexual sem prazer, que machuca e incomoda. É muito eloquente a seguinte manifestação:

“Pra te falar a verdade nem eu mesmo sempre uso. Vamos ser abertas, eu nem sempre uso.(...) Eu não gosto. Eles falam no ditado que é igual chupar bala com papel, eu não acho isso, eu não gosto porque eu sinto que me machuca. Não sei, essa é minha opinião, eu acho que me machuca, então muito raro, muito raro mesmo. Vou te falar de verdade, eu sei que tem a doença ai e ela ta gritando, mas muito raro eu usar. (...) Eu utilizo o anticoncepcional, né, pra não engravidar, não pra não ter o vírus, infelizmente pra não ter nenhuma doença, mas eu não uso mesmo de verdade (...) Já usei em algumas situações, mas na maioria das vezes, principalmente quando eu tava namorando esse rapaz eu usava, né! Mas na maioria das vezes não. Acho que de 100%, 90% não.” (Maria Isabel)

Esse depoimento evidencia a “coragem” dessa mulher perante as incertezas trazidas pela aids em sua vida sexual. Verbaliza seu rompimento com os “padrões, regras e condutas de vida” construídas socialmente. É a vontade expressa de viver

livremente, segundo seus princípios e verdades, uma vida sexual prazerosa mesmo que isto represente um risco ao adoecimento, e quiçá finitude de sua existência.

Na tentativa de dar significado e sentido as suas vidas, essas mulheres encontram nas representações por elas elaboradas respaldo para justificar suas condutas e atitudes diante de suas experiências afetivo-sexuais. Simbolizam no sentimento, na religião e na crença na fidelidade e no amor, o respaldo para viver uma vida compatível e adaptada aos seus preceitos construídos coletivamente no contexto ao qual estão inseridas.

Porém, como afirma Galinkin *et al.* (2007, p. 10), “é importante ressaltar que, se as representações sociais orientam as práticas, elas não implicam, necessariamente, em condutas coerentes com as representações.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a epidemia da aids um evento que suscita controvérsias, esperanças e perspectivas, a mesma constitui-se em cenário de elaboração e reelaboração de representações. Entendemos que as representações que as mulheres elaboram sobre a aids podem direcionar o entendimento no que diz respeito as estratégias de enfrentamento por elas adotadas para reduzir a vulnerabilidade ao evento.

Compreender a mulher em sua totalidade significa estabelecer um mecanismo de ajuda no sentido de fortalecer suas potencialidades e habilidades como pessoa e cidadã. E, ao encontrar espaços para compartilhar suas aflições e incertezas, a mulher passa a desenvolver mecanismos de enfrentamento diante dos problemas e dificuldades que a vida lhe apresenta, sem a necessidade de empregar atitudes que neguem o compromisso com os rumos de sua história individual e coletiva.

Das representações das mulheres sujeitos desse estudo emergiram categorias que revelaram as nuances de sentido produzidas por elas em relação ao fenômeno da aids em seu universo que o re-significa.

Diante das mensagens emitidas, podemos perceber que a forma com que essas informações estão sendo geradas em seu universo, mesmo que sejam coerentes com os saberes técnico-científicos e informações difundidas pelos veículos de comunicação e educação, não representou para elas perceberem-se sobre o risco de contrair o HIV, evidenciando suas limitações para assumir, praticar e manter mecanismos de proteção sexual seguro.

A característica central das representações sociais das mulheres por nós entrevistadas é que a forma que elas percebem a aids em seu cotidiano se coloca como um obstáculo à concretização de condutas e posturas protetoras diante das vulnerabilidades impostas em seus contextos. Os conhecimentos elaborados pelo grupo transitam entre o campo do desejo individual e do consenso coletivo moral, científico e socialmente constituído. Ora apóiam-se nos saberes de senso comum, ora nos saberes do universo reificado.

Suas falas evidenciam uma tentativa de elaborar representações sobre a temática em tela que sejam congruentes com o conhecimento técnico-científico

posto e solidificado socialmente. Porém, ao representarem suas vivências afetivo-sexuais se revelam vulneráveis ao HIV/Aids pelas condutas adotadas, resultantes de uma reduzida percepção de risco produzida e perpetuada pela histórica assimetria entre os gêneros, e potencializada pelo acesso restrito aos insumos educativos no campo da prevenção.

O que para nós estudiosos e pesquisadores representa um problema, um risco, uma situação de vulnerabilidade, pode concomitantemente significar para essas mulheres, em seu contexto de relações e interações, uma solução, uma saída para o que acreditam simbolizar uma possibilidade de dano físico, psicológico e social.

O acesso a informação sobre a aids mostrou que há um desalinhamento entre as atuais políticas públicas de educação e prevenção ao HIV/Aids e o que realmente está sendo oferecido a essas mulheres em termos de intervenção e promoção de atividades no que se refere ao exercício de suas sexualidades.

Quando elaboram representações de que o uso do preservativo masculino nas relações sexuais e o não-compartilhamento de seringas contaminadas com sangue simbolizam um mecanismo de prevenção ao HIV/Aids, pressupõe que essas mulheres possuem algum conhecimento sobre o tema que viabilize a elas reduzirem suas vulnerabilidades a enfermidade. Porém, simultaneamente essas mesmas mulheres elaboram representações de que o beijo, o compartilhar de talheres e copos também transmitem o HIV. E que o casamento, o amor, a vida conjugal e o tempo de relacionamento são situações que garantem a imunidade à contaminação pela doença.

Diante dessa realidade, percebemos que as representações dessas mulheres sobre a prevenção do HIV/Aids se estabelecem em seu dia-a-dia de forma confusa, incoerente, imprecisa, fragmentada e incompleta, o que, com certeza, não as permitem explorar a vida sexual de forma segura, saudável e livre de riscos.

Observamos que a questão da aids faz emergir no universo simbólico dessas mulheres preocupação, incertezas e medo. Entretanto, esses sentimentos não propiciam a elas efetivarem mecanismos de proteção. Para algumas, as preocupações relacionadas às vivências afetivo-sexuais giram em torno da gravidez e da fidelidade e confiança no parceiro, e nesse caso, dispensam o uso consistente do preservativo masculino. De maneira geral, as mulheres entrevistadas não são

capazes de incorporar em suas condutas sexuais as informações que expressam ter, embora permaneça o medo de contrair a doença.

Acreditamos que o pouco e/ou inexistente espaço de diálogo para troca e obtenção de informações e saberes estabelecido no ambiente familiar e educacional, bem como com o parceiro, sobre sexo e assuntos afins, inviabilizam a essas mulheres criarem mecanismos de empoderamento diante da aids.

Observou-se também ausência de interesse sobre a temática por algumas das mulheres, que pensamos ser motivada pela representação de que a doença não faz parte do seu universo, do seu contexto e viver cotidiano. Encarar a aids como a doença do outro, distante de suas vidas, sem dúvida, é fator condicionante a adoção de comportamentos e pensamentos vulneráveis.

É importante reconhecer que existem desafios nessa comunidade que carecem de superação aos entraves que não estão legitimando o encontro dessas mulheres com as ferramentas que as tornariam agentes de suas próprias ações, no sentido de torná-las conscientes e menos vulneráveis a ações que poderiam provocar danos à sua saúde.

Os resultados apresentados neste estudo, em conjunto com as evidências dos dados epidemiológicos dos últimos boletins do PN-DST/Aids, apontam para a permanência da necessidade de formulação de programas, políticas e estratégias de enfrentamento ao HIV/Aids para o segmento feminino. Porém, para sua efetividade insistimos no urgente reconhecimento das múltiplas dimensões da epidemia que ocorrem em paralelo no Brasil, e também no incentivo e fortalecimento da integração entre os diversos atores sociais, instituições governamentais (que envolva o nível federal, estadual e municipal) e não-governamentais que atuam no campo da prevenção.

Foi possível percebermos que mesmo com o avanço da epidemia entre as mulheres nas últimas duas décadas, principalmente pela via heterossexual, não houve uma mudança significativa no comportamento sexual de forma a torná-lo mais seguro e consciente no grupo pesquisado. É oportuno ressaltar que a postura estereotipada e preconceituosa, baseada em critérios subjetivos e aleatórios, que insiste em acompanhar a evolução da aids nos diversos segmentos, vem contribuindo para o recrudescimento da epidemia no contexto feminino que historicamente é vítimas de desigualdades sociais, econômica, físicas, culturais e sexuais.

Essa análise nos permite inferir que um dos desafios a serem superados por essa comunidade está associado às estratégias de prevenção, que precisam ser repensadas e reelaboradas coletivamente, buscando romper com os entraves que continuam perpetuando lógicas sexuais femininas construídas sob a égide de mitos, preconceitos e diferenças em termo de gênero. Pois entendemos que os parceiros sexuais irão agir conforme os modelos e regras de condutas norteadas pelos estereótipos da sexualidade de cada cultura.

Temos consciência dos avanços conquistados ao longo dos 30 anos da epidemia no Brasil e o papel de destaque que a Política Nacional de enfrentamento da aids alçou mundialmente, servindo como exemplo para diversos países. É também salutar referenciar o quão fundamental e primordial foi a conjunção, a parceria e o ativismo sinérgico promovido pelos diversos setores da sociedade, como sociedade civil organizada, pessoas vivendo com HIV/Aids, governo e ONGs, para o crescente enfrentamento positivo no combate a disseminação da epidemia em seus diferentes momentos.

Entretanto, não podemos pensar que não é preciso avançar mais, pois os resultados levantados demonstraram que a luta não acabou e que mais sementes de criatividade, originalidade, ousadia e determinação precisam ser cultivadas em prol do desenvolvimento de medidas e ações preventivas efetivas capazes de privilegiar os segmentos da sociedade hoje mais vulneráveis, como as mulheres jovens pertencentes a comunidades menos favorecidas economicamente.

Inserida neste cenário, a instituição de ensino passa a desenvolver e a assumir papéis na comunidade que ultrapassam as questões relacionadas à educação. Tais questões tem determinado que o estímulo e incentivo a atividades e projetos que tenham como cerne a interlocução entre setores da saúde e educação precisam se manter de forma crescente e continuada no intuito de ampliar e garantir as nossas mulheres o acesso livre e destituído de preconceito e discriminação aos serviços, aos programas educativos-preventivos, aos aconselhamentos e aos insumos de prevenção. E dessa forma, possibilitar a essas mulheres igualdade de direitos, de cidadania, sexual e de gênero, dentro de uma sociedade que ainda encontra-se permeada por determinantes sociais que fortalecem a desigualdade.

Consideramos que a escola foco da nossa pesquisa, enquanto instituição social privilegiada de ensino-aprendizagem, deve primar pelo aprimoramento de suas ações político-pedagógicas, visando o acolhimento dessas mulheres, de forma

a contemplar as diferenças culturais, sociais, emocionais, cognitivas e econômicas existentes no grupo.

É, portanto, imprescindível que ela estabeleça como proposta de ação a busca de novas alternativas, estratégias e metodologias com vistas a proporcionar um diálogo aberto, informativo, inclusivo, participativo, educativo e transformador a essas mulheres acerca do exercício de uma sexualidade saudável, igual, protetora, e acima de tudo, prazerosa e livre de riscos. E, que os atores da escola envolvidos nesse processo, reconheçam e assumam a importância da interdisciplinaridade no âmbito da educação sexual.

Contudo, salientamos que se deve incluir nas reflexões sobre os impeditivos a promoção de uma educação sexual planejada, elaborada e em consonância com as necessidades das mulheres, as limitações dos educadores para tratar com essa temática, já que esta se encontra entremeada de tabus, mitos, preconceitos, princípios morais, éticos e religiosos, aos quais acompanham a formação desses indivíduos ao longo de suas vidas.

Acreditamos, portanto, que para promover a atuação qualificada e adequada desses profissionais, é preciso primeiramente reconhecê-los como indivíduos que se encontram inseridos em uma sociedade repleta de simbolismos que são expressos publicamente no seu discurso social através das limitações que foram cristalizadas em suas vidas por sua cultura.

Estamos conscientes do nosso compromisso e dever com as mulheres que contribuíram com a realização desse estudo. Acreditamos que somos parte de um todo que constitui a sociedade brasileira, e como tal devemos assumir coletivamente o ônus e bônus do enfrentamento à epidemia da aids, que continua e continuará fazendo vítimas enquanto não houver uma conjunção entre os diferentes e diversos atores.

O desafio está posto. Cabe, nesse sentido, contribuir para a ampliação de um cotidiano escolar, que inclua os serviços de saúde e a família, para a formação de condicionantes que impliquem a essas mulheres desenvolver conscientemente, cada uma a sua maneira, medidas de prevenção à infecção ao HIV. Acreditamos que estimular as potencialidades femininas para alçar uma posição simétrica em sua comunidade é condição *sine qua non* para a construção de circunstâncias individuais e sociais que promova um cuidar consoante com os conceitos de saúde, vida e cidadania.

Desse modo, pensar educação para redução da contaminação pelo HIV na escola significa pensar redes de cuidados que envolvam o sistema de saúde, a família, a escola e a comunidade, para que juntos se tornem protagonistas no pensar e no agir para a saúde. E assim, permitir que, no âmbito escolar, professores e alunos desempenhem papéis interrelacionados de saber e poder de forma a reconfigurar o cenário da prevenção.

Esperamos que este estudo viabilize a compreensão das especificidades do comportamento feminino no município de Juiz de Fora perante a epidemia da aids de forma a contribuir para formulação de políticas públicas equitativas que contemplem as diferentes formas de expressão feminina, com vistas a assegurar uma assistência integral, igual e qualificada.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

ALVES, R. N.; KOVÁCS, M. J.; STALL, R.; PAIVA, V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. São Paulo: **Rev. Saúde Pública/USP**, v.36, supl. 4, p. 32-39, 2002. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 13 de novembro de 2009.

AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p. 89-99, maio-ago, 2005.

ANDRADE, H. H. S. M.; MELLO, M. B.; SOUZA, M. H.; MAKUCH, M. Y.; BERTONI, N.; FAÚNDES, A. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.1168-1176, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/23.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

ANTUNES, M. C. **Influências das normas de gênero na prevenção de Aids: avaliando um modelo educativo para jovens**. 1999. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia/USP, 1999.

ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. São Paulo: **Revista Saúde Pública**, v. 36, supl. 4, p. 88-95, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11168.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2008.

ARRUDA, S., CAVASIN, S. Gênero e prevenção das DST/AIDS. In: Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual Prevenir é sempre melhor/99**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf>. Acesso em: 10 janeiro de 2010.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. São Paulo: **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742002000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de fevereiro de 2010.

ÁVILA, M. B. Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R (org.). **Sexualidades pelo Averso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JR, I; CALAZANS, G. J.; SALETTI FO, H. F. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M (orgs.). **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2008.

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA JR, I; CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In: **II Seminário de Saúde Reprodutiva em tempos de AIDS**, 2-7 out, 1997. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABIA, p. 20-37, 1997.

AZEVEDO, R. L. W; FONSECA, A. A; COUTINHO, M. P. L; SALDANHA, A. A. W. Representações Sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de aids. Rio de Janeiro: **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 18, n. 3, p. 204-210, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista1832006/REPRESENTACOES%20SOCIAIS%20DA%20ADOLESCENCIA%20FEMININA.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2008.

BARBARÁ, A; SACHETTI, V.A.R; CREPALDI, M.A. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. Paraná: **Revista Interação em Psicologia**, Curitiba, n.2, v. 9, p. 331-339, jul./dez., 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/4783/3670>>. Acesso em: 23 de abril de 2009.

BARBOSA, R. M; KOYAMA, M. A. H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 a 2005. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 42, sup. 1, p. 21-33, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000800005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 10 de outubro de 2009.

BARBOSA, L. M; SAWYER, D. O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. São Paulo: **Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul./dez., 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n2_2003/vol20_n2_2003_8arti go_p241a258.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2008.

BARBOSA, L.M. A dinâmica da epidemia de AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste. Ouro Preto, MG: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, novembro, 2002. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST35_Barbosa_texto.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2008.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996.

BARBOSA, R. H. S. **AIDS e gênero: as mulheres de uma comunidade favelada**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993, 226p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, sup. 1, p. 65-76, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de agosto de 2008.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 42, sup. 1, p. 34-44, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000800006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de maio de 2009.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução á teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORGES, I. K; MEDEIROS, M. Representações Sociais de DST/Aids para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. Rio de Janeiro: **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n.4, p.43-49, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/revista16-4-2004/8.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA N.º 55**. Brasília: Ano IX, nov./dez., 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo55.pdf>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2010.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Ano V, nº 01, 27^a - 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007, 01^a - 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. Brasília, 2008.

BRASILb. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Brazilian Response 2005/2007 - Country Progress Report**. Targets and Commitments made by the Member- States at the United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS, 2008.

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASILd. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. Brasília, 2008. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 23 de janeiro de 2010.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, 2007.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Ano IV, nº 1, 27^a - 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006, 01^a - 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Os Jovens na Mídia: o desafio da aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Entre jovens, epidemia de aids é mais feminina e gay**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11093. 2010. Acesso em: 20/02/2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 22 de junho de 2009.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2 : 207-217, mar-abr, 2000.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à Sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

CAMARGO, A. M. F. **A Aids e a sociedade contemporânea** – estudos e histórias de vida. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1994.

CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. Campinas, SP: **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 369-379, out./dez., 2006.

CAMARGO, K. R. J. **As ciências da AIDS & A AIDS das ciências**: o discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS-UERJ, 1994.

CASTRO, R. P. **“Apertem os cintos”... Uma viagem pelos sentidos e possibilidades do Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS)**. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora: Faculdade de Educação/UFJF, 2008.

CASTRO, M. G; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e Sexualidades**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de janeiro 2010.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de janeiro de 2010.

CAVALCANTE, C. A. A.; NÓBREGA, J. A. B.; ENDERS, B. C.; MEDEIROS, S. M. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 12 de maio de 2009.

CHIRIBOGA, C. R. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. In: BASTOS, F. I., SZWARCOWALD, C. L., Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, sup. 1, p. 65-76, 2000.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000, 164p.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CRUZ, M. M. **Avaliação de programas de prevenção de DST/Aids para jovens: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 2006.

CUNHA, J. V. Q. **Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil – 1998**. Tese de Doutorado. Belo Horizonte, MG: Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

FERNANDES, A. M. S; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, supl. 1, p. 103-112, 2000.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 65-71, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 outubro de 2009.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP. São Paulo: **Rev. Saúde Pública/USP**, v. 36, supl. 4, p. 96-107, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11169.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2008.

FONSECA, M. G.; TRAVASSOS, C.; BASTOS, F. I.; SILVA, N. V.; SZWARCOWALD, C. L. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.5, p. 1351-1363, set./out., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de agosto de 2008.

FONSECA, B. A. L; BOLLELA, V. R.; NETO, R. J. P. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. Ribeirão Preto: **Medicina**, 32, p. 26-39, jan./mar., 1999. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n1/sarcoma_kaposi_e_sindrome_imunodeficiencia_adquirida.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GALINKIN, A. L.; SEIDL, M. F.; BARBOSA, B; FURTADO, R. Representações Sociais acerca da aids e percepção de risco de infecção pelo HIV/Aids entre universitários. Brasília: **V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais**, 2007. Disponível em: www.gosites.com.br/vjirs/adm_trabalhos_ver2.asp?arg=VJIRS_0334. Acesso em: 10 de setembro de 2008.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

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

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.1, p.200-206, 2005.

GIACOMOZZI, A. I. **Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV**: estudo de representações sociais. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2004.

GIACOMOZZI, A.I; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. São Paulo: **Psicol. teor. prat.**, v.6, n.1, p. 31-44, 2004.

GILLY, M. As representações sociais no campo da educação. In: JODELET, D (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

GOMES, R.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.; DESLANDES, S. F.; NJAINE, K.; MALAQUIAS, J. F. Informações e valores de jovens sobre a Aids: avaliação de escolares de três cidades brasileiras. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de junho de 2009.

GONÇALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 10, n. 1, p. 229-235, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de novembro de 2009.

GUANILO, M.C DE LA TORRE UGARTE. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2008.

JODELET, D (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

KROKOSZ, M. **Aids na escola**: representações docentes sobre o cotidiano de alunas e alunos soropositivos. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Educação/USP, 2005.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, Empoderamento e Triangulação. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.32-38, maio/ago., 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de novembro de 2009.

LAGES, M. N. Vulnerabilidade Feminina em Tempos de Aids. In: PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; SCHAURICH, D. (org). **Aids: o que ainda há para ser dito?** Santa Maria: Ed. UFSM, p. 143-156, 2007.

LOPES, C. R. A epidemia mudou, e o mundo também. Rio de Janeiro: **Radis – Comunicação em Saúde**, nº 40, dezembro, p. 10-16, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1990.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (orgs). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, ABIA/IMS/UERJ, 1993.

MARQUES, S. C; TYRRELL, M. A. R; OLIVEIRA, D. C. Política de saúde da mulher frente a feminização da Aids. In: PAULA, C.C; PADOIN, S.M.M; SCHAURICH, D. (orgs). **Aids: o que ainda há para se dito?** Santa Maria: Ed. UFSM, 2007.

MARQUES, S. C. **As práticas educativas para a prevenção do HIV/Aids**: a voz das usuárias da rede básica de saúde no município do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

MINAYO, M. C.S (org); DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994.

MONTERO, Paula. Religião, Modernidade e Cultura: Novas Questões. In: TEIXEIRA, Faustino & MENEZES, Renata (Orgs.). **As Religiões no Brasil**: Continuidades e Rupturas. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção?** Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONTEIRO. S. **AIDS, SEXUALIDADE e GÊNERO**: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

MORAES, D. R. **Aids, Saúde Reprodutiva e Prevenção**: estudo de caso sobre práticas educativas em uma ONG. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz /Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigação em psicologia social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NUNES, E. D. A metodologia qualitativa em saúde: dilemas e desafios. In: BARROS, N. F; CECATTI, J. G; TURATO, E. R (orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde – múltiplos olhares**. Campinas: Editora Campinas, 2005.

ONUSIDA. **Keeping the promise**: an agenda for action on women and aids. UNAIDS, 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1201-gcwa-keepingpromise_en.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2008.

ONUSIDA. **O preservativo feminino e o SIDA**: Ponto de vista da ONUSIDA. Coleção Boas Práticas da ONUSIDA, 1998. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/36_O%20Preservativo%20feminino%20e%20o%20SIDA.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2009.

OLTRAMARI, L. Um Esboço sobre as Representações Sociais da AIDS nos Estudos Produzidos no Brasil. Santa Catarina: **Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas/UFSC**, ISSN 1984-8951, v. 4, n. 45, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1948/4428>>. Acesso em: 14 de outubro de 2009.

OLTRAMARI, L; CAMARGO, B.V. Representações sociais de mulheres profissionais **do sexo sobre a AIDS**. Natal/RN: **Estudos de psicologia (Natal)**, n.9, v.2, p. 317-323, maio/ago., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2009.

PADOIN, S. M. M; SOUZA, I. E. O. O desafio de prevenir a transmissão do HIV na mulher: políticas públicas e as circunstâncias individuais e sociais. In: PAULA, C.C; PADOIN, S.M.M; SCHAURICH, D. (orgs). **Aids: o que ainda há para se dito?** Santa Maria: Ed. UFSM, 2007.

PAIVA, E. P. **A prevenção de HIV/Aids segundo o olhar das mulheres**: o caso do grupo de direitos reprodutivos DUEN – Juiz de Fora/MG. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2003.

PAIVA, V.; PUPO, L.R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, Supl., p. 109-119, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/15.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2009.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R; BASTOS, C; GALVÃO, J; PEDROSA, J.S (orgs). **A aids no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1994.

PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS** – sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, R.; GALVÃO, J. (org). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996.

PEDRO, E. N. R. A educação para a saúde e a epidemia HIV/AIDS: um olhar para o contexto escolar. In: PADOIN, S.M.M. *et al.* **Experiências interdisciplinares em AIDS**: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de janeiro de 2010.

PIMENTA, M.C; RIOS, L.F; TERTO JUNIOR , I.B.V.; PARKER, R. Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Coleção Saúde Sexual e Reprodutiva**, nº 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PINTO,T.C.R. Educação preventiva – por uma política nacional. In: PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SCHAURICH, D.; FONTOURA, V. A. (orgs). **Experiências interdisciplinares em AIDS**: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006.

PRAÇA, N. S. Aspectos Culturais e a Infecção pelo HIV na mulher. In: PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; SCHAURICH, D. (org). **Aids: o que ainda há para ser dito?** Santa Maria: Ed. UFSM, p. 127-142, 2007.

PUPPO, L.R. **Aconselhamento em DST/Aids**: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 2007.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS**: uma política por construir. Belo Horizonte: REDESAÚDE, 2003.

ROCHA, F.M.G. **Política de controle ao HIV/Aids no Brasil**: o lugar da prevenção nessa trajetória. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

ROMERO, K.T.; MEDEIROS, E.H.G.R.; VITALE, M.S.S.; WEHBA, J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, n. 53, v. 1, p. 14-19, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/12.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2009.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUA, M. G; ABRAMOVAY, M. **Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras**. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogg, Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2001.

SACHETOO, D. L.; DALPRA, F. V.; CAMPISSI, J. B. **Intersectorialidade na saúde: reflexões acerca do trabalho profissional nesta lógica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social/UFJF, 2003.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.** Tese de Doutorado. Ribeirão Preto/SP: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, 2003.

SAMPAIO, J; ARAÚJO JR, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.6, n.3, p. 335-346, jul./set., 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE, SANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL DE JUIZ DE FORA – SSSDA/JF. **Programa Municipal DST/Aids/Juiz de Fora.** Relatório, Juiz de Fora, 2007. Disponível em:< <http://www.sssda.pjf.mg.gov.br/>>. Acesso em: 16 de julho de 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenação Estadual de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico DST/Aids.** Belo Horizonte, 2007.

SELLI, L; CHECHIN, P. L. Mulheres HIV/AIDS: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. São Paulo: **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 35-358, jul./set., 2005. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/31/06%20Mulheres_HIV.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2009.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/posgraduacao/enfermsaude/AVIposgraduacao091007101432.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2009.

SILVA, G. A. **Da aparência à essência:** o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004.

SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U.; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SOBRINHO, M. D. “Habitus” e representações sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, sup. 1, p. 7-19, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de agosto de 2008.

SELIGMAN, M.E.P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. **Positive Psychology**: An Introduction. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 5-14, jan, 2000. Disponível em: <<http://www.ppc.sas.upenn.edu/apintro.htm>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2009.

SOUSA, L.B.; BARROSO, M.G.T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem/EEAN**, v.13, n. 1, p. 123-130, jan./mar., 2009.

TAKAHASHI, R.F; SHIMA, H; SOUZA, M. Mulher e Aids: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. Ribeirão Preto, SP: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 59-65, dez., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691998000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de março de 2009.

TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em AIDS. In: PARKER, R. (org). **Políticas, instituições e AIDS** – enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ABIA, p. 43-68, 1997.

TOLEDO, M.M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS**: Revisão Integrativa. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP, 2008.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.4, p. 1049-1061, jul./ago., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

TOMAZELLI, J.G. **Aids em mulheres no Rio de Janeiro**: o limite da certeza em duas técnicas complementares de análise. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

TRINDADE, M.P. **Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (org). **Aids e Representações Sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNAIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV**. Documentação Referencial. Políticas de Prevenção ao HIV/AIDS. Junho, 2005.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 369-379, abr./jun., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 outubro de 2008.

VILLELA, W. Gênero e práticas de saúde: o caso da aids entre as mulheres. In: PAULA, C.C; PADOIN, S.M.M; SCHAURICH, D. (orgs). **Aids: o que ainda há para se dito?** Santa Maria: Ed. UFSM, 2007.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R (org.). **Sexualidades pelo Avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

WHO. **AIDS epidemic update**: December 2009. UNAIDS, 2009. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.

WHO. **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008**. UNAIDS, 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1510_2008GlobalReport_en.zip>. Acesso em: 16 de setembro de 2008.

WHO. **AIDS epidemic update**: December 2007. UNAIDS, 2007. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

WUO, M. **Prevenção da Aids na escola**: representações sociais de professores. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica/Instituto de Psicologia PUCCAMP, 1998.

XAVIER, I. M.; LEITE, J. L.; BRAGA, G. M.; NUNES, P. H. S. Enfermagem e AIDS: saber e paradigma. Ribeirão Preto: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 65-73, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691997000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

ZUCCO, L.P.; MINAYO, M.C.S. Sexualidade Feminina em Revista(s). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, p.43-54, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de dezembro de 2009.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: VALESCA NUNES DOS REIS
ENDEREÇO: RUA FELIPPE SCHAFFER SOBRINHO, 150
CEP: 36.036-236 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 4009-5116
E-MAIL: VALESCA.NR@GMAIL.COM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezada Sra. : _____

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG”. Este estudo tem como objetivos: identificar os espaços onde as mulheres acessam as informações sobre o HIV/Aids; conhecer as percepções das mulheres matriculadas em uma escola pública de ensino médio sobre o HIV/Aids, analisar os fatores que as orientam na adoção de medidas protetoras ao HIV/Aids, e estabelecer relações entre as percepções identificadas e as estratégias utilizadas para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

O motivo que nos leva a estudar o comportamento feminino diante do fenômeno HIV/Aids é a necessidade de compreender de que forma atitudes, valores, crenças, práticas e interações interpessoais contribuem ou não para a vulnerabilidade a essa doença nesse grupo.

Sua participação consistirá em responder as questões formuladas pela pesquisadora durante a entrevista, de forma que a sua opinião sobre o assunto possa ser emitida livremente.

Para aceitar participar desta pesquisa é necessário que primeiramente você esteja ciente dos seguintes procedimentos que serão adotados:

1. A participação é voluntária e você tem a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização, prejuízo ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador;
2. Será garantido o seu direito de, durante as entrevistas, recusar a responder as perguntas ou não falar de assuntos que possam causar qualquer tipo de desconforto, sentimentos desagradáveis ou constrangimento;
3. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e, caso você desejar, lhe será disponibilizado a cópia do texto elaborado da entrevista para conferência e a garantia de que nada será publicado sem autorização;
4. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo reservado a você o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo;
5. Os dados obtidos serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, porém você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo;
6. Os encontros serão agendados de acordo com a sua disponibilidade e a da pesquisadora, em local previamente definido entre ambas;
7. As entrevistas serão gravadas em fita magnética, a fim de assegurar a fidedignidade das informações, e ficarão arquivadas com a pesquisadora e destruídas após cinco anos do término do estudo;

8. Você não terá nenhum custo com a pesquisa, bem como não receberá nenhuma forma de pagamento para participar do estudo;
9. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, seja diretamente com as pesquisadoras ou através de divulgação em meio científico. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão;
10. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento que pode causar risco mínimo ao participante, ou seja, riscos presentes diariamente na vida de uma pessoa.
11. Este termo será assinado por você e pela pesquisadora em duas vias, ficando uma cópia arquivada com a referida pesquisadora e outra com você;
12. Caso necessite de esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora, bem como com sua orientadora, de segunda à sexta-feira das 08:00 às 17:00 horas, através dos telefones: (32) 4009-5116 (Valesca Nunes dos Reis) e (32) 3229-3821 (Prof.^a Dra. Girlene Alves da Silva).

Agradeço a sua colaboração e solicito o seu acordo neste documento.

Atenciosamente,

Valesca Nunes dos Reis

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, portadora do RG nº _____ fui informada dos objetivos do estudo “percepções de mulheres de uma escola pública sobre a prevenção do HIV/Aids” (título provisório). Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro, portanto, para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, ciente que estarão gravadas em fita magnética, para ser usada integralmente ou em partes, sem restrição de prazos ou citações desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
 CEP – Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Telefone: (32) 3229-3788

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

Identificação:

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: _____ Idade: _____

3. Estado Civil: _____

4. Tem Filhos? () Sim () Não Se sim, quantos? _____

5. Quantas pessoas residem no mesmo domicílio? _____

6. Em que série você está matriculada? _____

7. Possui alguma atividade remunerada? () Sim () Não

8. Se sim, qual a sua renda individual? _____

9. Qual é a renda de sua família? _____

10. Sempre estudou em escola pública? () Sim () Não

11. Endereço:

Vocês discutem temas de educação sexual aqui na escola?

Fale sobre os temas de educação sexual que vocês discutem aqui na escola, em sala com o professor ou com os colegas.

Fale-me do que você sabe sobre o HIV ou a aids.

Quais os meios que você conhece de prevenção à contaminação pelo HIV?

Você utiliza algum mecanismo de proteção à contaminação ao HIV? Se sim, qual (is)?

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Juiz de Fora, de de 2008.

Ao Diretor Geral da Escola Municipal Gabriel Gonçalves da Silva
Prof.

Senhor Diretor,

Solicitamos através desta, autorização para que a mestranda Valesca Nunes dos Reis possa realizar a pesquisa intitulada “Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG”, como parte dos requisitos acadêmicos do curso de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que está sendo conduzido sob minha orientação.

Os objetivos deste estudo são: identificar os espaços onde as mulheres acessam as informações sobre o HIV/Aids conhecer as representações sociais sobre o HIV/Aids de mulheres matriculadas em uma escola pública de ensino médio; analisar os fatores que orientam a adoção de medidas protetoras ao HIV/Aids para essas mulheres; estabelecer as relações entre as representações sociais sobre o HIV/Aids e as estratégias que as mulheres utilizam para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

A coleta de dados será feita com mulheres com idade acima de 18 anos matriculadas no período noturno da referida escola. A apreensão das informações se dará por meio de uma entrevista semi-estruturada contendo questões que permitam alcançar os objetivos propostos, sendo todas as repostas gravadas em meio magnético.

Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.

Atenciosamente,

Profª Drª Girlene Alves da Silva

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 047/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1692.036.2009 **FR:** 246874 **CAAE:** 0893.0.000.180-09

Projeto de Pesquisa: "Representações Sociais de Mulheres de uma Escola Pública sobre a prevenção do HIV/AIDS"

Pesquisador Responsável: Valesca Nunes dos Reis

TCLE: 1ª Versão – 30/03/2009

Pesquisadores Participantes: Girlene Alves da Silva

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Medicina

Sumário/comentários do protocolo:

- Trata-se de uma pesquisa que terá como objeto de investigação as representações das mulheres matriculadas em uma escola pública de Juiz de Fora sobre o HIV/AIDS e suas repercussões na vida cotidiana. O comportamento feminino diante do fenômeno HIV/AIDS é a necessidade de compreender de que forma atitudes, valores, crenças, práticas e interações interpessoais contribuem ou não para a vulnerabilidade a essa doença nesse grupo.

- O objetivo desse trabalho é analisar os fatores que orientam a adoção de medidas protetoras ao HIV/AIDS para essas mulheres, identificar as relações entre as representações sociais sobre o HIV/AIDS e as estratégias que as mulheres utilizam para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

- Metodologia: método proposto é adequado para atingir os objetivos estabelecidos. Serão avaliados 30 estudantes mulheres matriculados na Escola Municipal Gabriel Gonçalves da Silva. Serão selecionadas as mulheres que estejam no período da coleta de dados com idade igual ou superior a 18 anos de idade que aceitem participar do estudo e assinarem o termo de consentimento, constituindo nestes os critérios de inclusão. Serão excluídas as mulheres menores de 18 anos, as que mesmo pertencendo a faixa etária eleita não desejarem participar, as que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, e as que não se sentirem à vontade de continuar a participar da pesquisa.

A modalidade escolhida para apreensão das informações nesse estudo será a técnica de entrevista semi-estruturada.

- Orçamento: será de responsabilidade do pesquisador.

- O cronograma: esta de acordo

- O TCLE foi apresentado corretamente, de acordo com a Resolução 196/96 CNS.

- Os pesquisadores possuem qualificação compatível com a pesquisa proposta.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado .

Juiz de Fora, 27 de Abril de 2009

Profa. Dra. Ieda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2009

ASS: _____