

AIDS, GÊNERO E CONJUGALIDADE: UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DE RISCO PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Claudia Annies Lima¹

Leandro Castro Oltramari²

Resumo: O presente estudo tem por objetivo investigar a percepção de universitários, homens e mulheres, sobre o risco de infecção pelo HIV. Para tanto, foi realizado um levantamento através com vinte e dois estudantes da Universidade do sul de Santa Catarina (UNISUL) – Campus Pedra Branca. Dos entrevistados, doze fazem parte do curso de enfermagem, dentre dentre eles metade é do sexo feminino, sendo que três possuem um relacionamento sexual de conjugalidade e três se encontravam sem relacionamentos duradouros. O mesmo ocorreu com as pessoas do sexo masculino. Os outros dez estudantes entrevistados pretendem ao curso de direito, entre eles seis são do sexo masculino e três deles possuem relacionamentos de conjugalidade, enquanto os demais estão sem relacionamentos duradouros. Dos quatro entrevistados restantes, três se encontravam em relacionamentos estáveis e um não possui relacionamento estável. Observou-se que as respostas se diferenciaram conforme cada grupo. Para o sexo masculino, a sexualidade estava relacionada ao ato sexual em si; para as mulheres, envolvia intimidade com o parceiro. Os homens mostraram-se atraídos primordialmente pela aparência física. As mulheres responderam que o conhecimento do outro era mais importante que a atração física. Os resultados ainda demonstraram que os entrevistados não consideravam a epidemia um risco para eles. Eles e elas conceberam a Aids como uma doença de outras pessoas, reforçando a idéia de grupos de risco. Tanto entrevistados homens quanto mulheres revelaram não discutirem sobre o risco de infecção pelo HIV com seus parceiros.

Palavras-chave: AIDS. Conjugalidade. Risco. Estudantes. Gênero.

AIDS, GENDER AND CONJUGALITY: A STUDY ON THE PERCEPTION OF THE RISK AMONG COLLEGE STUDENTS

Abstract: The purpose of the study is to investigate the perception among male and female college students of the risk of HIV infection. Therefore, a survey was conducted with twenty-two students at the University of the South of Santa Catarina (UNISUL) - Pedra Branca Campus. Among the participants were twelve undergraduate nursing students, half being female, and three women are having a conjugal sexual relationships while three were not having any type of steady relationship. The same was true among the male participants. The other ten students interviewed were undergraduate law students in which six were male and only three of them are having a conjugal relationship while the others had no steady relationship. In the midst of the four participants left, three were having steady relationships while only one was not having a steady relationship. It was seen that the answers were different according within each group. For men sexuality is related with the sexual act itself while for women it involves intimacy with the partner. The men had attraction specifically for physical appearance. The women agreed that the person's knowledge is more important than physical appearance. The results still show that the participants did not consider the epidemic to be a risk to them. The interviewees perceived AIDS as a disease of other people which reinforced the idea of risk group. Among all the participants, both men and women revealed that they do not discuss the risk of HIV infection prior to sexual contact.

Key words: AIDS. Conjugality. Risk. Students. Gender.

¹ Psicóloga do Ilha Criança e aluna do curso de psicologia social do Instituto de Planejamento, Pesquisa Social e Estudos Avançados – IPPSEA.

² Pesquisador da UNISUL.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2004), até setembro de 2003, foram notificados 277.154 casos de AIDS no Brasil. Destes casos, 197.340 foram diagnosticados entre os homens e 79.814 entre mulheres. Em Santa Catarina, a notificação até 2003 foi de 11.725 casos de AIDS, o que corresponde a 5,9 % dos números no Brasil. A epidemia tem avançado no sentido de uma heterossexualização e feminização, principalmente entre jovens. Os dados do Ministério da Saúde também revelam que as mulheres com idade entre 13 e 29 anos somam 52,8%, ou seja, mais da metade dos casos no Brasil. Os homens, na mesma faixa etária, somavam até aquela data 29,8%. Estes dados são preocupantes, pois, nesta faixa etária, homens e mulheres estão em plena atividade sexual e se encontram em idade reprodutiva, o que pode ocasionar um aumento do número de casos de crianças nascidas com HIV, a chamada transmissão vertical.

Os dados acima têm preocupado os técnicos e os gestores das políticas públicas em saúde reprodutiva, já que o aumento da incidência, principalmente entre mulheres, tem ocorrido rapidamente. No início da epidemia, entre 1983 e 1991, havia 5318 mulheres contra 30.696 homens com AIDS. Em 1998, o número de mulheres infectadas subiu para 8521, enquanto 17.212 homens foram infectados no mesmo ano. Em 2002, 6.269 mulheres foram diagnosticadas como doentes de AIDS, contra 10.884 homens no mesmo período. Isto demonstra que a diferença dos números da infecção entre homens e mulheres tem diminuído, o que deve cada vez mais motivar ações preventivas.

É importante destacar que parte destes jovens se encontram nas escolas de nível médio, ou muitas vezes cursando universidades. As discussões sobre a prevenção da AIDS nas universidades têm sido muitas vezes negligenciadas pelas próprias gestões do ensino superior (POCOVI, 2000). Diante deste fato, a população de estudantes tem sido pouco estudada e não há números confiáveis que possam dar subsídios para uma intervenção comportamental com estas populações, para qual hoje a AIDS é um risco.

2 DESCRREVENDO O PROBLEMA

Hoje, os indicadores têm demonstrado principalmente que a infecção por AIDS tem aumentado entre pessoas heterossexuais que vivem relacionamentos prolongados e geralmente estáveis, seja casamento, namoro ou relação em que haja um envolvimento afetivo

continuado ou, como define Matos (2000), pessoas que mantenham um relacionamento conjugal entendido aqui como:

uma forma possível de gestão compartilhada da sexualidade e dos afetos, onde ideologias e práticas diversas de amor conjugal e gênero se expressam e realizam positivamente, um lócus ou uma cena onde se situam as trocas afetivas, sexuais e cognitivas entre os gêneros. (op. cit., p.163, grifo da autora).

Atualmente, estas pessoas que vivem em conjugalidade têm sido apontadas como um grupo que exige cuidados por parte das políticas de prevenção de HIV/AIDS (MARINS et al.,2001). Os grupos heterossexuais até então não tinham sido alvo tão direto destas políticas públicas. Além disso, a idéia que este grupo possuía era a de que estava protegido e não precisaria, por consequência, de cuidados com relação à epidemia³.

Segundo Terto Júnior (1999), setores de opinião pública ainda pensam nas pessoas portadoras do HIV como “potenciais doentes, senão como portadores e vilões disseminadores da epidemia, estigmatizados por preconceitos (muitos deles relacionados à homossexualidade) e, portanto, vulneráveis a discriminações” (op. cit., p. 103). Isso tem feito com que homens e mulheres heterossexuais tenham menor capacidade de se perceber em risco e de se prevenir em relação ao HIV. Tal fato tem preocupado as políticas públicas relacionadas à saúde reprodutiva, principalmente por causa da transmissão vertical do HIV (DINIZ; VILLELA, 1999).

Compreender-se como heterossexual e manter uma relação de conjugalidade tem facilitado uma diminuição na percepção de risco e, conseqüentemente, tem aumentado a situação de vulnerabilidade⁴, ampliando os números da infecção pelo HIV.

O conceito de vulnerabilidade será compreendido neste artigo a partir de Ayres *et al.* (1999), como:

as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema. (op. cit. p. 65, grifo dos autores).

³ Ainda é presente a idéia de que os grupos de risco existem e, por isso, não há uma preocupação maior entre heterossexuais (LIMA, 2001a).

⁴ Este conceito será melhor desenvolvido adiante.

A vulnerabilidade é uma das possibilidades de compreensão que uma pessoa ou determinado grupo tenha de se infectar pelo HIV. Ela é dividida em dois aspectos: individual e coletiva. Segundo Ayres *et al.* (1999), a vulnerabilidade individual consiste de três pressupostos: a) qualquer indivíduo é passível de infecção de acordo com os valores pessoais ou mesmo recursos preventivos que tenha em determinada época de sua vida; b) quanto mais amparo social e assistência à saúde que os indivíduos dispuserem, menor a morbidade, invalidez e morte – há uma relação inversa entre elas; e c) as questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual.

A vulnerabilidade coletiva está dividida em vulnerabilidade programática e social. A vulnerabilidade programática consiste nas ações do Estado através de seus programas específicos de prevenção à AIDS, em que esse faz uma ligação entre os planos individual e social. Existe uma série de critérios para avaliação destas ações. A vulnerabilidade social se dá por diversos indicadores sociais desenvolvidos pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). A partir de oito índices deste programa, podem ser definidos critérios para a classificação de vulnerabilidade entre alta, média e baixa. Os índices são: a) acesso à informação; b) gastos com serviços sociais e da saúde; c) mortalidade antes dos cinco anos; d) situação da mulher; e) índice de liberdade humana; f) relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde; e g) índice de desenvolvimento humano.

O conceito de vulnerabilidade será útil para compreender o que as pesquisas demonstram sobre a mudança no perfil da epidemia: seu aumento entre pessoas que mantêm relacionamentos afetivos e estáveis (GUIMARÃES, 2001).

Os profissionais de saúde têm enfrentado, então, dificuldades em lidar com a prevenção da AIDS no universo das relações privadas dentro do relacionamento conjugal. Os números do Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/AIDS, têm demonstrado que a síndrome não é um problema exclusivo do campo da saúde; é também um fenômeno que deve ser pensado a partir das questões de gênero, da cultura sexual, da orientação sexual, das questões étnicas, entre outras (GALVÃO, 2000). Fica explícito, então, que a AIDS não se constitui apenas como uma síndrome infecciosa, mas também como um problema social marcado pela discriminação e o preconceito (PARKER; AGGLETON, 2001). O surgimento da síndrome entre homossexuais, prostitutas e usuários de drogas tem repercussão até os dias de hoje e esta repercussão tem-se ancorado em preceitos homofóbicos e discriminatórios. Assim, os heterossexuais ausentam-se, imaginariamente, dos riscos da epidemia.

Os preconceitos, que fazem com que os heterossexuais não se sintam atingidos pela infecção do HIV, disseminaram-se por diversas razões. Na década de 80, os grupos sociais começaram a ser designados por determinados rótulos, por exemplo: os usuários de drogas foram denominados “culpados”; as mulheres, “vítimas” de seus maridos, e assim por diante. Segundo Galvão (2000), a relação entre preconceito e rotulação sobre determinados grupos sociais, alvos constantes de discriminações, foi chamada de “pânico moral”, porque conectava doenças a questões de ordem moral (SONTAG, 1989).

O chamado “pânico moral” que Galvão (2000) cita pode ser compreendido a partir de uma relação de atribuição de causalidade, que pode contribuir para a explicação deste tipo de comportamento. A atribuição de causalidade é uma forma que as pessoas têm para explicar acontecimentos com compreensões possíveis, dentro de seu universo social e cognitivo. Há ainda, no interior desta lógica de pensamento, um fenômeno chamado de *atribuição defensiva*, que ocorre em virtude de um grupo utilizar esta atribuição para proteger-se de uma situação preconceituosa e adversa (LEYENS; YZERBYT, 1999).

Portanto, é comum a AIDS ser atribuída a pessoas de “outros” grupos, havendo, assim, um distanciamento de alguns grupos dos riscos de contrair a doença (MADEIRA, 1998; JOFFE, 1998a, 1998b; OLTRAMARI, 2001). As investigações têm demonstrado que o fato de designar a epidemia a outras pessoas, que não aquelas de seu próprio grupo, depende de variáveis sociais e culturais que têm contribuído para o aumento da epidemia entre heterossexuais. Os estudos demonstram que há uma série de lógicas de pensamento e representações sociais que se estruturam e fazem com que as pessoas deixem de utilizar preservativo nas relações conjugais (MADEIRA, 1998; WESTRUPP, 1997; MONTEIRO, 1999a, 1999b, entre outros).

Algumas pesquisas têm demonstrado que esta lógica social deve ser investigada, pois influencia sensivelmente as práticas sociais. Em recente estudo com mulheres que viviam em regime de conjugalidade, Giacomozzi e Camargo (2004) identificaram que a confiança ainda representava uma forte explicação para o não-uso de preservativo entre pessoas casadas. As entrevistadas revelaram que o risco de contrair o HIV estaria mais relacionado às pessoas que possuíam relacionamentos extraconjugais na *rua*. Enquanto isso, as pessoas que estavam dentro de *casa*, assim como elas, estariam protegidas. Esta investigação utilizou-se das categorias da *casa* e da *rua*, que também aparecem na pesquisa de Monteiro (1999a, 1999b) que, utilizando as categorias interpretativas de DaMatta (1991), revela que o que está no âmbito da *casa* é aquilo que é familiar e não causa medo ou estranheza, enquanto aquilo que está atrelado à *rua* é repleta de medos, de insegurança e de estranheza. No caso da AIDS, a

autora revela que o que é relativo à *casanão* representa risco; ao contrário do que é da *rua*, que é interpretada como um grande risco para a infecção pelo HIV.

Na pesquisa de Traeen, Stigum e Eskild (2002), as pessoas de mais idade, que amavam o parceiro com quem se relacionavam exclusivamente um longo tempo, são as mais propensas à não utilizar o preservativo. Eles relatam que o não- uso de condom pode ser uma forma de compreender que o sujeito está se doando por completo ao outro. O amor, assim, legitimou a relação sexual entre as pessoas. Esta relação foi chamada pelos autores de *ideologia do amor*. Desta forma, o uso ou não de preservativo nas relações sexuais amorosas está atrelado a uma relação de confiança e ausência ou não de amor, estando desvinculado do conhecimento sobre as formas de prevenção da transmissão do HIV. A mesma pesquisa destacou que, quanto maior o tempo de relacionamento conjugal ou amoroso, maiores são as chances de não-uso de preservativo entre os parceiros.

Os aspectos citados acima ainda são pouco apresentados pelos estudos, mas podem ter conseqüências devido aos aspectos envolvidos nas relações interpessoais, que são chamados de *atribuições defensivas*. Estas atribuições acontecem como forma de preservar “a auto-estima das pessoas que as enunciam”. (LEYENS, YZERBYT, 1999, p. 84). Estas explicações podem seguir duas lógicas: a primeira é chamada por Traeen, Stigum e Eskild (2002) de causa estável e interna de um êxito (no caso da fidelidade do(a) cônjuge, decorrente do amor ou do tempo de relacionamento); a segunda, chamada de instável e externa, uma situação que poderá ser compreendida pelos sujeitos como algo que acontece ao acaso e se constitui como exterior ao seu grupo, como é o caso da infidelidade depois de um longo tempo de relacionamento. Pode-se perceber, então, que as pessoas identificam o seu relacionamento conjugal como seguro ou não através do tempo de duração da relação. O que pode estar presente é uma forma de reconhecer os acontecimentos do cotidiano a partir de explicações profundamente arraigadas em crenças positivas ao seu *status* social.

A dificuldade de estabelecer métodos preventivos nos relacionamentos está estreitamente relacionada com o repertório cultural que condiciona os comportamentos, tanto masculinos quanto femininos. Como coloca Gogna (1997):

A escassa disponibilidade e capacidade para o sexo seguro remetem a uma complexa trama composta de normas, valores, estereótipos, relações de poder, sentimentos e significados. Assim, parece evidente que os mandatos culturais que definem a sexualidade masculina como indomável (o homem não deve desprezar oportunidades de contato sexual) e/ou postulam que correr riscos é um elemento essencial da masculinidade conspiram

seriamente contra a capacidade dos homens de se proteger e proteger seus parceiros sexuais. (op. cit. p. 55-6)

A partir destas informações, a realização do presente estudo pretendeu investigar como os estudantes universitários percebem o risco de serem infectados pelo HIV, tendo em vista que, segundo Lima (2001b), estes pertencem a um grupo protegido pela escolarização e pelo saber. Sendo assim, este estudo propõe discutir, por meio de respostas dadas pelos estudantes universitários, de que forma questões como sexo, curso e relação de conjugalidade influenciam no risco de serem infectados pelo HIV.

3 MÉTODO

Os participantes desta pesquisa foram vinte e dois estudantes da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Campus Pedra Branca, no município de Palhoça, em Santa Catarina. O quadro 1 apresenta os participantes da pesquisa. Os entrevistados e entrevistadas foram caracterizados por grupo, devido à necessidade de identificarmos os sujeitos de acordo com as variáveis mencionadas pela pesquisa, como sexo (M = mulher, H = homem), curso (E = enfermagem, D = direito) e relação de conjugalidade (N = não possui relacionamento fixo, F = possui relacionamento fixo).

Quadro 1: Quadro referente as características dos entrevistados da pesquisa

SUJEITO	GRUPO	SEXO	IDADE	CURSO	CONJUGALIDADE
01	HEN	M	21	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
02	HEN	M	19	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
03	HEN	M	21	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
04	HEF	M	20	Enfermagem	Com relacionamento fixo
05	HEF	M	25	Enfermagem	Com relacionamento fixo
06	HEF	M	31	Enfermagem	Com relacionamento fixo
07	MEN	F	22	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
08	MEN	F	24	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
09	MEN	F	22	Enfermagem	Sem relacionamento fixo
10	MEF	F	20	Enfermagem	Com relacionamento fixo
11	MEF	F	19	Enfermagem	Com relacionamento fixo
12	MEF	F	35	Enfermagem	Com relacionamento fixo
13	HDN	M	21	Direito	Sem relacionamento fixo
14	HDN	M	38	Direito	Sem relacionamento fixo
15	HDN	M	29	Direito	Sem relacionamento fixo
16	HDF	M	38	Direito	Com relacionamento fixo
17	HDF	M	41	Direito	Com relacionamento fixo
18	HDF	M	38	Direito	Com relacionamento fixo
19	MDF	F	32	Direito	Com relacionamento fixo
20	MDF	F	33	Direito	Com relacionamento fixo
21	MDF	F	24	Direito	Com relacionamento fixo
22	MDN	F	27	Direito	Sem relacionamento fixo

A escolha pelos dois cursos, Enfermagem e Direito, se deu pela diferença das duas formações específicas de cada um dos cursos. A Enfermagem, dentro da área da saúde, foi escolhida devido ao fato dos alunos adquirirem na sua formação conhecimentos específicos sobre a AIDS. O Direito, que se encontra dentro da área das ciências sociais aplicadas, foi escolhido porque os alunos não possuem este tipo conteúdo em sua grade curricular, diferente dos alunos de Enfermagem. Com isto, queríamos observar a influência dos conhecimentos científicos na percepção de risco de infecção pelo HIV.

Para a realização deste estudo foi utilizada a entrevistada semi-estruturada, sendo que cada uma durou em média vinte minutos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo analisadas a partir de núcleos centrais por temáticas de interesse como sexualidade, método contraceptivo, percepção sobre o risco de infecção da AIDS, além da compreensão dos entrevistados sobre a existência, ou não, de grupo de risco. O trabalho de análise foi elaborado de acordo com cada núcleo temático das respostas, realizando-se um estudo comparativo entre as variáveis: sexo, relacionamento conjugal e área de conhecimento, agrupando-as a partir de cada núcleo.

4 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4.1 Compreensão de Sexualidade

Para os entrevistados, houve uma diferenciação entre a sexualidade para homens e mulheres. Os homens compreenderam a sexualidade como restrita ao ato sexual, conforme podemos verificar neste discurso:

É um fenômeno que envolve a atividade do sexo, relacionada a atividade sexual com o parceiro. (sujeito 15, HDN, 29 anos).

Sexualidade seria satisfazer um prazer que o homem e a mulher sente, o sexo, né? (sujeito 2 - HEN - 19 anos).

Para as mulheres, a sexualidade esteve atrelada à intimidade com o parceiro. Vale ressaltar que esta relação foi identificada principalmente entre as mulheres, independentemente do curso que fazem, mas ainda assim identificando que existem diferenças entre homens e mulheres. A relação de afinidade e companheirismo com o parceiro

foi privilegiada e considerada mais importante que o relacionamento sexual em si, como podemos constatar nesta resposta:

Eu acho que é uma coisa muito íntima de uma pessoa [...], tem gente que fala até que eu sou meio quadrada, mas eu acho que a sexualidade é uma coisa tão íntima de uma pessoa, de um casal. Eu acho que é isso. (sujeito 11, MEF, 19 anos).

É o íntimo da pessoa, é tua vivência, é tu te identificar como mulher, no meu caso, tu sabe que é uma mulher e tudo na tua vida vive em função que tu és mulher, tu não tens os sentimentos que um homem tem, tu tens o sentimento que uma mulher tem. Pra mim sexualidade é isso, a diferença entre homem e mulher. (Sujeito 19, MDF, 32 anos)

Como percebemos, esta categoria pode ser notada a partir das diferenciações relativas ao gênero masculino e feminino. Assim, os homens demonstraram que o seu comportamento, no tocante à sexualidade, encontra-se mais voltado aos aspectos biológicos ou ao ato sexual em si. Para elas, a intimidade foi mais determinante do que a relação sexual. Estes dados comprovam o que estudos como o de Monteiro (1999a, 1999b) e o de Gógna (1997) já denunciavam: que existe uma diferenciação simbólica engendrada a partir das lógicas existentes entre os gêneros (masculinos e femininos) que faz com que os entrevistados homens e mulheres se coloquem de forma diferente perante a sexualidade.

Contudo, vale ressaltar que, conforme Antunes (1999), apenas as diferenças biológicas não são suficientes para explicar estes diferentes comportamentos e atitudes de homens e mulheres. Por isso, as questões de gênero estão significativamente associadas ao resultado dessas variações, ou seja, ao feminino atribui-se o cuidado dos filhos e do lar enquanto ao masculino, as características de liderança, competitividade e racionalidade (ou irracionalidade perante o ato sexual). Assim, a compreensão da sexualidade esteve, nas respostas dadas pelos entrevistados, condicionadas à vivência de gênero que estava presente nas relações entre homens e mulheres.

4.2 Métodos contraceptivos

Com relação aos métodos contraceptivos, pudemos observar, fazendo a comparação entre homens e mulheres e relacionando com os aspectos de conjugalidade, que a utilização do contraceptivo oral no relacionamento com parceiros fixos é bem maior do que nos relacionamentos sem conjugalidade. Neste caso, foi o uso do preservativo que prevaleceu

sobre o contraceptivo oral. O fator conjugalidade esteve muito presente nas respostas dos entrevistados. Nenhum dos homens com relacionamento de conjugalidade revelou utilizar preservativo, citando principalmente a “confiança” como um fator para não fazerem uso do preservativo. Por outro lado, o inverso ocorreu com os homens sem parceiras fixas: todos responderam utilizar o preservativo em suas relações.

Podemos notar abaixo duas situações que corroboram nossos argumentos:

Não [uso preservativo], confio plenamente na minha esposa. Não acho que ela me traia. Então não me previno, mesmo porque se eu desconfiar que ela me trai, ela está morta. (sujeito 16, HDF, 38 anos).

Camisinha, hoje em dia é obrigado [...], quem tem essa concepção não sabe o que é transar sem camisinha. (sujeito 3, HEN, 21 anos).

Com as mulheres os resultados também variaram de acordo com o status conjugal de cada uma. As que possuíam relacionamentos fixos revelaram utilizar o anticoncepcional oral como método para evitar gravidez, sendo que o condom foi citado com menor frequência. Nos relacionamentos sem conjugalidade, o uso do preservativo prevaleceu sobre o contraceptivo oral.

A gente nunca usou. A gente já se conhecia há quatro anos, então a gente já sabia como que era a vida de um e do outro, já conhecia muito um ao outro, éramos muito amigos antes de namorar, já sabia como que era a vida, então nunca usamos preservativo. (Sujeito 19, MDF, 32 anos)

Não [utilizo preservativo] porque eu tenho parceiro fixo. Estou há seis anos, Tomo [falando sobre uso de contraceptivo oral] (sujeito 20, MDF, 33 anos).

O fato de homens e mulheres não utilizarem preservativo nos relacionamentos conjugais se dá por não desejarem gerar desconfiança, pois, solicitando esta forma de sexo seguro, tanto homens quanto mulheres poderiam trair a “confiança” conquistada desde o início da relação. Como se observa na pesquisa de Madeira (1998), o uso do preservativo por parte das pessoas com relacionamentos de conjugalidade, esteve mais associado à desconfiança do que com a proteção à saúde.

A confiança apareceu com muita frequência, em ambos os grupos, justificando o ato de abolir o uso do preservativo em função de “conhecer” bem o parceiro e terem plena confiança um no outro. Como exemplo, podemos citar a resposta abaixo:

Primeiro [o que justifica, ela gostar do companheiro] confiança, eu confio bastante nele [...], de que ele não me traia com outra pessoa, sei que hoje em dia é tão difícil, mas se eu não confiar nele, vou confiar em quem, né? Ele também confia em mim. (sujeito 11, MEF, 19 anos).

Parece que quanto mais a gente sabe, mais perigo a gente corre. Porque a gente diz tenho que usar camisinha, mas daí, ah, eu conheço, tu acaba que não usa, só que depois que eu entrei pra faculdade, não faço mais sem camisinha, é uma coisa muito complexa. Durante meu namoro como ele, a gente tinha plena confiança um no outro então realmente a gente não usava. (Sujeito 9, MEN, 22 anos)

Nos relatos das entrevistadas, verificou-se com uma associação do não-uso de preservativo à idéia da confiança depositada no outro, independentemente da variável sexo. Ou seja, tanto homens quanto mulheres relataram que o fato de confiarem plenamente em seus parceiros foi suficiente para abolir o preservativo no relacionamento. Os entrevistados sem relacionamento conjugal também responderam que deixariam de usá-lo somente quando encontrassem parceiros confiáveis. Segundo estudos semelhantes, como os de Traeen, Stigum e Eskild (2002), a confiança encontra-se associada ao amor, ao respeito pelo próximo e à certeza de que o parceiro não o trairia. Abaixo, a resposta de um dos entrevistados revela um pouco esta maneira de pensar:

Depois de um bom tempo de relacionamento, conhecer bem a pessoa, a confiança que tu tens, [...] Sabes quem é a pessoa, o ritmo de vida dela. Sabes que ela trabalha, o caráter dela é acima de qualquer suspeita e depois de um bom tempo de relacionamento. (sujeito 14, HDN, 38 anos).

Preservativo, quase sempre, seria sempre quando a gente não conhece a pessoa. (Sujeito 13, HDN, 21 anos)

Segundo Madeira (1998), são os valores profundamente arraigados que sustentam a importância da confiança numa relação de estabilidade. Muito mais forte do que qualquer informação preventiva, como sobre o risco de contrair o HIV por exemplo, são os valores pelos quais o sujeito se define e se reconhece nas relações. De acordo com este autor, "a confiança é colocada como condição do reconhecimento de si, no outro e do outro em si" (*op. cit.*, p. 69).

Os homens com relacionamento de conjugalidade consideraram que haveria certa desconfiança, por parte deles, se fossem solicitados pela parceira a utilizar o preservativo. Com uma frequência elevada, responderam que teriam problemas para atender ao pedido, diferente dos homens sem regime de conjugalidade, pois estes aceitariam sem problemas a

solicitação. As mulheres com relacionamento de conjugalidade também citaram a desconfiança com maior frequência. Podemos observar a diferença entre estes discursos:

Não seria boa a minha reação, [...] isso colocaria em suspeita a minha pessoa ou a dela. (sujeito 6, HEF, 31 anos).

Sem problema nenhum. Até teria interesse maior na pessoa por saber que ela toma cuidado. (sujeito 13, HDN, 21 anos).

Eu ia ficar desconfiada, porque saberia que eu não fiz nada. Então eu ia querer saber o motivo. (sujeito 19, MDF, 32 anos).

O não-uso do preservativo em nossa cultura também está perpassado principalmente pela idéia de confiança depositada no outro. Madeira (1998), em sua pesquisa com jovens, demonstrou que a utilização do preservativo está associada à contracepção. Para os jovens, o preservativo como contraceptivo se torna aceitável por não trazer a idéia de doença em sua utilização.

Quando os entrevistados e entrevistadas foram questionados sobre as formas de como evitam o risco de infecção pelo HIV, eles responderam, de maneira geral, que não haveria necessidade, pois confiavam naqueles com quem mantinham relação sexual. Conheciam seus parceiros há tempo. Nos seus discursos, a prevenção esteve vinculada à fidelidade e à confiança depositada nos parceiros, fidelidade e confiança produzidas a partir de uma relação cultural e psicossocial. (MADEIRA, 1998, p. 61). Para o grupo das mulheres sem relacionamento de conjugalidade, isto ocorre de forma diferente. Estas revelaram que não teriam nenhum problema com a solicitação do parceiro em usar o preservativo, conforme ressaltou a entrevistada 22, enquanto para os homens sem parceria estável o preservativo se torna quase uma característica da identidade masculina, segundo o entrevistado 14. Vejamos a seguir duas destas afirmações:

Eu acho que tem que ser assim, tem que usar preservativo. Acho que nem precisa a outra pessoa pedir. Tu mesmo pode pedir. (sujeito 22, MDN, 27 anos).

Sempre preservativo, até parece às vezes estranho porque sempre to com camisinha na carteira, ou no carro, daí dá a idéia de que o homem já sai com uma predisposição de ter alguma coisa, mas não é, mas surge um relacionamento, já tem preservativo. (Sujeito 14, HDN, 38 anos)

Podemos verificar que houve diferenças entre os grupos com relacionamento de conjugalidade e aqueles que não a possuíam. Para o primeiro grupo, a solicitação do uso do preservativo geraria um certo conflito na relação, pois colocaria em risco uma confiança já conquistada entre eles. Para o segundo grupo, o uso do preservativo não foi problema, pois já se presumia que nos relacionamentos sem vínculo ele deve ser utilizado. Logo, percebemos que o tipo de vínculo estabelecido entre os parceiros destes dois grupos foi diferente. Enquanto para um grupo usar preservativo significava quebrar um contrato conjugal de fidelidade, para o outro, seria um cuidado na relação. Neste segundo grupo, o relacionamento das mulheres com os homens com os quais elas não mantinham vínculo afetivo lhes possibilitaram um maior poder de negociação. As mulheres conseguiram impor o uso de preservativo sem serem questionadas pelo parceiro.

Tal perspectiva reitera a noção de Rieth (1999 *apud* Souza, 2002), que afirma haver diferença no tipo de vínculo estabelecido entre os parceiros com relacionamentos estáveis e não-estáveis. Portanto, os relacionamentos fixos se caracterizam por um vínculo amoroso, no qual o aumento da intimidade torna-se decisivo na extinção do preservativo, não havendo mais a necessidade de proteger-se contra AIDS. Esta é uma maneira encontrada pelos casais para provar fidelidade para com os parceiros. Logo, compreender como os vínculos são construídos nos relacionamentos é essencial para as práticas preventivas.

4.3 Percepções sobre AIDS e sua vulnerabilidade

Diante do questionamento sobre AIDS e como percebiam sua vulnerabilidade a esta síndrome, houve diferenças nas respostas conforme o curso ao qual pertenciam os entrevistados. Por exemplo, os estudantes de Direito responderam com maior frequência que a AIDS estava associada ao preconceito com que as pessoas soropositivas eram percebidas. Isto pode ser exemplificado pela fala deste sujeito:

Sabe quando você encontra alguém que tem AIDS, é terrível, [...] tu tá tratando a pessoa numa boa e de repente ela fala: “Sou HIV positivo!” Ah, tu começa pensar: “apertei a mão dela. Será que a mão dela estava machucada? Ai meu Deus, a minha mão. Será que vou pegar AIDS? É terrível, é feio isso que eu estou dizendo, mas é um preconceito que está na gente. É bem preconceituoso. (sujeito 21, MDF, 24 anos).

Como trabalho na farmácia, a pessoa de drogas injetáveis em geral, chegam e injetam sangue junto e pegam vírus, isso é um fato, e os solteiros em geral.

Em geral seriam esses que não tem um relacionamento estável com uma pessoa só, os drogados e as prostitutas. (sujeito 13, HDN, 21 anos)

O fato de serem pessoas com curso superior não diminui atitudes e comportamentos pouco esclarecidos sobre as pessoas portadoras do vírus e sobre a própria epidemia. Como ressalta Rodrigues (1992), o preconceito é um fenômeno psicológico que interfere na percepção das pessoas, permitindo que estas tenham atitudes antecipadas diante da ação de outra. Porém, o preconceito não é inato, ele é decorrente de interações e práticas sociais, construídas de acordo com os valores do contexto cultural no qual estamos inseridos. Podemos observar como se estrutura esta forma de perceber as pessoas doentes e os preconceitos a partir do discurso deste outro sujeito:

A AIDS pode ser considerada como um castigo de Deus [...], onde a sociedade humana superou o limite da troca de carícias ou da relação sexual humana, ele abusou, e a punição veio pela própria natureza. (sujeito 16, HDF, 38 anos).

Acredito que sim. A classe pobre, menos favorecida com certeza pela falta de informação. Homossexuais, as prostitutas. (Sujeito 14, HDN, 38 anos)

Por outro lado, para os estudantes de Enfermagem, a temática com maior frequência foram os conceitos que a ciência tem produzido sobre a epidemia. Como neste relato:

AIDS é uma síndrome da doença imune adquirida. A AIDS é a doença propriamente dita, diferente do HIV. O HIV é o vírus. Você contrai e pode ou não desenvolver a doença. A AIDS é a doença desenvolvida, é o HIV, o vírus atuando no seu sistema imunológico. (sujeito 3, HEN, 21 anos).

É uma doença sexualmente transmissível e se não se cuidar, se não usar camisinha tu pode adquirir mesmo tendo parceiro fixo, eu pode ser fixo meu, mas ele pode não estar só comigo, então ele pode me transmitir não só a AIDS, como as outras doenças também. Então a AIDS se não tratada pode matar. (Sujeito 10, MEF, 20 anos)

Podemos, desta forma, identificar diferenças nos discursos dos estudantes dos dois cursos citados. Assim, os alunos e alunas do curso de Enfermagem possuíam, por formação acadêmica, um conhecimento específico sobre a epidemia, um conhecimento que os alunos do curso de Direito não possuíam. Contudo, pôde-se também identificar que, ainda entre os alunos e alunas deste curso, apareceu uma segunda temática, quando a AIDS surge como uma

“doença terrível e mortal”. Foi interessante que, apesar de ser considerada “terrível e mortal”, nenhum dos grupos colocou a síndrome como um risco para seu próprio grupo. Esta questão nos leva a compreender que os entrevistados podem possuir uma percepção diminuída do risco, ou o percebem distante deste.

Esta idéia é reafirmada a seguir, quando se observa as respostas sobre a possibilidade de entenderem se havia pessoas mais vulneráveis ao risco. Percebemos, então, que, na opinião dos entrevistados de ambos os cursos, a idéia de “grupos de risco” ainda persiste. Quando questionados se existiam pessoas mais vulneráveis à infecção pelo HIV, eles responderam:

Meninas de programa, pessoas que usam drogas injetáveis, acho que correm um risco maior; homossexuais; apesar que engloba tudo, mas eu estou dizendo um risco maior. (sujeito 12, MEF, 35 anos).

Tem, seria a maioria, são os drogados, o uso de seringas, homens que bebe, chega em casa transa com a mulher, daí sai transa com outras, seriam essas. (Sujeito 2, HEN, 19 anos)

A classe pobre, menos favorecida com certeza pela falta de informação. Homossexuais, as prostitutas. (Sujeito 14, HDN, 38 anos)

Como colocamos anteriormente, o fato de a maioria dos entrevistados ainda considerar a existência de “grupos de risco” demonstra que a epidemia é percebida como uma realidade dos “outros”, diferentes de si mesmo. O risco da AIDS é percebido como distante de suas vidas e próximo ao “outro” (JOFFE, 1999a, 1999b).

Constatamos que vinte e dois dos entrevistados e entrevistadas afirmaram que havia pessoas mais propícias ao risco de infecção, como as profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homossexuais masculinos, justificando que essas pessoas seriam as que compõem o grupo de risco do passado. Para Madeira (1998), a idéia de “grupo de risco” ainda persiste, pois mesmo com o conhecimento de que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível e incurável, e esta se configura principalmente como uma doença do “outro”. Com estas lógicas, os entrevistados se colocam fora do risco de contágio, justificando apenas se relacionarem com pessoas iguais a si mesmos, ou seja, diferentes daqueles que seriam os “outros”, responsáveis e vulneráveis ao HIV. Podemos observar esta questão no relato deste sujeito:

Quem está mais susceptível a uma troca de sangue, os drogados, pessoas compulsivas sexualmente [...]. São pessoas que estão muito mais susceptíveis do que eu. Eu, na minha idade, não estou mais susceptível a este tipo de coisa, pela própria condição social humana, [...] eu sou uma pessoa casada, bem casada, estudo, trabalho, vivo familiarmente, não curto bar, noite, mas programas familiares. (sujeito 16, HDF - 38 anos).

Ah, com certeza. O pessoal mais pobre, pessoal que usa droga, na favela, ou ate o pessoal rico mesmo que se envolve com drogas e o pessoal jovem que ta começando e tal, por curiosidade quer ter um prazer mais íntimo entre uma mulher e um homem e esquece de prevenir, porque não esta escrito na testa de ninguém quem tem AIDS ou não. Seria o pessoal jovem, o pessoal pobre, sem poder aquisitivo, pessoal que usa droga, que foge do casamento não leva uma relação sexual um à um, procura fantasias e prazeres. (Sujeito 18, HDF, 38 anos).

Em virtude do relato acima exposto, percebemos que a maneira como as pessoas se comportam em seu cotidiano permite que se sintam protegidas da AIDS, ou não. De acordo com Rodrigues (1992), temos a tendência de formar certas impressões sobre os comportamentos das pessoas com quem interagimos, chegando a efetuar julgamentos, constituídos por equívocos e erros, formando percepções distorcidas do fenômeno real, que consiste nos estereótipos que atribuímos às características pessoais de alguém.

Sendo assim, podemos, com este estudo, demonstrar o quanto atualmente as questões que versam sobre sexualidade e vulnerabilidade devem passar pelos estudos que enfocam as discussões entre gênero e conjugalidade. A promoção de discussões baseadas em pesquisas desta natureza poderá incentivar políticas públicas efetivas na área da saúde reprodutiva e sexual, principalmente relativas à transmissão do HIV.

5 COMENTÁRIOS FINAIS

Através deste estudo, percebeu-se que a confiança esteve, assim como em outras pesquisas, muito presente nos relacionamentos de conjugalidade. Pudemos observar que o fato de abolir o preservativo está baseado na confiança compartilhada no relacionamento, isto independente de homens e mulheres. Apesar de a maioria dos entrevistados relatarem que a extinção do uso do preservativo esteve associada à confiança em seus parceiros, observou-se que esta diferença está atrelada ao modelo de relacionamento dos entrevistados.

Para o primeiro grupo de entrevistados, ou seja, os que se encontram em regime de conjugalidade, este vínculo resultou em discursos que versavam sobre fidelidade e compromisso, em que o fato de usar preservativo geraria desconfiança e romperia a confiança

conquistada na relação. Para as pessoas sem estes relacionamentos, os métodos preventivos são aceitos com naturalidade, pelo fato de não haver uma predisposição de vínculo amoroso ou comprometimento afetivo.

Foi possível verificar, neste estudo, que o risco de infecção pelo HIV foi considerado, pelos entrevistados, distante de seu grupo, sendo esta uma doença concebida como sendo do “outro”. De acordo com os dados obtidos, identificamos que, diferentemente do que imaginávamos, o fato de fazer um curso na área da saúde não significou que os entrevistados percebessem os riscos da epidemia próximos de si. O que aconteceu nestas situações foi que as pessoas deste curso conseguiram conceituar a doença com maior propriedade, devido à especificidade de sua área. Assim, pode-se afirmar que agregar informações à doença foi muito mais fácil do que se perceber vulnerável ao risco. Ficou visível, nos discursos dos participantes, que o perigo da AIDS está no “outro” e que, pelo modo de vida que estes levam e pela plena confiança no parceiro, encontram-se protegidos desta epidemia.

Tais considerações nos fizeram refletir sobre questões que poderiam ser problematizadas para futuras pesquisas. Por exemplo, existe uma necessidade de compreender qual é o tipo de vínculo ou “contrato conjugal” que está presente na relação de conjugalidade e que permite que estas pessoas se percebam protegidas da AIDS. Outro ponto de discussão seria identificar de que forma a saúde pública conseguirá atingir casais que tiveram sua iniciação sexual anterior à epidemia da AIDS.

Por fim, existem possibilidades de desenvolver estratégias para controlar a epidemia, todavia a forma como estão sendo realizadas as campanhas de prevenção, baseadas somente na imposição do uso do preservativo, não se mostram suficientes. É preciso que os métodos contraceptivos sejam discutidos no interior das relações e a utilização do preservativo seja estimulada, como forma de proteção de si e do outro.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maria Cristina. *Influências das normas de gênero na prevenção de AIDS: avaliando um modelo educativo para jovens*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

AYRES, José Ricardo de C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Maria Regina Barbosa, Richard Parker (orgs). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999, p. 49-72.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Casos de AIDS e taxas de incidência (por 100000 hab.), segundo ano de diagnóstico e local de residência*. Brasil, 1980-2003. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.AIDS.gov.br>. Acesso em 19/03/2004.

BRASIL, Vera Vital. Grupos de Mulheres e Histórias de Vida: por um processo de desnaturalização na prevenção do HIV. In: Dina Czeresnia *et al.* (orgs.). *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 106-121.

DAMATTA, Roberto. *A casa & a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

DINIZ, Simone. G., VILLELA, Wilza. V. Interfaces entre os programas de Dst/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: Richard Parker, Jane Galvão, Marcelo. S. Bessa (orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34. p. 123-176.

GALVÃO, Maria. T.G. *et al.* Uso do preservativo entre casais portadores ou não do HIV. In: *Anais do III Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde: CN de DST/AIDS, 2000, p. 398-399.

GIACOMOZZI, Andréia. I, CAMARGO, Brigido. C. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. In: *Psicologia: Teoria e prática*, São Paulo, 2004, n. 6, v. 1, p. 31-44.

GOGNA, Mónica. Contribuições para repensar a prevenção das DSTs. In: *II Seminário Saúde reprodutiva em tempos de AIDS*. ABIA: Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/UERJ, 1997.

GUIMARÃES, Carmen. D. *AIDS no feminino: porque a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

JOFFE, Helene. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: Pedrinho Guareschi, Sandra Jovchelovitch, Sandra. (orgs.). *Textos em representações sociais*. 4.ed, Petrópolis: Vozes, 1998 a, p. 297-322.

_____. Degradação, desejo e “o outro”. In: Angela Arruda. (Org) *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1998b, p. 109-128.

LEYENS, Jacques-Philippe; YZERBYT, Vincent. *Psicologia social*. Lisboa: Edições 70, 1999.

LIMA, Helena. A universidade e a AIDS. *Revista Viver Psicologia*, 2001, p. 16-18.

MADEIRA, Margot. C. A confiança afrontada: representações sociais da AIDS para jovens. In: _____, Denise Jodelet. (orgs.). *AIDS e Representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998, p. 47-72.

MARINS, José.R.P. *et al.* Avaliação do impacto sobre a transmissão vertical. In: *Anais IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e AIDS: Descentralização e Sustentabilidade*. Brasília: Ministério da Saúde: CN de DST/AIDS, 2001, p. 243-244.

MATOS, Marlise. *Reinvenções do vínculo amoroso: cultura e identidade de gênero na modernidade tardia*. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2000.

MONTEIRO, Simone. AIDS e proteção: a visão de jovens de um bairro popular. *Revista de estudos feministas*. Florianópolis, 1999a, 7, p. 72-88.

_____. *AIDS, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 1999b.

NUNES, César Aparecido. *Desvendando a Sexualidade*. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1987.

- OLTRAMARI, Leandro.C. *Representações sociais de profissionais do sexo da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da AIDS e DSTs*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. *Estigma, discriminação e AIDS*. Coleção ABIA – Cidadania e direitos humanos. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- PARKER, Richard G, HERDT, G., CARBALLO, Manuel. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In: Richard Parker et al. (orgs.). *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1995, p. 17-45.
- POCOVI, Rosi. M.S. *A universidade frente à AIDS: um estudo de caso na universidade do estado de Santa Catarina. (UDESC)*. Dissertação (Mestrado em educação). Programa de Pós-graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2000.
- RODRIGUES, Aroldo. *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das letras, 1989.
- SOUZA, Elaine da Silva Brito e. *Aspectos comunicacionais e adoção de condutas preventivas, frente ao HIV/AIDS, por adolescentes do Ensino Médio de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- TERTO JÚNIOR, Veriano. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: Regina Barbosa, Richard Parker. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999, p. 99-120.
- TRAEEN, Bente, STIGUM, Hein, ESKILD, Anne. Contraception and STD protection among urban Norwegians. In: *Culture, health & sexuality*. London, 2002, n. 4, v. 1, p. 85-102.
- WESTRUPP, Maria. H. B. *Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: contribuições acerca de cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS*. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

Claudia Annies Lima
Leandro Castro Oltramari
Rua Antonio Schoroeder, 103/302
CEP 88110-400.
E-mail: leandrooltramari@gmail.com

Entrada: 10/2004
Aprovado: 08/2005