

# Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR

## Psychosocial aspects of HIV infection among women in Brazil

Rozilda Neves Alves<sup>a</sup>, Maria Júlia Kovács<sup>b</sup>, Ron Stall<sup>c</sup> e Vera Paiva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Núcleo de Estudos e Prevenção da Aids do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. <sup>b</sup>Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, SP, Brasil. <sup>c</sup>Division of HIV/AIDS Prevention Center for Disease Control and Prevention. Atlanta, EUA

---

### Descritores

Mulheres. Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção. Síndrome de imunodeficiência adquirida, psicologia. Conhecimentos, atitudes e prática. HIV. Percepção. Soropositividade para HIV. Fatores socioeconômicos. Risco. Impacto psicossocial. Infecções por HIV.

### Resumo

#### Objetivo

Analisar a percepção do risco de infecção em mulheres infectadas pelo HIV, antes de elas receberem o resultado positivo para essa patologia.

#### Métodos

Estudo exploratório com entrevistas em profundidade em amostra de conveniência constituída de 26 mulheres que freqüentavam o ambulatório de um centro regional de saúde em Maringá, PR. A entrevista foi semidirigida com um roteiro de perguntas fechadas e abertas sobre características sociodemográficas, conhecimento sobre prevenção primária e secundária, percepção de risco antes do teste positivo para HIV, impacto do resultado em suas vidas – inclusive a sexual – depois de saberem ser portadoras do vírus. Os resultados foram analisados pela metodologia de análise de conteúdo.

#### Resultados

Apesar de ter consciência de que essa doença pode atingir qualquer um, nenhuma das 26 mulheres estudadas acreditava estar infectada pelo HIV/Aids. Os mecanismos psicológicos, “negação”, “evitação”, “onipotência do pensamento” e “projeção” foram os que puderam ser identificados como aqueles que as mulheres mais utilizaram para lidar com as dificuldades e as ansiedades decorrentes da percepção de risco e das normas e relações de gêneros hegemônicas presentes na cultura brasileira. Verificou-se que, se o uso desses mecanismos alivia a angústia, por outro lado aumenta a vulnerabilidade das mulheres. Elas se sentem incapazes de atuar, e muitas mantêm relações sexuais desprotegidas com os parceiros, expondo-se à gravidez indesejada e à reinfeção.

#### Conclusões

Os programas de prevenção do HIV devem considerar também aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais que interferem na vulnerabilidade das mulheres, antes e depois da infecção. Para haver maior alcance de suas ações, os programas devem ir além da distribuição massiva de informações e usar abordagens psicoeducativas em pequenos grupos que estimulem a conscientização das mulheres para além das informações biomédicas.

---

### Correspondência para/Correspondence to:

Rozilda N. Alves  
Av. Colombo, 5.790, DPI, bloco 118  
87020-340 Maringá, PR, Brasil  
E-mail: nepaids@org.usp.br

Pesquisa realizada com apoio financeiro do World Aids Foundation (WAF nº 118/96-032; nº 168/98-026). Edição subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo nº 00/07406-2). Recebido em 22/1/2001. Reformulado em 31/8/2001. Aprovado em 1/7/2002.

### Keywords

Women. Acquired immunodeficiency syndrome, prevention. Acquired immunodeficiency syndrome, psychology. Knowledge, attitudes, practice. HIV. Perception. HIV seropositivity. Socioeconomic factors. Risk. Psychosocial impact. HIV infections.

### Abstract

#### Objective

To analyze the risk perception among HIV-positive women before getting a positive test result.

#### Methods

An exploratory study using in-depth interviews was conducted among 26 women who attended the outpatient clinic of a regional health center in Maringá, Brazil. The sample was drawn according to the women's availability. The interviews were carried out using a semi-structured questionnaire with open and closed questions on social-demographics, knowledge of primary and secondary prevention, risk perception before getting the test results, and impact of the diagnosis on their lives and sexual activity. Data was assessed using content analysis.

#### Results

Though the participants were aware that anyone could get infected, none of them believed they could actually be infected. Psychological mechanisms such as denial, avoidance, thought omnipotence, and projection are encouraged by practices and gender-dominant relationships in the Brazilian culture, which increases women's vulnerability to HIV infection. They feel helpless and many have unprotected sex with their partners, and are prone to unwanted pregnancies and re-infection.

#### Conclusion

HIV prevention programs should take into account psychological, social, economical and cultural aspects that impact on women's vulnerability before and after being infected. For a wider outreach of actions, programs cannot to be restricted to massive information diffusion and need to apply psychoeducational strategies to small groups of women not only to increase their medical knowledge but also to enhance their awareness.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, aumentou a infecção por HIV em mulheres:<sup>3</sup> a proporção homem/mulher pulou de 6:1 em 1989 para 2:1 em 1999.<sup>4</sup> O número de mulheres com Aids no País mostra que, apesar da consciência de serem portadoras do vírus<sup>11</sup> e da ampla distribuição de informações, é difícil mudar hábitos e o contexto sociocultural que facilitou a infecção.<sup>7</sup> A crença inicial de que a Aids seria uma doença circunscrita a determinados "grupos de risco" continua sendo um dos empecilhos para a prevenção em mulheres que imaginam que "só os outros podem contrair o HIV".

Acredita-se que aspectos de vida referentes à identidade sexual e de gênero – transgressão, culpa, onipotência, relação com a morte, entre outros –interferem na prevenção da Aids e, portanto, necessitam ser melhor entendidos para uma maior efetividade dos atuais programas de prevenção. As vias de transmissão do vírus são conhecidas por grande parte das mulheres; as "práticas de risco" são relatadas, mas os mecanismos psicossociais que favorecem ou dificultam a mudança, afetando a vulnerabilidade das mulheres, têm sido pouco enfocados.

O objetivo do presente trabalho é descrever como as mulheres portadoras do HIV percebem sua

vulnerabilidade na provável época da infecção e compreender as dificuldades de prevenção da transmissão sexual do HIV antes e depois do diagnóstico.

Buscou-se também dar voz às mulheres soropositivas anônimas que se encontram nas tabelas epidemiológicas, mostrando, por meio de suas próprias palavras, um pouco de suas vidas e esperanças.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo exploratório em uma amostra de conveniência de mulheres que freqüentaram um ambulatório de um centro regional de saúde, localizado em Maringá, PR.

Esse ambulatório de Aids apresenta um centro de testagem anônima e um posto de distribuição de medicamentos e conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e dentista. É um serviço público referência no atendimento a portadores do HIV, que, à época da coleta de dados, tinha um total de 91 mulheres cadastradas.

A amostra estudada constitui-se de 26 mulheres com sorologia positiva para o HIV, recrutadas no ambulatório de Aids. O grupo foi composto por mulheres

que buscaram o serviço para consulta de enfermagem entre os agosto de 1998 e março de 1999, e foram convidadas pela enfermeira a participar do estudo nos dias do comparecimento da entrevistadora ao ambulatório. Poucas mulheres se recusaram a participar (cerca de 20%), em geral com medo de perder o anonimato. Apenas uma mulher foi excluída da amostra, por comprometimento neuropsiquiátrico.

Com as mulheres estudadas, foram realizadas 26 entrevistas individuais semidirigidas e em profundidade,<sup>12</sup> ou seja, com reiterados encontros face a face, entre o investigador e os informantes, dirigidos a partir da compreensão das perspectivas que os informantes têm a respeito de suas vidas, experiências ou situações, tal como expressadas com suas próprias palavras. O roteiro da entrevista incluiu: relato espontâneo sobre a própria vida; dados sociodemográficos (idade, escolaridade, moradia, trabalho, número de filhos, estado conjugal, com quem mora, renda familiar, religião); conhecimento acerca das vias de transmissão e das formas de prevenção (dúvidas, vias de infecção, formas de prevenção); mudanças ocorridas na vida após o diagnóstico (o que mudou na vida, vivência de situações preconceituosas); percepção de risco (imaginava-se positiva antes do diagnóstico? Qual a explicação para a resposta dada); parceiro atual, uso de preservativo, negociação sexual; significado da Aids (o que é Aids, o que é conviver com HIV, acredita ou não que tenha Aids, como significa a própria infecção); expectativas para o futuro (planos para o futuro – incluindo futura gravidez –, tratamento); significado da morte (o que é a morte, medo da morte).

As entrevistas duraram em média uma hora e meia. Foram gravadas em fita, com o consentimento informado e assinado da entrevistada, a quem foi assegurado a confiabilidade na divulgação dos resultados. Após a entrevista, foram fornecidas informações sobre o HIV/Aids que pudessem ser úteis, especialmente àquelas que mostrassem desconhecimento.

As entrevistas foram interpretadas utilizando-se a análise de conteúdo. Para cada idéia central, buscou-se associar uma categoria temática que permitisse passar dos elementos descritivos à compreensão dos sujeitos no contexto cultural em que as informações foram produzidas.<sup>5</sup>

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

Das entrevistadas, 16 moravam em Maringá, e dez, em cidades da região. As idades variaram de 22 a 59

anos (média de 34,2 anos). Das entrevistadas, 23 relataram que a infecção ocorreu pela relação sexual, sendo 21 em relacionamentos estáveis; 17 mulheres haviam freqüentado até o ensino fundamental, e oito, até o ensino médio. No momento da coleta dos dados, nove trabalhavam fora do lar, e 17 eram “do lar”. A maioria (11) declarou renda familiar na faixa de um a três salários-mínimos mensais; apenas uma família recebia mais de 22 salários e era a única que tinha um negócio próprio (eram donos de um “trailer” pelo qual vendiam salgados numa parada de caminhoneiros). Uma das mulheres declarou renda menor que um salário-mínimo.

Das entrevistadas, 14 fizeram o teste porque o filho ou o companheiro adoeceu; cinco porque elas mesmas adoeceram, e o exame foi solicitado pelo médico; três porque foram doadoras de sangue. Descobrir a soropositividade pelo aparecimento do próprio adocimento ou do de familiares indica o quanto se julgavam pouco vulneráveis à infecção.

Tinham parceiros sexuais (marido, companheiro ou noivo), na data da entrevista, 11 entrevistadas, e as restantes estavam sem companheiros. Com exceção de três mulheres, todas tinham filhos; 18 referiram saber que seus companheiros também eram portadores do HIV, e oito não sabiam o *status* sorológico do parceiro.

### Percepção de risco

Das mulheres, 13 disseram que, antes do diagnóstico, não sabiam como se prevenir contra a Aids, e, das restantes, uma disse que soube tarde demais: “já não dava para fazer nada”.

Após o resultado do teste positivo, oito não tiveram mais relações sexuais, dez tiveram com o próprio companheiro, e oito com namorados ou parceiros eventuais. Foram encontrados vários relatos de relações sem o uso de preservativo, indicando que o contexto em que a infecção aconteceu freqüentemente se mantém, apesar do acesso a um serviço de saúde especializado.

Todas as 26 mulheres estudadas afirmaram que não tinham percebido o risco de contágio e, por não se considerarem vulneráveis ao HIV ou por lhes faltar informações, não adotaram comportamentos que as protegessem do vírus.

As que negavam o risco entendiam que o HIV ameaçava todas as pessoas, mas excluía-se a si próprias. A negação encontra-se articulada com a fantasia onipotente:

*Eu achava que com todo mundo podia acontecer, e comigo não. (“Heloísa”, 23 anos).*

*É aquele ditado: você acha que vai acontecer com o vizinho, jamais com você. Isso nunca passou pela minha cabeça. (“Leda”, 38 anos).*

*Eu achava que isto estava em outro estado, bem longe daqui. (“Beatriz”, 36 anos).*

À falta de informação se soma a idéia de que a possibilidade de infecção pelo HIV estava distante, pois as informações que se tinha a respeito da Aids não eram suficientes para uma atitude ativa (proteger-se ou não de forma consciente) em relação à epidemia.

*Não passou muito pela minha cabeça; raramente tinha ouvido falar sobre Aids. Eu não tinha muito conhecimento com as coisas, meu marido me tranca-va demais, não saía de casa, nem televisão ele deixava eu assistir. (“Joana”, 25 anos).*

*Não era Aids que falava, era lepra que falava. (...) Minha mãe falava que não era Aids, era lepra, aquele negócio que feria assim, que dava no corpo (...) tá com pouco tempo que eu ouvi falar desse negócio de Aids. Tá com uns quatro anos só que eu vejo falar isso [Aids]. (“Leila”, 40 anos).*

*Antes eu não tinha medo porque eu achava que era uma doença como qualquer outra que a gente cura. (“Dora”, 60 anos).*

As diferentes falas buscam uma explicação para a ausência de percepção do risco que também torne suportável a realidade dolorosa. A racionalização falseadora está intimamente relacionada ao fato de que as informações sobre Aids foram, durante muito tempo na história da epidemia, transmitidas com a idéia da existência de grupos de risco, que se referiam a tipos-identidades muito estigmatizados (promíscuos, viciados, pervertidos). Esse tipo de especificação equivocada, ultrapassada ou não, reflete a mentalidade mais conservadora ainda dominante nas definições sobre o prazer, os sexos e os gêneros. Ninguém quer se identificar com esses tipos sob risco. Ao mesmo tempo, isto casa bem com uma pedagogia da prevenção que pressupõe que informações e propostas “lógicas e racionais” são suficientes para que as pessoas passem a se proteger. Ambas são desafiadas pelo cenário mais vulnerável em que alguns indivíduos vivem:

*Eu sabia como contaminava, sabia que a Aids existia e tinha medo do risco, tanto que ia e fazia o exame. Só que eu não sei se algumas vezes alguém com-*

*partilhou, e eu não vi, porque eu me cuidava; isso é uma coisa que é mistério pra mim. (...) porque eu realmente tinha a minha seringa, eu ia e comprava era de monte, era descartável, usava uma. Porque na hora nem eu posso dizer pra você se em algum momento eu não posso ter trocado, porque, que jeito? Eu ia te falar, meu estado psicológico estava muito defasado pra te falar isso. (“Teresa”, 31 anos)*

Nesse contexto, a referência a estereótipos é uma das explicações mais comuns. A “auto-exclusão” (“estava muito defasada”) é co-responsável pela infecção, pois a Aids é uma doença que acontecerá “naturalmente” apenas às pessoas que apresentarem comportamento percebido (também por essas mulheres) como desviante, permanecendo, assim, a idéia de que não há o que fazer frente ao estigma. Nessa lógica, outras mulheres não se percebiam em risco em decorrência de não associarem seus comportamentos àquelas que acreditavam ser pertencentes às pessoas soropositivas: não eram homossexuais, travestis, mulheres promíscuas:

*Pelo fato de eu não ser uma mulher... de não ter vários parceiros (...) Então eu não imaginava que isso pudesse acontecer comigo. Porque eu casei, fiquei viúva, depois casei com esse e depois foi só ele, só os dois. (“Marília”, 31 anos).*

*Eu sempre imaginei que era só com a família dos outros e com os artistas, por causa do jeito liberado que eles tem. (...) Então eu pensava (...) que essa doença só pegava em homossexuais. (“Celina”, 41 anos).*

*Eu não evitava porque eu era casada e eu era fiel, não tinha relações extraconjugais, e nem imaginava que o marido pudesse adquirir a Aids, mesmo sabendo que ele fosse homossexual. (“Glória”, 38 anos).*

*Alembra daqueles cantores, ainda falava, isso é doença de rico, é doença só dos Estados Unidos (...) Imagina quando uma doença dessa chega num pobre! (“Paula”, 47).*

O conhecimento ou a vivência de situações relacionadas ao risco para o HIV/Aids não foi suficiente para a reflexão e mudança de atitude, mas serviram para disparar a angústia e mobilizar a evitação:

*A gente via as pessoas comentando, até pessoas que a gente conhecia, mas é aquilo que vem em mente e some, sabe? Você não procura como evitar a doença, é isso. (...) Porque naquele tempo, a gente sabia que existia, corria esse risco, mas não tinha assim, tanta propaganda, eu pelo menos, eu via na televisão, mas foram poucas vezes. As pessoas falavam,*

*amigos da gente também, uns morreram, outros naquela mesma época ficaram doentes, a gente ficou sabendo. Mas como eu te disse, nunca imaginávamos que ia passar por isso também, tanto nem eu como ele.* (“Jussara”, 29 anos).

Desconsideram os riscos pela onipotência do pensamento diante das informações sobre Aids ou de indicativos muito próximos de sua vulnerabilidade (p. ex., a companheira que se infectou no compartilhamento de agulhas e seringas). Porém, com dificuldades de mexer no contexto de suas vidas, defendem-se onipotentemente, pensando “eu nunca vou pegar essa doença”, abrindo mão de possíveis recursos pessoais para a negociação em cada situação de risco. O recurso passa a ser a onipotência da palavra para dominar a Aids, um recurso ineficaz contra o risco. Onipotentes, pois as mulheres pensavam que jamais seriam infectadas:

*Eu achava que eu nunca ia pegar essa doença. (...) Na casa em que eu morava, às vezes tinha 16, 20, 25 meninas, que a casa era grande. Ai alguma falava assim: “Ah! Eu não fiz programa com fulano porque ele não queria usar camisinha”. Ai, às vezes a gente falava: “Larga de ser boba, não tem perigo não, faz”. Quando eu morava na boate, lá sempre tinha o pessoal que ia, que fazia exames, que explicava, dava camisinha, então sempre a gente sabia, só que, às vezes, a maioria dos homens chegava e falava assim: “Se não fizer sem camisinha eu não faço”. Então, a gente fazia.* (“Eliane”, 27 anos).

*Eu tenho uma colega minha, que faz 20 anos que ela é portadora do vírus do HIV, lá em Curitiba. Nunca passou pela minha cabeça, nunca, nunca que pelo fato de ter usado drogas eu podia ter me contaminado.* (“Neide”, 27 anos).

As carências acirradas pela exclusão (pessoais, sociais, simbólicas ou econômicas) colocam a mulher diante da dificuldade de agir em favor da própria prevenção. Essa realidade de mulheres excluídas é carregada de culpa porque traz acusações. E a culpa é certamente “feminina”.

*Por que isso aconteceu comigo? Por burrice minha, eu descobri que meu marido estava me traindo, o que que eu tinha que fazer? De duas, uma: ou largar dele, separar de casa, como não dava não tinha como, não ter relacionamento mais com ele, ou que então só fosse através de preservativo, ou cortar mesmo, já que estava traindo; onde é que fica o respeito? Se você mora na mesma casa, inclusive no mesmo quarto, você não tem opção para ficar em outro: uma hora a carência muito grande*

*bate, você cai mesmo. É nisso que eu não me perdôo. E foi tão pouco o relacionamento que eu tive com ele, para mim estar numa situação dessa, que eu poderia ter ficado sem. Dá aquela impressão que você ficava com a migalha, entende? Então é por isso que eu não me perdôo, eu nem condeno ele não, não perdôo a mim, que eu poderia ver mais, eu não sei! Eu imaginava que eu estava tão fora da, tão longe disso tudo, que por causa disso é que eu não me conformo de estar numa situação dessa, porque se eu não soubesse que ele me traía, se eu tivesse um relacionamento intenso com ele, é diferente. (...) Numa dessas carências afetiva que é muito grande, foi aonde eu... E é duro, é muito mais fácil você ter alguém pra culpar, do que você ter que se culpar a si mesma. E é onde que me dói muito. (...) Eu não tenho essa saída entendeu? Eu tenho que culpar a mim mesma porque a culpada foi eu mesma. Eu achava assim, que claro, que quem tivesse com vários parceiros correria o risco porque ficava com vários parceiros, só que eu não tinha vários parceiros, mas eu esqueci de pensar que meu marido, no caso tinha, eu no caso só tinha um, e ele?.* (“Rosana”, 41 anos).

Justificam o discurso de que a Aids é doença dos desviados e, portanto, conseqüência de uma “vida má e errada”. Estar dentro das normas (“ser normal”) é fundamental para não se sentirem vulneráveis. Assim, quando se percebem como transgressoras das normas, acham que Aids é uma punição possível e consideram a infecção um caminho para o aprendizado do que “é correto na vida”:

*Eu falava comigo não, não acontece isso não. Eu sou tão feliz. Olha, a gente nunca fez maldade. Ai eu penso também, achei assim que Deus me provou um pouco que às vezes a gente estava meio desobediente... às vezes, se eu não tivesse tanta desobediência, quem sabe Deus tinha me guardado do problema.* (“Olga”, 50 anos).

*Porque tudo primeiro era eu. Eu que separei primeiro, tive filha mãe solteira. Fui eu a primeira a ter, da minha família. Então eu sempre falo: sou eu a ovelha negra da família, sou sempre eu que faço as coisas. Então eu falei, só falta ser eu [que terei Aids].* (“Amélia”, 45 anos).

*Porque pra uma pessoa usar droga é porque psicologicamente ela não está bem (...) Ela não raciocina como uma pessoa que tá com a razão, com as coisas nos seus devidos lugares; ela já tá com a mente totalmente transtornada, e depois uma coisa encaminha outra, é muito difícil, é um túnel assim que você vai indo, é só escuridão.* (“Teresa”, 31 anos).

A convivência prolongada deixa a mulher com o sentimento de que está imune, e a confiança no companheiro, base das relações amorosas, não leva em consideração a vida pregressa dele. A fidelidade e a situação conjugal aparecem como imunização contra a infecção; a convivência com alguém que se ama e a confiança no parceiro são facilitadores da negação do risco:

*Porque você passa a achar que, porque você está convivendo com aquela pessoa, aquela pessoa está imune. Não sei porque você acha isso, mas você acha. Você tá convivendo com aquela pessoa, você gosta daquela pessoa, você passou algum tempo com ela, ela não apresenta nenhum sintoma de nada, fala, ela não tem nada, logo, ela não tem nada.* (“Antônia”, 28 anos).

*E a gente acha assim, nunca vai acontecer, acha que a pessoa com quem você está transando é uma pessoa confiável, porque, porque você namorou essa pessoa às vezes um mês, dois meses... você acha: faz dois meses que eu conheço ela, aí você fala “ah, estou segura”... Agora só se foi nessa época (...) aí ficou solteiro novamente. Abriu as asas e voou. Porque nós dois, desde que casamos, nós somos colados.* (“Denise”, 23 anos).

*Nesse ponto eu confiava nele, porque isso daí, ele que veio com essa doença de solteiro, ele já, quando casamos, ele já tinha o vírus, veio de solteiro. Porque ele não era uma pessoa de ficar saindo (...) nós saíamos só junto, então, não tinha como ele ser infiel.* (“Marília”, 31 anos).

*Ele era caminhoneiro; diz ele que foi uns doze anos atrás, lá em Santos, ele saiu com uma mulher, ele era sozinho, solteiro, e ele, foi assim que ele se contaminou. Diz ele, o tempo que ele ficou comigo, que não saiu com outra mulher.* (“Paula”, 47 anos).

*Eu sei que antes da gente casar (...) até no início do namoro, ele fala que ele saiu com muita mulher, até prostituta que ficam na rua. Ele fala, a gente não sabe como foi. Às vezes até eu peguei disso.* (“Marta”, 30 anos).

A inexperiência da vida de “menina”, feminina, que aprende a dizer não, mas não sabe como dizer sim, também torna difícil a negociação:

*Eu não consigo achar resposta, porque, o que deu na minha cabeça, porque eu era muito criança, e eu não queria, mas como eu gostava muito desse rapaz, ele ficava falando pra mim, se eu não saísse com ele, ele me deixava, ele ficava falando assim sabe. Só que eu me segurei muito.* (“Heloísa”, 23 anos).

## DISCUSSÃO

Segundo a percepção das entrevistadas, não conhecer as vias de transmissão e as formas de prevenção foram os fatores mais importantes para a infecção. No entanto, a baixa consciência sobre sua vulnerabilidade não se deve apenas à desinformação.<sup>8</sup> De fato, e de acordo com Guimarães,<sup>7</sup> a falta de informação figura entre as diversas consequências do estereótipo feminino extensamente relatado na literatura, no qual a mulher tem de ser ingênua, passiva, entre outros atributos. Entretanto, o fato de terem informações ou acharem que estavam susceptíveis ao HIV, faria com que pudessem se prevenir, negociando suas relações? Parece que não, pois, de acordo com a literatura,<sup>2,3,13</sup> essas mulheres precisariam encontrar-se em situação menos desfavorável para que realmente pudessem tomar iniciativas que evitassem a infecção pelo HIV. Enquanto não houver uma mudança mais substantiva da condição feminina, enquanto elas não se sentirem no direito ou encontrarem a sua maneira de agir como “sujeitos sexuais”,<sup>10</sup> as mulheres continuarão a deparar-se, por exemplo, com a dificuldade de convencerem seus parceiros quanto ao uso do preservativo.

A evitação é estimulada pela construção social dos dois gêneros, pelas relações de gênero. É um dos processos psicológicos que podem também explicar porque o conhecimento das formas de infecção e prevenção não é suficiente para a prevenção. Percebe-se que, além da informação, são necessários o conhecimento em relação às consequências da Aids na vida de cada uma, na singularidade complexa de sua existência, e a percepção de que tem direito de buscar o sexo protegido. Nota-se que, apesar de a possibilidade de infecção ter sido cogitada pelas entrevistadas, pois a vivência e a observação da realidade apontavam nessa direção, mascarar essa realidade parece ter sido a maneira encontrada para não se perceberem vulneráveis ao HIV, construindo-se a fantasia de escapar da infecção.

As carências e a dificuldade de tomar uma posição parecem se relacionar à dependência econômica. Dependência econômica significa, necessariamente, submissão sexual da mulher ao homem? Como lidar com essa condição de tantas mulheres? Nota-se, também, que o medo do abandono está atrelado à dificuldade de negociação. O medo é real ou imaginário? Seriam os homens sempre abandonadores? O que poderá ser feito para que esse sentimento seja transformado em algo mais produtivo?

As condições para a prevenção devem ser promo-

vidas em nível individual, social e programático.<sup>1</sup> Identificar os sentimentos que acompanham e participam dos atos das pessoas dão pistas de como colaborar com elas para a auto-observação, onde e como deve-se intervir sem classificá-las como irracionais. O medo real está associado à situação econômica; o medo do abandono é afetivo, mas também está na concretude da fome, da doença, do não ter onde morar. O medo imaginário pode significar perder-se para sempre do outro no qual está construída parte de sua própria identidade, como se descreve nas vivências de separação e luto. Dessa forma, transformar o medo do abandono significa ajudar a mulher a assumir-se como sujeito em seu processo de fortalecimento, diante de si mesma e do outro.

A falta de conhecimento consistente acerca da sexualidade é fator muito importante, e deve ser considerada. A compreensão das formas de prevenção, bem como os estereótipos difundidos no início da epidemia, fortemente marcados por julgamentos morais, foram fatores importantes para a exposição ao HIV e por sua infecção. A idéia de que a Aids é uma doença que representa um castigo para as más ações é ainda uma idéia que tem de ser cuidadosamente desconstruída em grupos psicoeducativos, em trabalhos comunitários face a face, e não apenas desqualificada pelas informações de massa. Quando as mulheres consideram que não praticam más ações, ou seja, são mulheres fiéis, cuidadosas e honestas, não enxergam sua vulnerabilidade, pois acreditam que nada poderia lhes ocorrer de mal. Segundo Knauth,<sup>9</sup> uma das formas de lidar com a soropositividade é garantir seu *status* social, conferindo nova racionalidade à sua contaminação. Essa parece ser uma saída utilizada, também, pelas mulheres deste estudo.

No presente trabalho, considerou-se importante compreender, antes de tudo, que as explicações dadas pelas mulheres entrevistadas servem para aliviar a angústia de lidar com a realidade carregada de vulnerabilidade. A dificuldade de perceber o companheiro sexual ou colegas de “pico” como alguém que “traz perigo” pode desencadear intensa angústia. Quando se reconhece a realidade, emergem as dificuldades pessoais, familiares, econômicas para desafiá-la. Uma saída é o acionamento de processos psíquicos que parecem promover uma cisão na qual o sujeito tende a ignorar o risco da infecção em favor de alguma integridade mental.

As explicações dadas pelas mulheres entrevistadas sobre sua baixa percepção do risco mostraram que é necessária uma discussão do papel da mulher e um estímulo a uma mentalidade mais igualitária

nas relações entre homem e mulher. Como indicam Guerny & Sölsberg,<sup>6</sup> a desigualdade fomenta a disseminação do HIV e torna necessário um replanejamento das relações de gênero, este também discutido por Villela<sup>13</sup> e Barbosa.<sup>2</sup>

Nesse sentido, dispositivos sociais e programáticos deveriam promover em longo prazo a conscientização da importância da prevenção menos “unifocalizada” em convencer sobre as vantagens do uso do preservativo, porém mais multifacetada e garantindo que um dos eixos seja a conscientização do contexto sociocultural que potencializa a vulnerabilidade. Os processos psicológicos, entretanto, devem ser abordados nos diversos programas de prevenção primária e secundária para além do receituário ou do treinamento de comportamentos e práticas. Equipes de profissionais devem estar preparadas para uma abordagem mais holística e compreensiva e para o compartilhamento de temas emergentes que levem em conta a vida em processo das mulheres.

Um trabalho que compreenda a mulher em sua totalidade e a ajude no fortalecimento de suas potencialidades como cidadã fará com que ela possa dividir suas angústias e enfrentar seus temores sem a necessidade de utilizar mecanismos que neguem o compromisso com os novos rumos de sua história pessoal. Entende-se, como Paiva et al,<sup>10</sup> que se deve incluir nos programas de prevenção uma dimensão conscientizadora das construções culturais sobre as relações entre homens e mulheres, dos simbolismos e estigmas associados à Aids e às mulheres portadoras, e estimular a auto-observação da maneira como cada um traduz tudo isso em seu viver único e singular. É necessário que o homem seja conscientizado de sua co-responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva de suas parceiras. Nesse sentido, Guerny & Sjöberg<sup>6</sup> alertam para o fato de que, quando se fizer recomendações para programas de prevenção à Aids, deve-se cuidar para que estes não representem uma armadilha para as mulheres, reforçando e preservando a desigualdade por meio de recomendações que privilegiem o papel reprodutivo e de cuidados das mulheres, transferido para o coletivo. “Ao invés disto ou paralelo a tais recomendações, devem-se encontrar formas de envolver os homens (além de seus papéis de liderança) no setor público e privado”.<sup>6</sup>

Keogh et al<sup>8</sup> lembram que o aconselhamento individual é a fonte de apoio preferido pelas mulheres e que o aconselhamento de casais seria necessário para abordar assuntos de gravidez e HIV, assim como para aumentar a comunicação, o uso da camisinha e a par-

ticipação do companheiro. O atendimento individual e de casal para todas as mulheres é tarefa difícil e cara, demanda grande quantidade de profissionais capacitados, espaço e tempo. A utilização de espaços e processos psicoeducativos, comunitários, nos quais haja encontro de mulheres e de seus parceiros, separados e juntos, devem ser privilegiados. Os profissionais de ajuda devem romper com práticas focalizadas

no indivíduo e se valer mais de práticas em grupo, como atendimento em sala de espera, grupos de gestantes, reunião de pais e mestres.

Espera-se que os resultados apresentados e sua discussão possam estimular formas de atuação que estejam mais próximas da realidade desse grupo, e certamente esses *insights* serão aproveitados.

## REFERÊNCIAS

1. Ayres JR, França Jr-I, Calazans G, Saletti Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.
2. Barbosa MR. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.73-88.
3. Boletim Epidemiológico Aids. Ministério da Saúde. Brasília (DF) 1998;11(4).
4. Boletim Epidemiológico Aids. Ministério da Saúde. Brasília (DF) 1998;12(1)
5. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 1991.
6. Guerny J, Sjöberg E. Inter-relationships between gender relations and the HIV/Aids epidemic: some possible consideration for policies and programmes. *Aids* 1993;7:1027-34.
7. Guimarães CD. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV/Aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 169-79. (História social da Aids, 7).
8. Keogh P, Allen S, Almedal C, Temahagili B. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Soc Sci Med* 1994;38:1047-53.
9. Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 121-36.
10. Paiva V, Bufamelli L, Leme B, Ventura-Filipe E, Tunala L, Santos N. Sida, vulnerabilidad y condicionantes de género. *Cuad Mujer Salud* 1997;3:34-8.
11. Paiva V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 249-69.
12. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós;1987.
13. Villela W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 199-213.