

ELIANA MARIA HEBLING

**MULHERES E AIDS: RELAÇÕES DE
GÊNERO E CONDUTAS
DE RISCO**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

1997

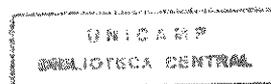
ELIANA MARIA HEBLING

MULHERES E AIDS: RELAÇÕES DE
GÊNERO E CONDUTAS
DE RISCO

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por Eliana Maria Hebling e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 10/11/97

Assinatura: JR Guimarães



6/2011 86

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
UNICAMP	
H354m	
V. Ea	
TOMBO BC/33712	
PROC. 355/98	
C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>	
PREÇO R\$ 11,00	
DATA 07/05/98	
N.º CPD	

CM-00109971-B

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP

H354m Hebling, Eliana Maria.
Mulheres e AIDS : relações de gênero e condutas de risco/
Eliana Maria Hebling. – Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Isaura Rocha Figueiredo Guimarães.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Mulheres - Comportamento sexual. 2. Doenças
transmissíveis - Prevenção. 3. AIDS (Doença) - Aspectos
sociais. 4. HIV (Vírus) - Aspectos sociais. I. Guimarães, Isaura
Rocha Figueiredo. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Educação. III. Título.

Dissertação apresentada, como exigência parcial para a obtenção do Título de MESTRE em EDUCAÇÃO na Área de Concentração: PSICOLOGIA, à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Isaura Rocha Figueiredo Guimarães.

Comissão Julgadora:

Isabela Schwantes Araujo
St. Guimarães
Quendy

DEDICATÓRIA

*À Alessandra, André e Daniel, companheiros amorosos
e inseparáveis que Deus, em sua infinita bondade,
colocou em meu caminho nesta vida;*

*Aos meus pais, Expedito e Dirce, que com dedicação,
amor e exemplo de vida, iluminam minha trajetória.*

AGRADECIMENTOS

- * À Prof^a Dr^a Isaura Rocha Figueiredo Guimarães, pela orientação deste trabalho.
- * Ao CNPQ, pela bolsa de estudos concedida durante o ano de 1995.
- * À Dra. Ellen Hardy e ao Dr. Anibal Faúndes, pelo inestimável apoio que têm me dedicado em todos os momentos.
- * À Margarita Díaz, pelo suporte dado durante o desenvolvimento desta pesquisa.
- * À Maria José Osis, pela dedicação com que revisou todos os escritos.
- * À Maria Yolanda Makuch Bahamondes, pelas contribuições ao meu trabalho e por acompanhar de perto minhas correrias, sempre com uma palavra amiga.
- * À Roberta Pellegrino, que com toda a paciência me ajudou na configuração final da tese.
- * À querida Nadir, funcionária da Secretaria de Pós Graduação, pela eficiência e atenção que me dispensou em todos os momentos.
- * À Dr^a Sílvia B. Bellucci e aos colegas do Centro Corsini pela atenção durante a fase de coleta dos dados.
- * Às coordenadoras das instituições: Centro de Orientação ao Menor de Campinas (COMEC); Creche Tia Nair; Creche N. Sr^a da Visitação; Creche Bento Quirino; Creche Jesus de Nazaré; Creche União Cristã Feminina, por tornarem possíveis as reuniões com as mulheres.
- * À todas as mulheres que participaram desse estudo.
- * Aos meus amigos, por compreenderem minhas constantes fugas.
- * Ao Guilherme, à tia Laurinha e ao Dr. Corsini que, de outro plano, inspiraram-me na realização desse trabalho.

SUMÁRIO

1.	A CONSTRUÇÃO DA AIDS NO COTIDIANO FEMININO	2
1.1.	O aspecto epidemiológico	8
1.2.	O aspecto sócio-cultural	15
1.3.	As relações de gênero	20
2.	EXPLORANDO AS FRONTEIRAS DO DESCONHECIDO: NOSSA EXPERIÊNCIA COM O PROBLEMA.....	27
3.	EM BUSCA DO DESCONHECIDO: O MÉTODO	32
3.1.	A pesquisa qualitativa e o desenho do estudo	32
3.2.	A técnica de grupo focal	33
3.2.1.	Roteiro dos grupos focais.....	35
3.3.	Crítérios e procedimentos para seleção dos sujeitos.....	35
3.4.	Coleta de dados	36
3.5.	Processamento dos dados	37
4.	DESVENDANDO ENIGMAS: A AIDS SOB A PERSPECTIVA DAS MULHERES	38
4.1.	As mulheres estudadas	38
4.2.	Análise dos dados	39
4.2.1.	Informações, sentimentos e atitudes em relação às DST/AIDS	40
4.2.2.	Percepção das mulheres quanto ao risco de contaminação	46
4.2.3.	Os mecanismos de prevenção da AIDS	50
4.2.4.	O relacionamento à dois e as relações de poder.....	57
4.2.5.	A fidelidade e a confiança.....	65
4.2.6.	Quanto ao parceiro ideal, quais as expectativas das mulheres?	79
5.	DISCUTINDO A DESIGUALDADE DE GÊNERO E A AIDS ENTRE MULHERES	83
6.	O DESAFIO CONTINUA ... ONDE A SOLUÇÃO?	94
7.	SUMMARY	100
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
9.	ANEXOS	110
9.1.	Anexo 1 - Cópia da cartilha: "O alerta da AIDS, a coisa tá feia"	110
9.2.	Anexo 2 - Roteiro dos grupos focais	120
9.3.	Anexo 3 - Ficha de identificação das mulheres estudadas	125

RESUMO

O aumento do número de casos de AIDS em mulheres, motivou o desenvolvimento de um projeto educativo em sexualidade, DST e AIDS com quase 500 mulheres, entre 1991 e 1994, em Campinas, S.P. Os resultados desse projeto mostraram um aumento de conhecimentos e mudanças de atitude em relação à pessoa do portador do HIV, mas não foram observadas mudanças em comportamentos de risco para a contaminação por via sexual. Isso nos impulsionou a realizar um estudo mais aprofundado sobre as razões pelas quais as medidas de prevenção da AIDS não são incorporadas no cotidiano das mulheres. Para isso, foram realizados seis grupos focais com mulheres que já haviam participado do processo educativo, onde pesquisou-se o conhecimento, a percepção do risco, o uso de medidas preventivas e as relações de casal, numa perspectiva de gênero, focalizando o diálogo, o poder de decisão, a fidelidade e a confiança. A análise dos grupos focais apontou que as mulheres foram capazes de citar todas as vias de transmissão e prevenção da AIDS. Entretanto, reconheceram não fazer uso do preservativo com parceiros fixos, e relataram que a relação a dois tem sido difícil porque falta diálogo e a palavra final é sempre do homem. Concluiu-se que, mesmo quando as mulheres possuíam informações à respeito da AIDS, elas não utilizavam medidas preventivas em relacionamentos estáveis, porque não tinham poder de decisão e tinham medo de levantar suspeitas de infidelidade e provocar a separação do casal.

1 - A CONSTRUÇÃO DA AIDS NO COTIDIANO FEMININO.

*E agora nós que somos escritoras e monstros
estranhos
Ainda buscamos nossos corações para
encontrar as respostas difíceis,
Ainda esperamos poder aprender a por
nossas mãos
Com mais delicadeza e sutileza nas areias
escaldantes.
Seremos, através do que fazemos, simplesmente
mais humanas,
Chegarmos no poço fundo em que o poeta se
torna mulher,
Onde nada precisa ser renunciado ou posto
de lado
À pura luz cujo brilho emana do parceiro,
À calida luz que traz o fruto e a flor
E aquele grande equilíbrio, aquele sol, o
poder feminino.*

May Sarton.

(Citada por LEONARD, 1991:211)

Longe de ser uma verdade única ou de propor soluções, este trabalho pretende levantar reflexões a respeito da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), no

sentido de compreender comportamentos e apontar caminhos que possam contribuir, de alguma forma, para facilitar a sua prevenção.

Primeiramente, o estudo exprime o desejo de abordar duas temáticas da atualidade: a AIDS entre mulheres e as relações desiguais de gênero e, ainda, evidencia a tentativa de encontrar novos caminhos na direção da prevenção da doença, já que a cura parece estar longe de acontecer.

Deixando de lado as diversas formas de transmissão do Vírus da Imuno Deficiência Humana (HIV), vamos nos ater àquela por via sexual, não somente porque temos trabalhado na área da sexualidade, mas também por acreditarmos que, apesar dos esforços dispendidos por profissionais da saúde e da educação para a contenção da disseminação do vírus por essa via, ainda são poucos os progressos neste sentido. Como podemos constatar, o número crescente de contaminações por via sexual (75 a 85%), já ultrapassam em muito as projeções feitas no início da pandemia, nos anos 80 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; DANTES, 1997).

Além disso, contrariando as expectativas iniciais, que rotulavam a AIDS como uma peste "gay", temos agora um novo e desafiante foco de preocupações: a doença vem se tornando a maior responsável por casos de óbito entre mulheres de 20 a 34 anos, afetando não somente prostitutas e parceiras de usuários de drogas, mas, principalmente, donas de casa com parceria única (ABBADE & CAVALHEIRO, 1993).

A AIDS é uma síndrome que tem mobilizado e concentrado a atenção de profissionais da saúde e educação, não apenas por ser uma doença crônica e fatal, mas também por trazer consigo um agravante conjunto de constrangimentos sócio-econômicos e culturais (HEAGART & ABRAMS, 1992).

O fato é que uma doença que se disseminou inicialmente entre uma população específica, está tendo seu curso livre em todas as camadas da população. Durante um bom tempo, ninguém tomou consciência de que todos nós corríamos o mesmo risco!

Considerando o aumento do número de casos de AIDS na população feminina e constatando, através dos dados epidemiológicos, que a grande maioria é contaminada pela via sexual, entre mulheres de parceria única, não poderíamos deixar de lado alguns questionamentos, tais como:

Qual é o papel da mulher neste episódio? Qual é sua participação ao longo da história para que isso aconteça? O que poderia ser feito para mudar esta situação?

Estes questionamentos nos impeliram a voltar um pouco atrás no tempo, e refletir sobre a construção do papel feminino ao longo da história, desde a mitologia antiga.

No prefácio do livro "Malleus Malleficarum: o martelo das feiticeiras" (DIAMENT et al, 1991), encontramos uma retrospectiva bastante interessante sobre esta construção, realizada por Rosemarie Muraro. De acordo com essa análise, os

primeiros mitos de que se tem registro falam da mulher como deusa, como força e poder, quando as culturas eram matricêntricas. O mito grego registra Gaia, a mãe terra, permissiva, amorosa e não coercitiva, que cria o universo e gera todos os protodeuses. No entanto Gaia, foi destronada por Zeus.

Outras mitologias, como a sumeriana e a asteca, falam do reinado de deusas mulheres que são destronadas por deuses masculinos, que passam então a gerar o mundo e os seres por si mesmos. Mais tarde, os mitos persa e meda substituem a divindade feminina por um deus macho, único e todo poderoso, assim como acontece no nosso mito cristão (DIAMENT et al, 1991; HIGHWATER, 1992).

No mito cristão, Deus cria Adão e, deste, cria Eva, colocando-os no paraíso para desfrutarem de todas as delícias, onde teriam tudo de que necessitassem para ser felizes. Havia lá uma árvore do conhecimento, da qual não poderiam comer nenhum fruto, sob o risco de perderem o paraíso. Eva, desobedecendo as ordens recebidas, além de comer a fruta, ofereceu-a a Adão; e naquele momento descobriram-se nus, envergonhando-se de sua sexualidade. Deus, onipresente, que tudo via e controlava, expulsou-os do paraíso. Desde então, a sedução do homem pela mulher passou a ser a tônica do pecado (DIAMENT et al, 1991; ARIÉS & DUBY, 1991).

Em seu discurso sobre a herança de Adão e Eva para a humanidade, Santo Agostinho diria que não foi a sedução mas sim a desobediência às ordens de Deus a razão do pecado original (BROWN, 1991). Entretanto, ao enfatizar a dicotomia corpo e mente, intensificou a relação sexo-pecado, que passou a ser generalizada a partir de

suas idéias. De todo modo, o que ficou inscrito na mentalidade histórica cristã, foi que o homem caiu em tentação por causa da mulher.

Desde a época do Gênesis a mulher foi caracterizada como a tentadora do homem, a perigosa fonte de sua perturbação e, além de tudo, a geradora e perpetuadora da espécie pecadora. Aquela que foi assumida como pecadora, e que se assumiu como tal, devia pertencer ao mundo privado e submisso.

No início da Idade Média, os conflitos de valores entre os bárbaros e cristãos, que culminaram em sangrentas guerras, colocaram, algumas vezes, as mulheres de volta ao mundo das decisões, quando da ausência dos homens. Mas elas voltavam ao privado quando os homens reassumiam seus lugares. Nessas ocasiões, o saber popular feminino intensificava-se. As mulheres eram as curadoras, as cultivadoras de ervas que desenvolviam a saúde, as parteiras que andavam de casa em casa e as médicas para todas as doenças. Este saber era transmitido de geração a geração, passando a ser uma ameaça, não só por desafiar o poder médico masculino, que já vinha se fortalecendo, mas também porque as mulheres se uniam e formavam comunidades onde trocavam os segredos de cura (DIAMENT et al, 1991; ARIÉS & DUBY, 1991).

Na Idade Moderna, a noção de perigo ligada à figura feminina toma todas as forças, culminando na caça às bruxas. E bruxas eram chamadas aquelas que "ousavam" expressar suas convicções, suas crenças, seus valores e sua sexualidade (DIAMENT et al, 1991).

A igreja associou a mulher à sexualidade e esta ao mal e ao pecado, aplicando punições às pecadoras e marcando com certa intensidade o papel de submissão da mulher na história (ARIÉS & DUBY, 1991).

Ao reconstruirmos a história feminina, será que temos dados suficientes para explicar como o processo de sujeição da mulher foi construído? Esses dados garantem a compreensão de onde e quando realmente se instalou a desigualdade de poder entre o homem e a mulher?

O que sabemos é que a submissão feminina foi incorporada coletivamente e continua sendo mantida até nossos dias. Isso se torna ainda mais visível quando analisamos a busca, pela mulher, de complementação no homem, e a maneira diferenciada com que continua educando os filhos do sexo masculino e feminino, conservando no sexo os valores preestabelecidos.

Neves (1986), em seu livro "Homem, mulher e medo", comenta sobre o conservadorismo que existe na cultura ocidental, afirmando que a mulher vive sua feminilidade na procriação, faz parte de um "grupo dominado" e se identifica com o "dominador", ajudando-o a manter esse status. Para a autora, a mulher não é omissa neste processo de submissão feminina.

Diante desse quadro, perguntamos: **como desviar o rumo deste caminho, para que a mulher possa realmente se auto valorizar, agindo a partir de suas necessidades, sentimentos e intuições peculiares, criando, de um modo que seja só seu, um modelo de autonomia?**

Para clarear nossa compreensão a respeito do problema, resolvemos abordar a AIDS sob os aspectos epidemiológico e sócio-cultural, considerando a relação existente entre eles e as relações de gênero.

1.1. O aspecto epidemiológico.

"A pandemia da AIDS revelou, em todo o mundo, a precariedade geral dos serviços de saúde e de informação. As mulheres sofrem de maneira desproporcional o impacto negativo desta precariedade"

(O'LEARY & CHENEY, 1993:31)

O estudo epidemiológico da AIDS, desde o seu início, apresentou três etapas diferenciadas, caracterizadas por paradigmas causais. Passou de uma peste "gay" (1981 e 1982) a uma doença de grupos de risco, que incluía homossexuais, usuários de drogas endovenosas e prostitutas (1982 a 1984), até chegar a ser considerada como um

problema de condutas de risco, sendo que qualquer pessoa pode estar envolvida (1985 em diante). As duas primeiras etapas consideravam redes causais onde as pessoas pertencentes a determinados grupos específicos eram consideradas fatores de risco. Nessa época já se suspeitava da ação de um agente infeccioso na transmissão da doença. Na terceira etapa já havia uma aceitação ampla do HIV como causa da AIDS, o exame sorológico passou a ser disponível e isso provocou uma reorientação em direção aos determinantes da infecção pelo HIV, focalizando as condutas de risco (CÁCERES, 1995).

Quando os primeiros casos de AIDS vieram à tona, em 1981, todas as atenções focalizaram a figura masculina como alvo da doença. Muitos estudos foram sendo desenvolvidos em relação ao tratamento e prevenção, tomando como ponto de referência o funcionamento do corpo do homem. Somente mais tarde ficou evidente que a síndrome poderia atingir também as mulheres e, conseqüentemente, as crianças, através da transmissão vertical (HEAGART & ABRAMS, 1992).

Como os interesses iniciais estiveram voltados para a manifestação da AIDS no homem, houve um retardo no processo de conhecimento da doença e de suas conseqüências para a mulher, dificultando a implantação de medidas terapêuticas e preventivas especificamente dirigidas ao sexo feminino, levando em conta suas diferenças biológicas, psicológicas e sociais.

Durante o tempo em que foi considerada como uma doença de homossexuais, usuários de drogas e prostitutas, alimentou crenças e preconceitos, inclusive o equívoco de colocar as mulheres fora do alcance dos riscos de contaminação pelo HIV.

Entretanto, no início de 1987, alguns pesquisadores já registravam que a proporção de casos de AIDS por transmissão heterossexual estava crescendo mais rapidamente do que a proporção de casos em qualquer outra categoria de risco (FREIDLAND & KLEIN, 1987).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 19 milhões de pessoas foram contaminadas pelo HIV no mundo até o início de 1997 e prevê-se para o ano 2 000 um total de 30 a 40 milhões de pessoas infectadas; a taxa de pessoas contaminadas através de relações heterossexuais estaria em torno de 75 a 85% (PAHO/WHO, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; DANTE, 1997). Somente no ano de 1996, a Organização das Nações Unidas (ONU) apontou 3,1 milhões de novas infecções por HIV no mundo (UNAIDS, 1996), e estimativas mais pessimistas apontam mais de 100 milhões de infecções acumuladas para o ano 2 000 (BONGAARTS, 1995).

No Brasil, o número de casos notificados de AIDS até maio de 1997 chegou a 110.872; destes, 56.605 pertencem ao Estado de São Paulo. Na região de Campinas (SP) foram registrados 1.561 casos até a mesma data, de acordo com os dados da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Como os casos registrados não expressam o total de contaminações, muitos dos portadores assintomáticos do vírus não estão

identificados nesses números, o que acumula um índice considerável de pessoas infectadas, entre as quais uma grande porcentagem desconhece sua condição de portador.

A cada ano, à medida que os números aumentam, o sexo mais atingido é o feminino. Isso nos revela uma mudança no perfil epidemiológico da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995). Um dos indicadores dessa mudança é a alteração observada na proporção de casos de AIDS entre homens e mulheres que em 1985 era de 28/1, passando a ser de 3/1 em 1995 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Outro indicador é o aumento de casos de AIDS por transmissão vertical, sendo que atualmente no Brasil, a taxa de incidência em crianças menores de um ano e entre um e quatro anos de idade é de 1.419 e 1.519 casos, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Este rápido crescimento da infecção pelo HIV entre mulheres tem sido atribuído ao contato heterossexual (GÓMEZ & MARIN, 1993). Um levantamento de casos de AIDS notificados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle no Rio de Janeiro mostrou que, para a grande maioria das mulheres infectadas das camadas média-baixa e baixa, entre os 15 e 45 anos, a principal via de transmissão do HIV foi sexual, através do parceiro bissexual ou da prática de sexo anal (PAIVA, 1992).

Além disso, a AIDS já representa a primeira causa de morte para as mulheres paulistas entre 20 e 34 anos, segundo os indicadores produzidos pela Fundação

SEADE, a partir de levantamento feito junto às declarações de óbito de todos os municípios paulistas (GAPA-BA, 1994).

Em ritmo acelerado, a doença vem afetando também as donas de casa com parceria única (ABBADE & CAVALHEIRO, 1993). De acordo com pesquisa publicada em dezembro de 1995, estas mulheres representaram 75% da mortalidade feminina por AIDS, no Município de São Paulo, entre 1991 e 1993 (RELATÓRIO, 1995).

Um dos fatores apontado como responsável por esse aumento de casos de AIDS em mulheres de parceria única é o modo de encarar a prática sexual no Brasil, onde as distinções entre hetero, homo e bissexualidade são pouco claras (VERMELHO et al, 1994). Um exemplo disso é que parceiros ativos em relações sexuais com o mesmo sexo mantêm, ao mesmo tempo, relacionamentos com o sexo oposto e não se consideram, necessariamente, homo ou bissexuais (PARKER, 1991). Neste contexto, pessoas com práticas de risco não estariam se identificando como pessoas em risco, o que tornaria a prevenção, para elas e seus/suas parceiros/as, uma medida desnecessária (VERMELHO et al, 1994; BIAGINI & SÁNCHEZ, 1995; DANTES, 1997).

Outro fator que também está sendo relacionado à mudança no perfil da epidemiologia é o anátomo-biológico. As diferenças entre a genitália feminina e masculina tornam a mulher mais vulnerável à contaminação pelas doenças de transmissão sexual, inclusive a AIDS. A probabilidade de uma mulher saudável contrair uma doença sexualmente transmissível (DST) ou AIDS de um parceiro contaminado é

de duas a quatro vezes maior do que o contrário (DIXON-MUELLER & WASSERHEIT, 1993; WHO, 1994).

Um dos aspectos responsáveis por essa situação é a mucosa vaginal que, por suas características, já é considerada uma porta aberta para a entrada do vírus, além de, por qualquer lesão ulcerada, facilitar a penetração deste. Uma outra consideração é que o sêmen permanece mais tempo e em maior quantidade em contato com a mucosa vaginal do que as secreções vaginais permanecem em contato com o pênis (GRINBERG, 1995). Além disso, no período menstrual há uma maior concentração de linfócitos nessa área, tornando ainda maior a chance de contaminação. Nesses casos, o risco para a mulher pode ser até 18 vezes maior do que para o homem (FERNANDES, 1995).

Sabemos também que existe um sinergismo entre as DST e o HIV que aumenta a possibilidade de disseminação da AIDS, no sentido de que as pessoas infectadas por uma DST estão mais vulneráveis a contrair o HIV de alguém contaminado, assim como as pessoas portadoras do HIV estão mais vulneráveis a contrair uma DST (MOERDAVI, 1995).

Se a mulher é mais suscetível de contrair DST/AIDS e se uma mulher infectada por uma DST é mais frequentemente assintomática, parece claro que, biologicamente, as consequências mais graves são para ela (LOWNDES & GIFFIN, 1995).

Ademais, as mulheres têm vivido o impacto negativo da precariedade dos serviços de informação e saúde, sendo o alvo preferencial de grande parte das coerções culturais (O'LEARY & CHENEY, 1993). Ao analisar a construção da sexualidade e dos papéis de gênero no Brasil, Parker (1991) aponta a reprodução do modelo tradicional, aquele que atribui uma postura passiva e dependente à mulher. Isto dificulta a incorporação e manutenção de medidas preventivas por parte delas, já que têm menor poder de negociação e decisão nas atividades sexuais. Neste sentido, sua vulnerabilidade projeta-se também no campo social, o que, de toda maneira, é potencializado pela vulnerabilidade biológica.

Por tudo isso, a AIDS entre mulheres está prestes a se tornar um dos maiores desafios para a medicina, para a saúde pública e para os sistemas de atendimento comunitário em todo o mundo (CHIN, 1990; BELL, 1992).

Se o número de casos de AIDS entre mulheres continuar crescendo desta maneira, como estaremos daqui há dez anos? Considerando a precariedade de nosso sistema de saúde, quais serão as chances de atendimento a essa demanda crescente? Temos condições de reverter esse quadro?

1.2. O aspecto sócio-cultural.

"É uma enfermidade nova que tem criado muitos mitos, que tem a ver com o sexo, com as drogas, com o sangue; que concentra todas as coisas que se veem como mágicas, misteriosas, que sempre são tabú ... De todos os modos, para mim a única coisa que tem de novo na AIDS é o vírus HIV que a produz. Porque todo o resto já estava presente. A AIDS põe em manifesto o que sempre aconteceu, o que já existia, desde o sexo e as drogas até a saúde pública absolutamente deteriorada nestes países ... Tudo estava, porém encoberto. Sabe o que é a AIDS? Um grande descobridor."

Roberto Jáuregui

(Citada por BIAGINI & SÁNCHEZ, 1995:119)

Quando refletimos sobre a temática da AIDS, não podemos nos desvincular da necessidade de ter que enfocar a especialidade de sua representação social e cultural. Considerada a "doença da época", a AIDS vem dizimando assustadoramente homens, mulheres e crianças, assemelhando-se neste ponto às epidemias que assolaram o nosso passado histórico, porém agora com a agravante de estar associada à sexualidade e, conseqüentemente, vinculada às condutas morais no senso comum. Assim como a lepra e as pestes, a AIDS tem se transformado, na percepção popular, num conjunto de

metáforas responsáveis pela criação de mitos, crenças e imagens que, de certa forma, geram medos e ansiedades em relação à doença.

Algumas dessas metáforas são analisadas, sob o ponto de vista antropológico, por Helman (1994), em seu livro "Cultura, saúde e doença". De acordo com sua análise, a AIDS é percebida popularmente de diversas maneiras. Em primeiro lugar, como uma praga, uma força invisível e destruidora que traz consigo a desordem e o caos na sociedade, na família e nas relações interpessoais. Em segundo, como uma contaminação invisível que pode ocorrer por qualquer contato com a pessoa infectada. Desta forma, como as doenças medievais, a pessoa contaminada está envolvida por um "miasma" infeccioso e pode transmitir a doença a quem se aproximar, implicando também a idéia de que as condutas sexuais dessa pessoa também podem contagiar as outras ao seu redor.

Seguindo esta mesma linha metafórica, a AIDS é vista ainda como uma punição moral, onde, enquanto os homossexuais, usuários de drogas, bissexuais e praticantes de sexo extraconjugal são "julgados" culpados, os hemofílicos, as crianças e cônjuges de usuários de drogas, bissexuais ou de praticantes de sexo extraconjugal são "julgados" inocentes. É vista também como força primitiva, caracterizada por uma sexualidade irrefreada e anticonvencional ou mesmo como uma guerra provocada por condutas "imorais" de minorias estigmatizadas numa sociedade convencional.

Essas metáforas refletem uma imagem contraditória, em que o prazer caminha ao lado da doença e da morte, onde se teme o impacto da mudança sexual, da

complexidade social e da diversidade moral (WEEKS, 1996). Além disso, as metáforas são perigosas porque, ao fomentar o temor popular, criam imagens que impedem qualquer avaliação racional dos riscos de contaminação, bem como de seu controle e tratamento.

Grinberg (1995) vai além do temor popular em sua análise sobre a construção sócio-cultural da AIDS, abordando, do ponto de vista médico, a problemática das mulheres. Segundo ela, a AIDS carrega um estigma histórico social por ter sido vinculada às enfermidades venéreas de modo similar à sífilis. Esta, por ser considerada sinal de castigo ao "prazer pecaminoso" e de "comércio sexual", foi associada, a partir do século XVIII, à prostituição, colocando então as mulheres como fonte da enfermidade. Em finais do século XIX, com a revolução industrial, essas enfermidades constituíram-se em problema de saúde pública e foram objeto de controle social sendo, simbolicamente, entendidas como fruto de transgressão moral, traduzindo-se numa construção biológico-moral de forças preconceituosas.

Influenciada pela tradição desse ponto de vista, a construção inicial da problemática da AIDS também revelou, simbolicamente, uma identidade com a "perversão", e os grupos praticantes foram diferenciados da "sexualidade normal" e tachados de "sexualidade anormal". Com o avanço da epidemia, já não era mais o "sexo pervertido" o responsável pela disseminação da doença, mas ficou claro que o comportamento sexual é que era de risco. Assim sendo, o amplo conceito de sexualidade passou a ser categorizado e sua dimensão reduzida à atividade de risco, reprodução biológica e patologia.

De acordo com o pensamento de Grinberg (1995), a incorporação dessa construção biológico-moral reforça estereótipos históricos classificatórios da mulher, e põe em evidência a carga moral que distingue as "responsáveis" (prostitutas) das "vítimas inocentes" (esposas). Além disso, evidencia o peso de um modelo médico, que estigmatiza a sexualidade feminina, restringindo-a à reprodução (esposa/mãe) ou incorporando-a à patologia social (prostituta), conferindo à mulher a figura principal de transmissora.

Na verdade, estamos diante de uma doença transmissível que apresenta formas específicas de contaminação e modos especiais de prevenção. Sabemos que a maioria das pessoas tem alguma informação sobre essas formas mas, no entanto, o HIV continua a disseminar-se de maneira rápida e assustadora. Em se tratando de auto-proteção, não poderíamos deixar de considerar que existem fatores sociais e culturais que, de certa forma, dificultam a mudança de comportamento. Muitas vezes, esses fatores chegam a determinar que as mulheres não se previnam, porque a conduta de não proteção está tão arraigada social e culturalmente, que a modificação da mesma implicaria uma mudança profunda na própria cultura da sociedade em que elas estão inseridas (BIAGINI & SÁNCHEZ, 1995).

Um exemplo disso é o crescimento alarmante do número de casos de AIDS entre mulheres de parceria única. Na sociedade ocidental, em que as representações sobre a sexualidade são determinadas em função de uma cultura sexual masculina, a incorporação do uso de preservativo em relacionamentos de longa duração tem se

tornado conflituosa, porque levanta questões ligadas à confiança e à fidelidade e sugere uma situação de diálogo, de negociação e decisão que não é comum entre os casais. Assim, para muitas mulheres, o medo de uma contaminação pelo HIV parece ser menor do que o medo de sugerir aos seus parceiros o uso do preservativo (PEARL, 1990).

A disseminação da AIDS vem colocando em jogo não somente o problema da diversidade sexual como também os modelos de sexualidade, revelando as ambíguas fronteiras entre o público e o privado, a enfermidade e a transgressão moral, e vem reestruturando em um novo cenário de tensão e conflito, o complexo de relações de poder, gênero, classes sociais e étnicas (GRINBERG, 1995).

A construção social do risco sexual tem ocupado um lugar importante nas pesquisas sobre sexualidade. Esta, por sua vez, deve ser melhor compreendida e contextualizada para que novas mudanças possam acontecer em relação à AIDS. Uma preocupação maior com a relação entre cultura e mudança de comportamento talvez facilite a compreensão acerca do papel das atitudes de risco na aquisição da doença.

Como dizia Moraes (1992), " ... o tecido cultural é sempre uma permanência feita de efemeridades, é sempre uma continuidade feita de rupturas e transformações. O homem cria cultura, primeiro porque tem necessidade disto; depois porque descobre as possibilidades que tem de ultrapassar os escravizantes limites da necessidade. Inventa uma ponta de pedra lascada para caçar, porque tem um tipo de fome; e inventa o canto lírico, porque tem outro tipo de fome, cujo alimento descobre que pode alcançar" (p.45).

O fato é que o homem ainda não alcançou a imunidade contra o HIV e, apesar de estar construindo um modo de auto proteção, ainda não se comprometeu com ela para, assim, saciar sua fome de sexualidade e prazer, preservando sua saúde.

Será que a necessidade de se auto proteger ainda não foi percebida em sua gravidade, ou o homem ainda não se assegurou das possibilidades de ultrapassar seus limites?

1.3. As relações de gênero.

*"... o progresso contra a AIDS dependerá do progresso contra a inequidade mais recorrente do mundo, a inequidade das mulheres.
... Esclarecimentos sobre a importância das considerações de gênero nas análises e ações contra HIV/AIDS precisam ser promovidos."*

Dr. Jonnathan Mann

A mudança no perfil epidemiológico da AIDS e a não incorporação de atitudes preventivas no cotidiano dos relacionamentos têm nos levado a aprofundar a reflexão sobre algumas questões psicológicas, sociais e históricas, na perspectiva de gênero.

Para nós, na medida que a epidemia pelo HIV evolui, mais se reinscrevem e se reforçam as desigualdades a que ainda estão submetidas as mulheres.

Discutir gênero não é tarefa tão fácil porque, mesmo que nesta última década tenhamos em mãos uma série de pesquisas relativas ao assunto, ainda não dispomos de uma teoria bem definida que, de forma sistemática, norteie a compreensão da maneira como homens e mulheres relacionam-se entre si e da maneira como essas relações são construídas no conjunto da sociedade.

Portanto, para podermos discorrer melhor sobre essa temática, utilizaremos aqui concepções de alguns autores reconhecidos, tendo como marco referencial a análise histórica de gênero de Joan Scott (1990; 1994).

Um primeiro passo em nossa reflexão seria distinguir entre o significado biológico de gênero, que compreende a distinção entre o sexo masculino e feminino, pelos fatores biologicamente determinados, e o significado social, que compreende o gênero como construção cultural. O primeiro caso refere-se à invariabilidade de nossas características biológicas, que permite, quase sempre, reconhecer e diferenciar o homem da mulher. O segundo, significa que as identidades básicas estão configuradas pelo social e não pelas características biológicas invariáveis.

O gênero é socialmente construído e, portanto, sujeito a mudanças. Não é imutável em sua natureza como o sexo biológico, cuja essência transmite a noção da diferença entre homens e mulheres, ainda que consideremos as diferenças psicológicas

aprendidas e socialmente construídas (DE ROMAÑA, 1995). A identidade primária de gênero pode ser universal, mas seu conteúdo remete-se a fatores culturais e históricos. Desta forma, a depender da cultura, as características da masculinidade e feminilidade podem variar, podendo ser reforçadas e até redefinidas de acordo com os costumes¹.

Assim, o conceito de gênero, fruto de uma década de investigações, expressa a rejeição do destino biológico sustentado pelo discurso sociocientífico e enfatiza a construção social do feminino, do masculino e das relações de poder entre homens e mulheres (GIFFIN, 1995).

Para Helman (1994), todas as sociedades humanas distribuem suas populações em duas categorias sociais, a masculina e a feminina. Esta divisão do mundo social significa que meninos e meninas são socializados de maneiras diferentes e são educados para terem diferentes perspectivas e comportamentos em relação a vida. As diretrizes seguidas por uma determinada cultura influenciam o indivíduo em sua maneira de perceber, pensar, sentir e agir, como membro feminino ou masculino dessa sociedade.

Como as identidades e as relações de gênero são construídas?

As tentativas na busca de resposta a este questionamento têm procurado subsídios na psicanálise, reportando-se mais especificamente à escola anglo americana,

¹ YOUNG, K. Texto: Hacia una teoria de las relaciones de genero, 1988, sem referências.

em que a teoria de Nancy Chodorow é a mais focalizada, e à escola francesa, em que a figura central é Jacques Lacan. A primeira enfoca as relações objetais na construção da identidade do sujeito e das relações de gênero, colocando ênfase na influência das experiências concretas da criança em relação às pessoas que cuidam dela, particularmente os pais. Para Chodorow (1978), "o sentido feminino do Eu é fundamentalmente ligado ao mundo, o sentido masculino do Eu é fundamentalmente separado do mundo". Assim, há uma nítida divisão entre o masculino e o feminino que resulta no sistema de dominação ocidental (SCOTT, 1994).

A escola francesa, de Lacan, coloca o inconsciente como fator decisivo na construção da identidade do sujeito e é dele que emerge a divisão sexual. Para ele, a linguagem exerce um papel fundamental na construção dos sistemas de significação e de simbologias que são anteriores ao domínio da palavra em si. A linguagem é o fator central na comunicação, interpretação e representação e, através dela, a identidade de gênero é construída. Segundo ele, o falo é o significante central da divisão sexual, a ameaça da castração e o drama edipiano fazem com que a criança conheça os termos da interação cultural (SCOTT, 1994).

Scott (1990; 1994) questiona essas teorias porque, mesmo que ofereçam uma explicação convincente sobre a construção da identidade do sujeito, suas interpretações sobre as relações de gênero e poder são limitadas, baseadas apenas nas relações parentais e não explicam a associação persistente da masculinidade com o poder. Desta forma, ela introduz a idéia da necessidade de uma análise histórica para a compreensão da construção da identidade de gênero.

Para Scott (1990, 1994), gênero é entendido como a organização social da diferença sexual, como o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Refere-se a um conjunto de expectativas em torno das características, comportamentos e atitudes que, supostamente, apresentam os homens e as mulheres como seres sociais, em uma sociedade determinada.

Com o objetivo de clarear o pensamento sobre o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais (visto que esta reflexão nem sempre é feita de forma precisa e sistemática), Scott propõe uma definição de gênero constituída por duas partes e várias subpartes. A primeira parte refere-se ao gênero como um elemento que se constitui nas relações sociais e que tem por base as diferenças observadas entre os sexos, implicando em quatro elementos inter-relacionados, mas que não operam simultaneamente, como reflexo uns dos outros:

1º) Símbolos que estão culturalmente disponíveis e que inspiram vários tipos de representações, geralmente contraditórias, sobre a mulher. Um exemplo é Maria e Eva como símbolos de luz e escuridão, pureza e poluição. As questões levantadas pela autora nessa parte referem-se aos tipos de representações simbólicas que são evocadas a partir daí, suas modalidades e o seu contexto.

2º) Conceitos normativos a respeito do feminino e masculino, que interpretam o sentido dos símbolos e que limitam suas possibilidades metafóricas. Essas interpretações acabam sendo declaradas como as únicas possíveis, como produto de um

consenso social e não de um conflito. Um exemplo disso é o símbolo vitoriano da mulher no lar como uma questão categórica da representação da mulher na história, sem levar em conta que este tema foi alvo permanente de divergências de opiniões, mesmo naquela época.

3º) A noção de fixidade, de permanência atemporal na representação binária dos gêneros, focalizando o sistema de parentesco. Para analisar gênero temos que incluir, além do parentesco, a noção do político, tanto em relação às instituições como em relação às organizações sociais. Segundo Scott, o gênero é construído também na economia e na organização política.

4º) A noção de identidade subjetiva. Se considerarmos que a construção da identidade de gênero é universalmente baseada no medo de castração, estaremos negando a pertinência da interrogação histórica. Examinar as maneiras como as identidades de gênero são realmente construídas e relacionar esses achados com toda uma série de atividades, organizações sociais e representações culturais historicamente situadas, deveria ser a tarefa dos historiadores.

A segunda parte de sua definição é que propõe a teorização de gênero, como uma forma primeira de significar as relações de poder. Assim, o conceito de gênero, baseado num conjunto de referências, estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda uma vida social. O fato destas referências darem origem à distribuições de poder, significa que o gênero está implicado na concepção e na construção do poder em si, legitimando-o. A compreensão da maneira pela qual as

relações sociais são legitimadas e construídas através do conceito de gênero, nos levará à compreensão da reciprocidade entre gênero e sociedade e de contextos mais específicos, por exemplo, de como a política constrói o gênero e este constrói a política.

A questão de Scott é a seguinte: **se as relações de gênero e de poder são reciprocamente construídas, como mudar a direção das coisas?**

2 - EXPLORANDO AS FRONTEIRAS DO DESCONHECIDO: NOSSA EXPERIÊNCIA COM O PROBLEMA.

Nosso trabalho com a educação em saúde nos conduziu, ao longo dos primeiros anos, a percorrer caminhos tortuosos e, muitas vezes, angustiantes, porque não tínhamos em mãos informações conclusivas em relação à AIDS. As descobertas foram se processando aos poucos, trazendo, a cada dia, novos dados, enquanto as grandes campanhas nos meios de comunicação de massa informavam sobre a existência da doença, as vias de transmissão e de prevenção.

Com o passar do tempo, observamos que, apesar da informação, a disseminação do vírus HIV continuou, ocorrendo de maneira espantosa, atingindo todas as camadas da população. Tornamo-nos então cientes de que o único meio de combate à doença era a prevenção. Foi dessa forma que nos envolvemos no problema, enfrentando as questões da AIDS através de ações educativas que focalizavam setores e camadas específicas da população.

Levando em conta o aumento significativo de casos de AIDS entre pessoas do sexo feminino, iniciamos, em 1991, um trabalho junto ao Centro de Controle e Investigação Imunológica "Dr. A.C. Corsini" (Centro Corsini), focalizando mulheres, mães de crianças matriculadas em creches da periferia de Campinas, Estado de São Paulo, hipoteticamente expostas aos fatores de risco, através de seus parceiros sexuais.

Esta população foi eleita, a princípio, por vários motivos: primeiro, por ter maior dificuldade de acesso a informações; segundo, por desconhecer os riscos de contaminação; terceiro, por assumir a responsabilidade pela educação e saúde dos filhos e da família e, por último, pela possibilidade de tornar-se multiplicadora de informações não somente no âmbito da família como também em sua comunidade de origem.

Esse trabalho teve início com a implantação de um projeto, denominado "Projeto Colméia", cujo objetivo era informar, de modo adequado, mulheres de baixa renda e pouca escolaridade sobre o corpo e a sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS, através de um processo de educação participativa. Como estratégia de sensibilização, contamos com a participação de um grupo de agentes multiplicadoras treinadas, formado por mulheres, portadoras do HIV ou familiares de portadores.

O "Projeto Colméia" foi desenvolvido durante o período de dezembro de 1991 a outubro de 1994, com mais de 500 mulheres. Durante esse período, foram elaborados inúmeros materiais educativos de apoio, culminando com a produção da cartilha: "O Alerta da AIDS, a coisa tá feia!" (ANEXO 1), desenvolvida em 1994, em conjunto com algumas das mulheres participantes através da técnica de grupos focais.

A avaliação foi realizada através de questionário semi- estruturado, aplicado antes e após o desenvolvimento do processo educativo, e também de observações e de relatos no decorrer do mesmo. Os dados foram analisados pelo estudo da diferença entre as médias obtidas no pré e pós teste, quanto à proporção de acertos de cada

questão relacionada à conhecimentos e atitudes sobre AIDS, através do teste "t" de Student (ARMITAGE, 1974). Os resultados apontaram um aumento significativo no nível de conhecimento acerca de questões relativas à AIDS ($P < 0,01$) e uma mudança significativa ($P < 0,001$) quanto à desmistificação de preconceitos, formas de transmissão e prevenção da AIDS, bem como o desenvolvimento de atitudes de solidariedade e respeito à pessoa portadora da síndrome (BELLUCCI, HAYASHI & HEBLING, 1993; HEBLING & BELLUCCI, 1994). Porém, não foram observadas mudanças de atitudes em relação a auto proteção por parte das mulheres.

Um resultado bastante significativo foi constatado após o curso em 1994: 95,2% do total de mulheres afirmaram não utilizar o preservativo como prática de prevenção das DST/AIDS, sendo que, destas, 38,1% não acreditavam na fidelidade do companheiro e consideravam-se expostas aos riscos de contaminação. Do total de mulheres, 97,6% enfatizaram que lançariam mão de práticas de sexo seguro apenas no caso de iniciarem um novo relacionamento amoroso, mas não o fariam com o parceiro fixo numa relação afetiva duradoura, mesmo não acreditando na fidelidade dele.

A análise dos resultados desse projeto apontou a necessidade de uma busca de explicações acerca do porquê da não ocorrência de mudanças de atitude em nível de prevenção.

Ao abordar o problema, constatamos que as lacunas existentes entre a aquisição da informação acerca das situações de risco, a auto percepção do risco e a modificação de comportamentos de risco, indicavam que o processo de aprendizagem não estava se

processando como deveria, nas questões relativas à AIDS. Além disso, os relacionamentos heterossexuais não equitativos, característicos da cultura ocidental, refletindo estereótipos de comportamentos assumidos tanto pelo homem quanto pela mulher, expressavam a dificuldade na incorporação de práticas preventivas entre os casais. O uso de preservativos em relacionamentos de longa duração, por exemplo, estava se mostrando pouco praticável, quer por estar associado à idéia da promiscuidade, quer por envolver questões conflitivas e dolorosas como a infidelidade (MALLOL, 1993).

Como trabalhar a prevenção frente a questões tão complexas quanto as que estão relacionadas às mudanças de atitude? Como conseguir internalizar a necessidade do uso do preservativo entre os casais?

Estas perguntas nos mobilizaram na busca de nova reflexão sobre a temática da AIDS entre mulheres. Uma hipótese levantada era de que a mulher, pela desigualdade de gênero, encontra-se em uma situação de desvantagem tal, que não somente aceita a infidelidade do parceiro, como também é impotente para negociar o uso do preservativo.

Após a etapa educativa do Projeto Colméia, já descrita, propusemos então, realizar um estudo qualitativo, baseado na experiência do grupo de mulheres que já havia participado de um processo educativo em AIDS. O objetivo dessa nova etapa foi aprofundar conhecimentos acerca das razões pelas quais as medidas de prevenção à AIDS não eram incorporadas no cotidiano das mulheres, para, depois, propor

estratégias mais eficazes nessa direção. Este objetivo desdobrou-se em categorias que foram pesquisadas, como alguns aspectos da relação a dois, tais como: o estabelecimento e a manutenção dos laços afetivos entre os casais; as características de sua vida sexual e sua maneira de pensar e agir nos relacionamentos de longo termo; as relações de poder/submissão, fidelidade/infidelidade; fatores que dificultam e facilitam a negociação do uso do preservativo, e a dinâmica envolvida na convivência entre as mulheres e seus parceiros fixos.

3 - EM BUSCA DO DESCONHECIDO: O MÉTODO.

** Não há prova de peso. Há só um mundo de experiência e de compreensão. Derrame o peso da prova para iluminar a bagagem para a travessia da experiência.*

** A lei de dedução de Gigo: Lixo dentro, lixo fora.
A lei de indução de Halcolm's: Nenhuma nova experiência, nenhum novo insight.*

** Estatísticos tentam medir a experiência.
Experimentalistas tentam controlá-la.
Avaliadores avaliam-na.*

Entrevistadores questionam-na.

Observadores observam-na.

Observadores participantes vivenciam-na.

** Quando em dúvida, observe e faça perguntas. Quando com certeza, observe detalhadamente e faça mais perguntas.*

** A pesquisa qualitativa cultiva a mais útil de todas as capacidades humanas - a capacidade de aprender de outros.*

*Das Leis de avaliação de Halcolm
(citada por PATTON, 1990:7)*

3.1. A pesquisa qualitativa e o desenho desse estudo.

Este estudo se fundamentou na metodologia qualitativa, utilizando para a coleta de dados a técnica de grupos focais, com roteiro especialmente elaborado e centrado nos objetivos do projeto.

A escolha desta metodologia baseou-se no conhecimento de que a pesquisa qualitativa, por ser formativa, oferece técnicas que permitem uma abordagem mais ampla em relação ao que as pessoas pensam e sentem. Ela permite a exploração de temas subjetivos com perguntas abertas, gerais e específicas, facilitando ao pesquisador um conhecimento mais aprofundado a respeito de atitudes, conhecimentos, crenças, opiniões e sentimentos das pessoas (PATTON, 1990).

A pesquisa qualitativa procura responder "por que" e "como" determinados fenômenos acontecem. É um processo de descoberta e não de busca de provas sobre "quanto" e "com que frequência" eles ocorrem (PATH,1992; DEBUS, 1995).

Nenhuma outra justificativa poderia ser mais clara e convincente para a escolha da investigação qualitativa do que a citada por Patton (1990), e reproduzida no início desse capítulo.

Para nosso estudo, a importância de conhecermos mais profundamente a percepção das mulheres, seus valores, sentimentos e suas experiências de vida, após terem sido trabalhadas através de um processo educativo, conduziu-nos à essa escolha.

3.2. A técnica de grupo focal.

A técnica de grupo focal surgiu em 1950, a partir das pesquisas na área de marketing, com a finalidade de conhecer a opinião das pessoas em relação a certos produtos de consumo e compreender o processo de decisão envolvido na escolha dos

mesmos. Por ser considerada uma técnica altamente eficiente para coleta de dados, seu campo de aplicação foi se ampliando, até ser incorporada às pesquisas nas áreas das ciências sociais e da saúde, em que hoje é bastante utilizada.

É uma das técnicas utilizadas em investigação qualitativa, consistindo na reunião de grupos de seis a oito pessoas, relativamente homogêneos, que conversam sobre um determinado tema, durante cerca de uma hora e meia. Essa reunião é coordenada por um facilitador e anotada por um ou dois relatores e, quando permitido pelos participantes, a discussão é gravada para a complementação dos dados.

Um roteiro com questões previamente elaboradas sobre o que se pretende pesquisar é seguido pelo facilitador e refletido pelo grupo, numa conversa espontânea. Cada participante coloca suas opiniões, crenças e sentimentos a respeito do assunto e, da mesma forma, ouve e discute as opiniões e idéias dos outros. Não há necessidade de se chegar a um consenso no grupo. O que importa é obter informações acuradas, num contexto onde as pessoas possam considerar seus próprios pontos de vista no confronto com o ponto de vista de outras.

Vários grupos focais com o mesmo roteiro, mas com diferentes participantes, são realizados até que se considerem esgotadas as informações sobre o tema em discussão. Ou seja, até que se perceba que houve uma saturação das respostas.

Uma das grandes vantagens desta técnica é que o pesquisador pode obter dados de várias pessoas ao mesmo tempo, ao invés de uma, como na entrevista em

profundidade. Além disso, é uma ferramenta útil na descoberta de "como" e "por que" as pessoas pensam e se comportam da maneira como fazem (PATTON,1990; PATH, 1992; DEBUS,1995).

3.2.1. O roteiro dos grupos focais.

O roteiro para os grupos focais (ANEXO 2) foi elaborado e posteriormente pré testado com mulheres de características semelhantes às da população alvo do projeto, com o objetivo de garantir a compreensão das perguntas e a adequação da linguagem. O pré teste foi realizado com mulheres que frequentam a Clínica de Planejamento Familiar do Ambulatório de Reprodução Humana, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), não resultou em correções no roteiro original, e os dados colhidos nesse grupo não foram incluídos na análise final.

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção dos sujeitos.

A seleção dos sujeitos desta pesquisa baseou-se numa amostra proposital, o que significa a seleção de casos ricos em informações para um estudo em profundidade (PATTON, 1990). O tamanho da amostra seguiu o critério de saturação da informação, que consiste na continuidade da coleta de dados até que a informação comece a se repetir (DENZING & LINCOLN, 1994) e a estratégia foi a de intensidade, com a

escolha de casos que manifestassem intensamente o fenômeno de interesse ao propósito do estudo (PATTON, 1990).

A seleção dos sujeitos levou em conta a participação das mulheres no processo educativo anterior, "Projeto Colméia". Para isso, foram visitadas as seis creches ainda envolvidas com as atividades de manutenção do "Projeto Colméia" e todas aceitaram participar deste trabalho. Em cada creche, as mulheres que alguma vez, entre 1991 e 1994, passaram pelo processo educativo, foram convidadas a participar dos grupos focais, e se inscreveram voluntariamente. No total, trinta e seis mulheres se inscreveram para participar dos grupos.

3.4. Coleta de dados.

No período de setembro de 1995 a março de 1996, foram realizados seis grupos focais, em seis diferentes creches, com um total de 36 mulheres.

Os grupos foram desenvolvidos sempre por três pessoas com experiência em grupos focais, sendo uma facilitadora e duas redatoras. As discussões foram anotadas e gravadas, e as fitas foram transcritas integralmente com o auxílio das anotações, possibilitando dados limpos para a análise.

A caracterização da população foi feita através de uma ficha de identificação (ANEXO 3), preenchida com cada participante pelas coordenadoras dos grupos.

Os grupos focais aconteceram nas dependências das creches, em salas apropriadas, isto é, com condições de privacidade e acomodação necessárias, em horário acessível à presença das mulheres inscritas. Foi comum estes encontros acontecerem nos finais de tarde, geralmente duas horas antes do término do período escolar, enquanto as crianças ainda estavam em aula.

O uso do gravador foi autorizado pelas participantes em todas as reuniões, o que nos permitiu, através da transcrição integral de todas as fitas, uma coleta de dados mais completa, mais rica.

3.5. Processamento dos dados.

As reuniões foram transcritas e digitadas em sua íntegra, utilizando as anotações e as fitas gravadas. Essas transcrições foram revisadas e posteriormente gravadas em dois disquetes e em disco rígido. Os dados obtidos dessas transcrições foram primeiramente organizados conforme o fluxo das questões propostas no roteiro dos grupos focais. Posteriormente foram agrupados, descritos e analisados qualitativamente, segundo as categorias levantadas.

4 - DESVENDANDO ENIGMAS: A AIDS SOB A PERSPECTIVA DAS MULHERES.

4.1. As mulheres estudadas.

Conforme indica a Tabela 1, a faixa etária das mulheres participantes variou entre 18 e 50 anos, sendo que 69% situou-se entre 20 e 39 anos. Embora a maioria delas tivesse frequentado até quatro anos de escola, salientamos que 20% não tinha nenhuma escolaridade. Quanto ao estado civil, 80% era casada ou vivia em união.

Tabela 1. Distribuição percentual por idade, escolaridade e estado civil

IDADE(anos)		ESCOLARIDADE(anos)		ESTADO CIVIL	
	%		%		%
< 19	3	Nenhuma	20	Casada	61
20-29	30	1-4	61	Em União	19
30-39	39	5-8	11	Separada	14
> 40	28	9-11	8	Viúva	6
N	36		36		36

Quanto ao número de parceiros (Tabela 2), a maioria das mulheres nunca teve mais que um parceiro sexual durante toda a vida (67%), enquanto que 30% não tiveram mais que três.

Apesar de uma pequena porcentagem das mulheres ter declarado fazer uso do preservativo esporadicamente, como método anticoncepcional (MAC), nenhuma delas o utilizava como medida preventiva contra as DST e a AIDS (Tabela 2).

Tabela 2. Número total de parceiros sexuais e uso de condon

Nº PARCEIROS	%	USO DE CONDON	%
1	67	Nunca	83
2-3	30	Como MAC	17
> 3	3	Como Prevenção	0
N	36		36

4.2. Análise dos dados.

Os dados dos grupos focais foram agrupados e analisados segundo as categorias: informações, sentimentos e atitudes em relação às DST e AIDS; percepção do risco de contaminação; mecanismos de prevenção; relacionamento a dois e relações de poder;

fidelidade e confiança; expectativas em relação ao parceiro ideal, enfocando as relações de gênero envolvidas no relacionamento do casal.

4.2.1. Informações, sentimentos e atitudes em relação às DST/AIDS.

As mulheres mostraram conhecer as vias de transmissão da AIDS, referindo-se ao contato direto com sangue através das transfusões e do compartilhar de agulhas e seringas, do contato com as secreções nas relações sexuais e da transmissão vertical na gravidez, parto e amamentação. Demonstraram um certo receio quanto ao uso de objetos cortantes na manicure e no dentista:

"Eu acho que é tudo isso e esse negócio também da gente ir fazer unha. Esses dias eu fui fazer unha e ela já acabou de fazer a unha de uma e já passou pra mim. Se tiver um bocado de sangue contaminado, já passa".

"Dentista também... só que o dentista... fazer transfusão de sangue ou o dentista, não tem mais muito problema porque a seringa é descartável. Agora, de primeiro, que era uma seringa só, era uma sorte! Agora, esse negócio de hospital, pode acontecer, mas é mais difícil do que esse negócio da unha, de relacionamento sexual e de droga".

Relataram que as DST são perigosas porque algumas são incuráveis e podem levar à morte e as curáveis necessitam de remédios caros e de tratamento médico, o que, para elas, é de difícil acesso:

"Muitas é incurável, muitas é curável e os medicamentos caros, né, a dificuldade de ir atrás do médico. Penso eu que eu não teria tempo e ia me custar muito caro. Eu nem sei de ir no médico, nem sei onde tem médico... então eu penso que não poderia comprar medicamento, entende?"

"... que como eu, que só tenho o SUDS, que a gente vai morrer na porta do hospital porque não vai atender. Vai pra UNICAMP e é barrada porque não tem encaminhamento do posto. Chega no posto, nunca tem médico. Um dia desses eu fui lá na PUCC e o pronto socorro não tava atendendo ninguém..."

Embora todas as mulheres tenham se referido ao fato de que as DST são transmitidas por via sexual, algumas delas acreditam que possam se contaminar no "calor dos assentos dos carros", chegando a recusar "caronas" de vizinhos que, por exemplo, já tiveram gonorréia.

Disseram que as pessoas, em geral, não comentam sobre as DST e escondem quando apresentam sinais de uma delas, tratando-se, muitas vezes, sem ninguém saber.

Para elas, os homens escondem até das esposas e, quando estas apresentam sinais da doença, eles não assumem, deixando-as pensar que é algum problema delas:

"O homem geralmente esconde, se ele tiver alguma coisa, ele mesmo vai no médico, ele mesmo toma remédio, mas aí, se começa a aparecer na mulher, começa a inventar mil e uma coisa, fala: ah, deve ser alguma coisa, ou deixou sabão na calcinha, ou não sei o que. Nunca assume que pode ter trazido pra dentro de casa..."

Contaram casos de outras mulheres que já se contaminaram com alguma DST, sem nunca terem tido outros relacionamentos sexuais que não o conjugal, e que, mesmo desconfiando da fidelidade dos maridos, acabaram aceitando o fato, para não provocarem desentendimentos e continuarem casadas:

"É capaz que as mulheres aceitam mesmo, cê não vê a dona X lá, coitada, que o marido pegou uma doença lá na zona? Ele agora tá numa boa com ela".

"Não é todas, mas tem algumas mulheres que aceita. Ele pegou lá fora, né. Pra ficar numa boa com ele, ela teve que aceitar ele, olha aí. É isso que eu tô falando".

Quanto à AIDS, afirmaram que é transmitida por um "bichinho" de nome HIV, que fica "encubado" no corpo e vai destruindo suas defesas, nem sempre aparecendo sintomas, podendo a pessoa não ter conhecimento de que está contaminada e transmitir

para outras. Mencionaram sintomas como o emagrecimento, a queda de cabelos, pneumonia, manchas vermelhas e cor amarelada na pele. Para elas, a AIDS é uma doença **difícil** por envolver muitos gastos com tratamento, **fatal** por trazer muitas infecções e ser incurável e **triste** por trazer a discriminação e a segregação:

"AIDS é uma coisa muito séria, né. Tem muito gasto, sei lá, a pessoa tem muitas infecções".

"Eu acho que é uma doença muito triste, né. Quando a pessoa descobre que está com ela, não tem mais cura. Eu acho muito triste, né, então tem que tomar muito cuidado, né".

"A AIDS, tratando ou não tratando dela, a pessoa morre do mesmo jeito".

"Eu acho que a pessoa que pega assim esse tipo de doença, as pessoas já vai se afastando da gente..."

Embora todas as vias de transmissão tivessem sido citadas durante os grupos focais, a mais relevante na fala das pesquisadas, foi a transmissão heterossexual, por considerá-la o meio mais perigoso de contaminação, no sentido de que as outras formas, para elas, são mais controláveis. Neste caso, reconheceram que um dos requisitos

importantes para a prevenção das DST/AIDS é a necessidade das pessoas não só estarem bem informadas, mas conscientizadas também:

"Eu acho que mais explicadinho do que o curso que a gente teve, deu bem pra pegar, as apostilas, os vídeos, de tudo, né. Desde da AIDS quanto as outras doenças, deu pra pegar muito bem. Agora, cada um tem que ter consciência, porque é difícil você fazer a pessoa se conscientizar".

"... o duro é a pessoa se conscientizar que tem que tomá sua prevenção, né."

A bissexualidade também foi citada por elas como atividade de risco presente em nossa sociedade, embora, aparentemente, não esteja sendo assumida como tal:

"Sabe o que eu acho... eles acham que não vai chegar neles, inclusive em relação homossexual mesmo, eles têm. A gente passa ali no jardim e tem muito ali na paquera, tem travesti e outras coisas. E é um pessoal assim que você vê que tem um poder aquisitivo bom, que tem carros bons e que também é um pessoal casado, uma faixa de idade assim, madura..."

Foi colocado nos grupos que, em geral, as pessoas têm algum conhecimento sobre as DST/AIDS, entretanto, são as mulheres que procuram mais por informação. Os homens ouvem mais os amigos do que as esposas e, geralmente, não aceitam

participar de palestras, a não ser que sejam obrigados nas firmas. Na opinião delas, os homens consideram-se sabedores do assunto e não acreditam que possam contaminar-se:

"Eu acho que é mais a mulher que participa de palestras, o homem mesmo não vai. Eu acho, porque às vezes a gente conta, mas eles não veem dessa maneira".

"... porque a gente que é mulher, a gente conversa, né, mas o homem não procura muito se informar. Ele só fica falando assim: meu amigo falou isso, o fulano falou aquilo. Então eles são assim, eles não aceitam muitas vezes o que a gente vai falar pra eles, eles são mais o que o amigo falou e o que o amigo deixou de falar. Eles vão muito por isso".

"O meu marido também não conversa, às vezes eu vou falar com ele sobre a AIDS e ele fala: Ih, cê pensa que eu não sei? Precisa usar camisinha. Eu entendo desses negócios, já. Não precisa nem falar que eu sei, já. Eu sei muito bem me cuidar".

4.2.2. Percepção das mulheres quanto ao risco de contaminação.

Na percepção das mulheres, as pessoas que usam drogas injetáveis, as que têm vários parceiros sexuais e as prostitutas foram consideradas como de maior risco para a aquisição do HIV. No entanto admitiram que mulheres e homens casados, cujos parceiros mantêm outros relacionamentos, também têm chance de se contaminar:

"São duas as que têm mais chance. Aquela que fica em casa e confia no marido e aquela que faz programas".

"... o marido dela pode dar uma saidinha lá fora e transmitir pra ela ... ou ela também sai e vem transmitir pra ele".

"Agora, aquela que troca de parceiro constantemente, aquelas que têm aventuras e que não se previne de nada, corre mais risco".

Na opinião dos grupos, hoje em dia, as mulheres separadas e as adolescentes correm grandes riscos por trocarem constantemente de namorado, por terem mais liberdade sexual no namoro e por não se prevenirem:

"Eu acho também que liberou muito, né, a mulher. Liberou pro sexo; essa coisa de passar informação, dela descobrir que tem prazer. Hoje em dia, os namoros,

principalmente de adolescentes, eles já namoram e já transam. Então, o que devia ser só um conhecimento, acaba pessoal e acaba sendo corporal também, e daí transam. Mas daí não dá certo, vai namorar de novo. Quer dizer, o namoro, trocar de namorado, é saudável, mas não já com a relação, né. Então eu vejo muito isso no caso da mulher pegar. Mesmo quem separa e começa a namorar de novo, aí namora um e já vai transar!

"... hoje em dia, as mocinhas de 12/13 anos já não é mais virgem e já sai com qualquer um..."

"E eu duvido que elas se previne, porque elas vão e logo arruma filho, então é porque elas não se preveniu, né? Tão correndo o risco das duas coisas!"

As únicas pessoas que poderiam ter menor chance de se contaminar, no entender das mulheres, são aquelas que nunca tiveram um relacionamento sexual.

"... só se quem nunca tivesse dado pra ninguém e falasse: eu nunca transei, eu sou virgem, eu nunca dei..."

Mesmo assim, elas acharam que essas pessoas não estariam livres da AIDS:

"... mas mesmo assim ela pode pegar ainda por cima, porque se dá um piripaque nela aí e ela cai num hospital, sofre um acidente terrível e usa um sangue aí que não foi devidamente coisado, não tem jeito!"

"Lógico que pode! Que nem eu falei, se tem um acidente aí com uma transfusão de sangue. Ou ela é solteira mas é viciada, não transa com ninguém, mas vai numa roda de amigos!"

As participantes relataram ter conhecimento sobre o aumento do número de casos de AIDS entre mulheres e atribuíram esse acontecimento a alguns fatores. Para elas, o uso de drogas e do álcool é um deles:

"Eu acho que isso deve ser esse negócio de droga, cê vê, eles usam injeção e tira dum e já vai passando pro outro... se um só tiver contaminado, aí passa pra todos!"

"É que as pessoas hoje em dia num ligam, né. Saem em busca de prazer, não se previne, não tão nem aí, a palavra é essa. Toma umas duas cervejas e já fica todo mundo aceso. A droga, né, porque vai, pega ou não pega AIDS é compartilhando agulha, mas as pessoas se esquecem que aquele que cheira, aquele que fuma, né, a droga, ela fica tudo doidona e faz qualquer tipo de coisa... o álcool, as drogas, eu acho

que ajuda muito, porque as pessoas sabem o que tá fazendo, só que num tem controle, vai na onda dos outros e vai passando".

A infidelidade, a multiplicidade de parceiros e a não incorporação do uso do preservativo como medida preventiva foram os principais fatores considerados como responsáveis pelo aumento de casos de AIDS em mulheres:

"Eu acho que se for transmitida, porque ela é transmitível, é porque foi o parceiro dela que transou lá fora e passou pra ela".

"Eu acho que uma é por não se prevenir. As mulheres também estão arrumando outros parceiros. Eu acho que tudo é questão de parceiro, a mulher tá arrumando fora, o cara tá arrumando fora e tá trazendo pra mulher. Eu acho que tudo é questão de relacionamento mesmo".

"... tá passando mais doenças mesmo por causa disso, né, da relutância deles (dos homens) em aceitar essa parte de usar a camisinha".

Foi consenso nos grupos que tanto o homem quanto a mulher podem ser contaminados por uma doença sexualmente transmissível ou pelo HIV, desde que não se previnam:

"Tá todo mundo aí! Eu acho que não tem mais segurança nenhuma, né, todos são a mesma coisa".

"Conclusão: tamos todas no mar. Vamo nadar."

"O mar deixa a gente também ilhada ali; não tem saída."

4.2.3. Os mecanismos de prevenção da AIDS.

As campanhas e as ações educativas foram consideradas pelas mulheres como importantes auxiliares na prevenção das doenças de transmissão sexual:

"Fazer as campanhas, né, que nem o Corsini faz. E fora isso, eu acho que tem que dar, nos postos de saúde, atenção e distribuir camisinha e seringa descartável."

"Tem uma coisa que seria bom, só que não é fácil. Visitar as pessoas na residência e conversar com elas... se um grupo ou uma pessoa sentasse lá e conversasse legal com ela e conscientizasse ela do porque estaria dando preservativo... Então precisava de convencer essa pessoa... "

Além disso, diversas maneiras de prevenção da AIDS foram referidas pelas mulheres, de acordo com as diferentes vias de transmissão:

"Veja bem, pra sexo, seria usar o preservativo mesmo, com rigor, né. Aí, com outras coisas lá no hospital, né, sangue, agulha, seringa pro pessoal que usa droga. Seria evitar; quem usa droga, usar seringa descartável, e os hospitais tomar cuidado com o sangue que ele coloca na pessoa, né."

"Se todas elas e todos eles tivessem um parceiro só, não ingerissem drogas, se os hospitais tivessem condição de fazer um exame mais adequado."

Foi bastante enfatizado como medida de prevenção a redução do número de parceiros, a manutenção da parceria única e o diálogo entre o casal:

"Não trocar de parceiro, né."

"Mas às vezes, a gente não troca de parceiros, mas eles trocam."

"Eu acho que conversar também, marido e mulher ter uma conversa. Falar pra eles das doenças, pra gente também, se caso for trair, que coloque a camisinha."

As relações homossexuais femininas e a troca de secreções foram citadas também por elas como práticas de risco, que necessitam do uso de proteção:

"Porque se fala tanto em homem, homem, homem... Como você faria pra se prevenir mulher com mulher, se eu te desse uma cantada?"

"Ela tava falando de relação de mulher com mulher, por exemplo, daí ela ensinou pra gente como usar o 'magipack'. Ou se você quer fazer o sexo oral, tem secreção de qualquer jeito."

Quanto à abstinência sexual, embora algumas das mulheres já haviam pensado que seria a melhor saída para a prevenção, a maioria considerou como uma questão bastante delicada e praticamente impossível porque, para elas, o sexo é um dos prazeres da vida:

"Eu chego a achar que nem vale a pena fazer sexo. Eu penso tanto, que eu acho que não vale a pena."

"Eu acho que a AIDS, a primeira coisa que ela causa, do que eu acho dela, é que ela tira o tesão. Pensando que ela existe assim, numa grande parte da população, ela me tira o tesão, entende?"

"Pobre já não tem nada na vida, se não puder fazer sexo, já viu! Pobre, o único prazer que tem é na cama, se não puder fazer isso, não é vida!"

Todas as mulheres concordaram que o preservativo é o método mais eficaz na prevenção das DST/AIDS, mas houve diversidade de opiniões em relação ao seu uso. Algumas das mulheres consideraram fatores positivos que o preservativo oferece, tais como a segurança e a tranquilidade:

"Cê fica mais segura assim, fica mais tranquila, nossa! Por mim, eu usava o resto da vida."

"Eu também acho. Não precisa nem levantar pra tomar banho."

"É bom, né, porque dá segurança em tudo, né, gravidez, doença, tudo."

A maioria delas, no entanto, declarou que tanto a mulher quanto o homem não gostam de utilizar a camisinha nas relações sexuais, apontando diferentes dificuldades

para o uso. Uma dessas dificuldades foi a interferência no prazer sexual, não só por interromper o ato sexual como também por impedir o contato direto com a pele:

"Porque não é a mesma coisa, eu já experimentei com o meu marido mesmo, só pra ver como era, achei horrível."

"Eu posso falar do meu, né. O meu fala assim que não passa a quentura, então ele fala que não dá muito prazer."

"Não é gostoso, você não tem aquele prazer, aquela sensação. Parece que tem alguma coisa no meio, atrapalhando."

Outros fatores citados pelas mulheres como bloqueadores para o uso do preservativo foram a dificuldade de aceitação do mesmo pelos homens por causa do machismo, e a dificuldade do uso nas relações dentro do casamento:

"Em geral não usam... Machismo, né! Eles não acreditam. Eles acham que é a aparência da pessoa, aí não tá com a doença."

"Tem uma infinidade de vírus, de fungos, transmissível, né. E a maioria dos casal, eles não usam o preservativo, porque eles esperam que é só os dois. Mas, de

repente, ele não conta pra ela que tá saindo com fulana, e de repente ele tá saindo. Ele chega em casa e vai falar pra ela: olha, eu resolvi usar o preservativo hoje. Ela vai desconfiar. Então, o que ele vai fazer? Ele vai ficar quieto, vai deixar como tava. Pra que ela não brigue, porque ele não quer perder ela, então ele vai ficar quieto... o prejuízo é dos dois".

"Num casamento eles já acham que não precisa, que tão super prevenidos, que é chupar bala com papel... confiando totalmente na fidelidade."

Em diferentes momentos, as participantes comentaram sobre a impotência da mulher em relação ao uso do preservativo, porque isso depende da vontade do homem:

"É uma boa solução, né, mas depende do parceiro usar, porque o meu não usa."

"Eu falei até pra ele que dava mais vontade e tudo e ele falou assim: quem vai usar isso, é eu? Isso é história, porque não dá mais vontade não."

Na opinião delas, é difícil para a mulher pedir ao homem para usar o preservativo com ela, porque isso gera desconfiança e atritos no casal:

"Porque eu acho que o cara pode cair por cima dela, vai dizer: cê tá desconfiando de mim? Ou pode até reverter a história."

"... era muito difícil, porque ele ia por a culpa ni mim, então eu tava confessando pra ele que eu tava saindo com outras pessoas. Ele não ia admitir que eu tinha razão. Não é fácil pedir, pra evitar calúmia, perseguição."

"Deve ser difícil, como é que ela vai falar pra ele: eu tô sabendo que você tá saindo com outras e tô te aceitando."

Foram apontadas por elas algumas sugestões que poderiam facilitar a incorporação do uso do preservativo pelas pessoas em seus relacionamentos. Uma delas seria a própria mulher ter o controle do uso:

"A camisinha da mulher eu acho que seria muito mais fácil fazer a divulgação e distribuir para as mulheres, eu acho que as mulheres usariam melhor do que o homem."

"... eu acho que a mulher, com toda a evolução e processo de mudança que ela está, ela aceitaria até melhor, ela tá se protegendo. Ela, eu tenho certeza que ficaria protegida. Agora, o homem, ele já tem todo o fator cultural enraizado que ele não precisa, que ele é o bom. Ele não sabe nada disso."

"Plastificar a vagina! Fazer que nem o português que plastificou a mulher dele! Não, mas eu acho que a camisinha da mulher, eu acho que seria bem mais utilizada do que a do homem."

A outra sugestão apontada por elas seria a mulher acreditar no seu valor e exigir o uso do preservativo:

"Eu acho que é elas ter consciência do valor que elas têm. De ter também a decisão, de decidir o que é sim... Então ela tem que ter a opinião dela mesmo, e vamos fazer assim e é assim que tem que ser feito... E também dela mesmo se preocupar com ela, porque se ela não tem preocupação com ela, não adianta ficar exigindo do homem..."

"Mas eu acho o seguinte, se o cara tá mesmo à finzão de você, tá pegando no seu pé há muito tempo, se você exige, ele usa. Vai da mulher."

4.2.4. O relacionamento a dois e as relações de poder.

Na opinião das mulheres, foi difícil falar sobre o relacionamento a dois, mesmo pensando em outras pessoas que não elas próprias e seus respectivos parceiros.

Portanto, durante os grupos focais, geralmente se referiram a si próprias para, em seguida, comentarem sobre as pessoas em geral, muitas vezes expressando suas idéias através de comparações.

Para elas, o relacionamento a dois tem sido marcado pela ocorrência de desentendimentos, brigas e separações. Relataram que os casais estão vivendo um período em que a convivência está difícil e cheia de desencontros:

"Anda muito mal. É difícil encontrar um casal, hoje, que tá cem por cento. Tem todo tipo de problema."

"Tá muito difícil conviver. Não é todos, né, mas é a maior parte. Tá difícil de conviver os casais."

"Eu vejo que tem muitos desencontros, muitos casais assim não ficando juntos, querendo se separar e procurando outros companheiros..."

Comentaram que antigamente havia mais compreensão e respeito no relacionamento dos casais, em comparação com o que existe hoje em dia:

"O que eu percebo é que algumas pessoas até mudaram o relacionamento, conversam mais, trocam idéias, mas uma mudança assim... em relação a ser um casal estável, eu acho que é um pouco difícil."

"De primeiro, porque naquele tempo dos avós, tudo eles tinha mais compreendência, conversavam e se entendiam, resolvia os problemas. Hoje não..."

Para as mulheres, existem vários fatores que têm dificultado e interferido no bom andamento das relações entre o homem e a mulher. A falta de diálogo nos casais e o machismo por parte do homem foram considerados, por elas, como sendo alguns desses fatores:

"Eu acho que são poucos os que conversam."

"Uma das causas do meu divórcio foi a falta de diálogo, sabe?"

"Eu acho que os casais não tá mais com diálogo, conversando, se entendendo, contudo, ele acha que é o certo... Eu acho que eles quer ser muito machão."

"Eu acho que eles são muito machista, tem esse negócio de ser homem, ser macho na raça."

No entender das mulheres, a preocupação constante das pessoas com a sobrevivência, o trabalho e os deveres, leva os parceiros ao cansaço e isso contribui para a ausência de diálogo nos casais, facilitando a busca de soluções fora de casa:

"Hoje em dia, as pessoas são mais preocupadas em educar os filhos, em trabalho, né. Pra lá, pra cá, num tem assim um tempo pra ir fundo num assunto mesmo, né?"

"Falam sobre dinheiro... conta pra pagar... educação dos filhos... falta de emprego."

"Pra mim é a rotina, problemas, muito cansaço, filhos, família, então vai descarregar lá fora, né? Lá fora deixa tudo o problema, mas os problemas não se resolve."

O consumo de álcool pelo homem foi citado pela maioria das mulheres como frequente, sendo verificado tanto em seus relacionamentos como nos de pessoas conhecidas. Segundo elas, este fator tem interferido de maneira prejudicial nos relacionamentos, inclusive levando os parceiros a agredirem fisicamente as mulheres:

"Eu tenho uma cunhada que passa tudo o que se falou, ele não conversa com ela, não conversa com as crianças. É daquele jeito dele, dorme bêbado, chega do trabalho 'de quatro pé' e vai dormir, todo santo dia."

"Eu acho assim, a bebida, né. O homem já chega em casa bêbado, não tem conversa, ele não tem assunto... Tem hora que os dois começa a brigar, discutem mesmo, e como ele já tá bêbado, já parte pra ignorância."

O amor foi um assunto pouco mencionado durante as reuniões, mas todas as vezes em que se mencionou, foi referido como condicional à atenção e ao carinho que o homem dedica à mulher:

"É uma ilusão... amor, esse amor que as pessoas falam, eu sinto pelos meus filhos, e por mais ninguém. Porque amor você sente pela pessoa que te dê carinho, que te dê atenção, que teja ali com você dia a dia, porque a partir do momento que ele começa a te maltratar, cê não vai ter amor, o amor passa."

"Paixão é bom enquanto tá ali, te servindo, te tratando bem. Isso é que é o amor enquanto tá durando, porque depois que começar a maltratar, você não vai amar mais."

Segundo a experiência das mulheres, fatores como a falta de diálogo, de compreensão e entendimento no âmbito dos casais, interferem negativamente também no relacionamento sexual. Isso porque, para elas, a conversa, a atenção e o carinho são requisitos importantes para a estimulação do desejo sexual na mulher:

"... se eu pensar na falta de compreensão dele, na estupidez, numa infiridade de coisa que desagrada, não existe sexo pra mim."

"A mulher não consegue ir diretamente numa relação sexual, ela precisa ter todo um preparo antes, de enamorar mesmo, de carinho."

"Quando o homem é legal, carinhoso, você sente prazer do lado daquela pessoa... porque na hora que você tá lá, fazendo amor, você lembra das coisas que ele falou pra você..."

Em relação às decisões que os casais tomam, as mulheres concordaram que existe uma interdependência entre aquele que tem o dinheiro e aquele que tem o poder de decidir. Na fala delas, *"a economia gira em torno de quem trabalha, né, no caso, de quem tá com o dinheiro."*

Assim, se a mulher trabalha fora e tem uma certa independência econômica, ela tem mais liberdade de tomar as decisões em casa:

"A mulher, acho que manda um pouquinho mais na casa de uns tempo pra cá, quando a mulherada começou mesmo a trabalhar. Mulher sempre trabalhou, né, mas quando ela começou a trabalhar e se impor, então os homens relaxaram um pouco."

A mulher que não trabalha fora e que depende do salário do marido não tem a mesma liberdade da que trabalha fora, e necessita acatar mais as decisões do homem:

"Ela não tem o direito de falar nada, de decidir nada. Na casa dela, ele chegou, ele que falou e tá falado."

"Porque eles acha que põe dinheiro, dá as coisas pra casa."

Segundo o ponto de vista das mulheres, essas questões ligadas ao poder de decisão nos casais podem refletir-se direta e negativamente na vida sexual deles. Para elas, muitas mulheres mantêm um relacionamento sexual com o parceiro apenas para satisfazê-lo, mesmo quando elas não sentem vontade:

"Transa mesmo, já acaba logo e vai dormir."

"É como uma obrigação, aí, deve ser horrível. É como uma obrigação que é pra não arrumar enquiço."

No geral, segundo o ponto de vista delas, a mulher, hoje em dia, tem mais poder para decidir do que antigamente, porém, mesmo que trabalhe fora e tenha sua própria renda, ainda está sujeita à palavra final do homem:

"Acho que hoje a mulher tá tendo mais liberdade, o homem tá vendo a mulher, não só como esposa, como dona de casa, mas também tem o direito de pensar, de decidir alguma coisa."

"As mulheres mandam mais hoje em dia, principalmente nos filhos... eu acho que assim, a mulherada tá mandando um pouquinho mais. Não que manda mais, toma mais atitude com as coisas da casa."

Para elas, o correto seria os dois decidirem sobre qualquer coisa num relacionamento, com o mesmo poder; entretanto, o homem procura manter essa relação de autoridade frente às decisões, não reconhecendo os direitos de decisão por parte da esposa:

"Bom, o certo seria os dois, né, mas a maioria é o homem."

"Porque ele é machista. Porque ele sempre quer ser mais autoritário que a mulher. Ele não deixa a mulher mandar em nada."

"...então, é mais ou menos por aí, embora seja os dois, eles não quer saber se são os dois ou não, eles acham que é só eles."

4.2.5. A fidelidade e a confiança.

Na opinião das mulheres, o elemento considerado como mais importante na manutenção de um relacionamento a dois é a fidelidade. No entanto, elas reconheceram que essa fidelidade praticamente não existe nos casais:

"Nos relacionamentos mais fixos tá ainda mais difícil. O que a gente vê é que é mais instável, e que aquelas pessoas que não encontram prazer nesses relacionamentos realmente estão buscando fora direto."

As mulheres concordaram entre si com o fato de que tanto o homem quanto a mulher traem em nossos dias:

"A maioria dos homens tá procurando mulher na rua. Eu tenho várias amigas casadas que tá tendo vários tipos de problema com o marido."

"Agora, não vamo por só os homens não, porque as mulher deixa os marido em casa e cai no mundo também. Então, o errado tá entre as partes também, entre os homens e entre as mulher."

De acordo com a percepção delas, a mulher também trai, mas para ela é mais fácil ser fiel:

"Pra mulher eu acho que é mais fácil ser fiel. Mais fácil porque ela tá dentro de casa, ela tá lidando com os filhos, ela tá acostumada com a vidinha dela mesmo, é mais fácil. Agora, o homem, ele sai mais, ele trabalha, ele tem mais chance de ter outras amizades do que a mulher em casa."

"Nós, mulheres, pra trair o homem que a gente ama é mais difícil. Mas da parte deles, eles pode até gostar da gente, mas passou outra por ali e deu bola, ele vai."

Foram apontados alguns motivos pelos quais as pessoas são infiéis, porém elas ressaltaram que esses motivos são diferentes para o homem e para a mulher, porque enquanto o primeiro possui a característica de ser prático, a segunda é afetiva:

"Porque a mulher vai pelo lado afetivo, o homem não. Ele vai pelo lado prático mesmo, porque ele acha que quanto mais mulher ele tem, quanto mais transada ele der

num dia, ele é mais machão. A mulher não, quando ela descobre que ela pode ter prazer, ela vai buscar, mas é a parte afetiva que tá aí."

Em relação aos motivos que levam o homem a ser infiel, as mulheres apontaram o machismo, o desejo de variar e buscar o que é diferente:

"... eles têm um problema em casa e tudo lá fora é mais fácil, não tem aquela de lavar, cozinhar, estar de cara feia. Toda hora que ele chega, tá cherosinha, bonitinha, tudo no seu devido lugar. Na casa não é assim, porque a dona da casa tem que cuidar do marido, dos filhos e tudo é ela. E lá fora não, toda vez que chega tá cherosa e bonita, aí, tá do gosto!"

"A gente que já tá bastante tempo casada, a gente já vai ficando assim flácida, tudo caído... e a oferta lá fora tá grande, gente! Sabe, com as tetinhas tudo lá em cima, a gente não, já vai ficando mais envergonhada, sei lá, né? Aí fora a oferta tá grande e eles vai mesmo."

"A maioria dos homens gosta de variedade. De repente ele sai duas, três vezes com uma, daí ele troca e começa a sair com outra e assim vai... Porque é diferente... Ele faz isso por gostar de variedade, sendo que ele não quer perder a dele de jeito nenhum..."

Segundo a visão das mulheres, o homem trai a esposa mas não deseja perdê-la porque acredita que pode confiar nela:

".. só que não larga da mulher... fica com as duas, mas não larga da mulher que já tem há muito tempo."

"Sabe porque? Porque ele pensa que ela não é capaz de ser infiel com ele. Exatamente, o marido que trai, aquele que tá com outra e num toma a decisão de ir com a outra, e fala pra ela: na minha casa as coisas num é boa, mas tenho que ficar porque tenho dois filhos. Mas não é, porque na cabeça deles, os homens achia que a mulher, a esposa, não é capaz de colocar um clifirão, um corno..."

O que leva a mulher a ser infiel ao seu parceiro, segundo elas, pode ser a ilusão, de que alguém vá oferecer a ela algo que não tem dentro do casamento, ou a vingança, como consequência da infidelidade do marido:

"Hoje em dia, as mulheres são mais vulneráveis e, se dentro de casa, as coisas não convêm, a mulher é mais sensível. Tem mulher que se engana por um rostinho bonito, por umas palavras bonitas que ela não tem dentro de casa. Não que ela sai pra procurar, mas se ela encontrar, às vezes ela vai."

"Eu acho que quando uma mulher chega a trair é porque ela não tem dentro de casa o que ela queria, carinho, atenção. É porque se uma mulher é maltratada dentro de casa e ela vai passear e encontra uma pessoa que dê carinho, que dê atenção e tudo, ela vai se jogar pros braços daquela outra pessoa."

"E outras é pra se vingar. Ele traiu ela e ela fala assim: já que ele fez isso, eu vou fazer pra me vingar. E ela faz pra se vingar dele."

A bebida foi colocada pelas mulheres como um fator que induz o homem a maltratar a esposa, o que, na opinião delas, pode levá-la a interessar-se por outra pessoa:

"Uma mulher só sai com outro porque não tem compreensão mesmo, maus tratos, quando o cara não compreende ela, chega bêbado, começa a gritar, é estúpido."

"O que eu tenho visto agora, assim nesses tempos, é mais pela bebida, o homem bebe muito. Ele pode dar tudo em casa, comida e tudo, mas ele chega e não agrada a mulher, ele não faz um carinho, depois, a mulher já começa a sair com outro, né? Daí, a mulher vira a cabeça de repente."

Na opinião das mulheres, tanto o homem quanto a mulher, quando estão sendo infiéis, deixam pistas visíveis aos parceiros. Em relação ao homem, foram relatados alguns tipos de pistas. A primeira é que ele começa a chegar tarde em casa e torna-se vaidoso, passando a cuidar mais da sua aparência:

"... quando o marido chega, não tem horário pra chegar, chega cada dia num horário. Dá pra perceber, assim, se ele não é muito vaidoso, de uma hora pra outra passa a ser vaidoso, muda o perfume."

"Ele se cuida melhor, ele começa a passar assim a noite fora, ele diz que tem um amigo e que vai pra casa do amigo, mas é tudo mentira, ele já tá colocando as unhas de fora."

Uma segunda pista apontada por elas é que o homem torna-se agressivo e ausente, não se preocupando mais com as coisas da casa:

"O homem fica muito mais agressivo em casa, por qualquer motivo é briguinta pra ele sair e encontrar com a outra."

"Não dá tanta importância pra dentro de casa, não conversa mais, não tem hora pra chegar, não tem mais diálogo com a esposa, não se preocupa mais com os filhos, né? É a cabeça dele."

"Ele começa a por defeito em tudo em casa. Tudo que cê faz pra ele num tá bom. Cê faz comida, num tá boa; cê limpa a casa, num tá bom; cê passa a roupa, num tá boa, e já começa a num colocar dinheiro em casa, já começa a sair bastante e a beber."

A terceira pista que o homem pode deixar de sua traição é exatamente a reação oposta, segundo as mulheres. Ele se torna atencioso, carinhoso e passa a dar mais atenção às coisas da casa, para ocultar algo que está acontecendo fora:

"O meu já fica carinhoso demais, meloso demais. Começou melar, é porque melou mesmo, pode ter certeza. É tiro e queda!"

As mulheres concordaram entre si que as pistas deixadas pelas mulheres quando estão sendo infiéis não diferem das que o homem deixa. Ela passa a se cuidar mais, a sair mais:

"... ela começa a se arrumar, fica muito bela, bonita e maravilhosa. Porque quando a mulher tá saindo com outro, claro que o outro vai falar tudo o que ela não escuta em casa!"

"Ela começa a sair bastante. Daí irventa: ah, eu vou aqui, eu vou ali. Sempre tem um lugar pra ir... quase todo dia sai."

A mulher, assim como o homem, pode ficar mais carinhosa ou tornar-se ausente. A diferença, segundo elas, é que a mulher é mais criativa e disfarça mais do que o homem:

"...a mulher fica toda melosa com o marido, mesmo tendo um amante, né? Ela fica toda melosa com o marido, com tudo em casa... Porque a mulher disfarça mais, ela é mais criativa."

"Algumas começam a sair mais, deixa os filhos na mão, não ligam pra casa, pros filhos..."

As mulheres citaram também uma gama ampla de reações que o homem e a mulher podem apresentar quando desconfiam ou descobrem que o(a) parceiro(a) está sendo infiel. Para elas, as reações do homem à infidelidade da mulher estão ligadas ao machismo e podem ir desde mandar a mulher embora até assassiná-la:

"O que ele faz? Manda embora. O homem é autoritário, a mulher é boba, né."

"Eu não acho que manda embora, não, eu acho que maltrata e segura ali pra ficar maltratando bastante tempo."

"Quando eles têm certeza? Eu acho que mata... Bate na mulher... O meu mata!"

"Tem uns que matam mesmo! Tem uns que mata ela e depois se mata."

"Porque eles querem ser machão... Porque eles acham que só eles que podem."

Para as pesquisadas, o machismo pode ser expresso nas reações de agressividade por parte do homem traído, mas pode também estar oculto, quando o homem não apresenta reação alguma frente à traição da esposa. Na opinião das mulheres, ele não reage principalmente para esconder dos outros o fato de ter sido traído:

"Eles sabe e finge que não tem certeza. É muito raro um homem que aceita ser traído"

"Eles têm certeza e faz de conta que estão investigando. Diz que não tem certeza, mas no fundo ele sabe... Mas é muito difícil de aceitar, nenhum quer ser corno."

As reações da mulher em relação à infidelidade do marido, segundo elas, diferem das reações do homem para com a esposa infiel. Para elas, em geral, a mulher sofre, mas se acomoda com mais facilidade à infidelidade do parceiro:

"Mulher, ainda tem muitas bobas, não é o meu caso, mas tem. Parece que é o medo de perder o marido, porque ela tem filhos pequenos. É o medo de destruir o casamento, e a mulher esquece, ela se anula como mulher, como ser humano, pelos filhos. E ela esquece que ela é mulher, que ela tem que sentir prazer e tem todo o direito igual ao homem, então ela aceita pelo medão de enfrentar a vida lá fora. Ela não pensa nela."

"Tem umas que roda a baiana, viu... desce o barraco, ela briga, grita, chora. Só que depois, fica tudo igual."

As reações da mulher que depende financeiramente do homem são diferentes das apresentadas pela mulher que é mais independente. Para as pesquisadas, o fator financeiro influi na atitude de aceitação ou não da infidelidade do parceiro:

"Ela aceita pela segurança, né? Ela pensa mais na segurança dela, se ela não tá trabalhando: agora eu vou destruir minha família? Como vou cuidar dos filhos? Como

que eu vou arrumar um emprego? Então ela tem tendência a aceitar mais que o homem."

"Se ela é uma mulher liberal, que trabalha já há não sei quanto tempo, ela dá um pé na bunda dele. Ela vê que o marido arranjou outra, que vá pra outra! Mas ela tem o sustento dela. Agora, se é uma mulher que sempre dependeu do marido, é mais fácil dela aceitar."

A mulher apaixonada é capaz de aceitar o fato de ter que dividir o marido com outra, resignando-se para não perdê-lo, segundo comentaram nos grupos focais:

"Eu descobri que meu marido tinha outra, mas eu amava tanto ele que eu preferi dividir do que perder ele de uma vez. Hoje eu sofro as consequências..."

Foi unânime a posição das mulheres na colocação do amor como um fator que pode interferir tanto nas reações do homem como da mulher em relação à traição. Para elas, tanto um quanto outro pode aceitar a infidelidade do parceiro, quando estão apaixonados:

"Se ele ama a mulher, eu acho que ele vai até atrás, ele se humilha até..."

"Se ela gosta, ela corre atrás do prejuízo... Ela tenta melhorar, porque daí ela corre atrás do prejuízo..."

"Daí ela começa a dar valor nela, mas pode ser que não perdoa. Ela não perdoa, ela esquece, tá. .. Se você gosta de alguém, isso não tem perdão. E ela muda, ela muda demais. Nossa, e pra pior, ela vai pra frente! Eu mesmo, sou uma corna mudada. Vocês querem ver uma corna mudada? É eu!"

Do ponto de vista das mulheres, a fidelidade é o requisito mais importante para a construção da confiança nos relacionamentos a dois. A confiança é construída na convivência diária, quando as atitudes do parceiro são coerentes com aquilo que ele fala:

"... a partir do momento que você casa, você conhece a pessoa, o amor é construído, porque a confiança é construída, tudo, é que nem uma casa, tijolinho por tijolinho..."

"Eu acho que é da própria convivência que você vai vivendo, vai conhecendo a pessoa e que você vai aprendendo a confiar."

"Se o cara fala uma coisa pra você e dali três dias cê descobre que é mentira... daí você vai desconfiando, né. Mas quando começa a bater o que a pessoa fala e faz, então acho que você vai confiando, né?"

Embora a confiança tenha sido considerada como um fator importante num relacionamento, foi admitido que nem a mulher confia no homem e nem este confia na mulher. Algumas das explicações para este fato foram as seguintes:

"O ser humano é muito complicado."

"Não tem jeito, o ser humano é muito falso, é muita falsidade."

Para elas, em geral, a mulher não confia no homem e o que contribui para isso é o fato de existirem mais mulheres do que homens em nossa sociedade:

"Porque hoje, aparentemente, tem mais mulher do que homem. Vai lá, não tem muitos bares por aí? É tanta mulher, é mulher casada, é mulher solteira; é muita mulher dando sopa por aí..."

Segundo as opiniões expressas nos grupos, a mulher pode confiar, mas essa confiança é aparente e intencional:

"Ela confia quando ela precisa confiar. Por exemplo, ela tá com problema, ela não quer perder ele... os móveis de dentro tem que repartir, ele ganha pouco e não pode dar uma boa pensão pra ela, ou ela não quer abrir mão dele pra outra... Daí ela finge que confia."

Entretanto, na opinião delas, o homem confia mais na mulher do que o contrário, porque ele acredita que ela não tem oportunidade de trai-lo ou porque a desconfiança que ela manifesta em suas atitudes para com o parceiro transmite segurança a ele:

"... como eu sou desconfiada, acho que ele confia muito em mim. Eu falo pra ele: eu desconfio muito de você, cê acha que eu não posso sair e fazer alguma coisa? E ele fala: imagina, você não, você é quietinha, você tá aqui dentro de casa..."

"Eu sou ciumenta...eu vou atrás... A desconfiança assegura ele que eu sou fiel. Mas eu, é que eu tenho a cabeça no lugar, porque senão..."

Houve um consenso em relação à ausência da confiança no âmbito dos casais, especialmente no que se refere à mulher. Isso foi assim expresso na fala das pesquisadas:

"As mulheres não confiam, não. É bom não confiar muito, não!"

"Eu confio desconfiando!"

4.2.6. Quanto ao parceiro ideal, quais as expectativas das mulheres?

Para elas, o parceiro ideal deveria ser um homem carinhoso, atencioso, sem vícios e companheiro, aquele que compartilhasse de tudo, que se preocupasse com o futuro dos filhos, ajudasse nas tarefas domésticas e estivesse presente em todas as horas, fossem boas ou ruins:

"Carinhoso, companheiro de todas as horas, sem vícios, principalmente a bebida, compreensivo e, principalmente, atencioso, porque às vezes você tá falando e ele não tá nem aí".

"Que não bebesse, que não jogasse, que tratasse a família bem. Não chegar em casa quebrando tudo, dando carinho à mulher e aos filhos. Porque tem casa que o pai entra por uma porta e os filhos sai por outra, correndo de medo dele. Aí não é uma casa feliz, né? Ou a mulher ter que dormir na vizinha, porque senão ele mata ela".

"Ser compreensivo, ajudar, aquele que ajuda nas coisas domésticas, interessado, né, na escola, aquele homem que é interessado no futuro dos filhos, da casa, da gente, da família... chega na hora certinha em casa. Eu acho que ser companheiro é tá do seu lado na hora boa, nas horas ruins, compreender".

"Eu acho que é tudo isso e ainda compartilhar de tudo. Isso é muito importante, completar assim o eu da gente, dar colo quando a gente precisa".

As pesquisadas expressaram ainda, que o homem ideal deveria ser romântico, compreensivo, saber dialogar e estar desperto para o sexo, mas de modo fiel, porque, segundo elas, as mulheres necessitam de carinho, amizade e compreensão:

"... amor, hoje em dia, manda muito o entendimento entre os dois. Pode amar apaixonadamente, mas daí começa a brigar, pronto, o amor vai embora. Às vezes tem o amor, mas não tem a compreensão".

"Eu acho que o carinho faz falta, porque nós, mulheres, temos, porque não deixa de ser, uma vida assim cheia, a gente precisa de um carinho, de que conversam com a gente. Nem sempre eles fazem isso".

"O meu, tá sempre me agarrando, me beijando, me abraçando... só que na hora do sexo, ele não é tão carinhoso".

"Tem que ser carinhoso... meio tarado... fiel, fiel, é claro!"

Também disseram que o parceiro ideal deveria ser trabalhador e estabilizado financeiramente, porque o problema para o casal começa quando a situação financeira está ruim:

"Tem que estar estabilizado financeiramente... então, o bem estar do casal começa por aí, daí, o resto vem de cada um. Não tem que gostarrrrr... A intriga começa quando os problemas começam a incomodar, né, tipo: a miséria, os cobrador enchendo o saco, a falta de conforto..."

Algumas mulheres expressaram desaprovação em relação à idéia de pensarem num parceiro ideal que não fosse o próprio marido. Uma das observações foi a seguinte:

"Eu acho que a partir do momento que a gente escolheu aquela pessoa, a gente casou, teve filho, eu acho que a gente tem que pensar que aquela pessoa é ideal pra mim, porque a gente tem os filhos, né? Os filhos precisam da mãe e do pai. Acho que isso não deveria passar assim pela cabeça da gente".

Outras comentaram que o homem, para poder ser o parceiro ideal, deveria respeitar e entender melhor a vida feminina. Para isso, ele deveria passar pelas mesmas experiências que a mulher passa, desde a menstruação até o parto, porque assim ele daria mais valor à mulher:

"Ele tinha que ficar menstruado, tinha que ter filhos, né, pra saber o que é um parto. Ele tinha que sentir umas cólicas bem violentas, daquelas de virar do avesso. Tinha que ter assim um parto normal, pelo INPS... e ter o filho com cinco quilos".

"... eles tinham que passar pra saber como é que é. Eles acham que ter filho é gozar".

Entretanto, outras discordaram desse ponto de vista, trazendo à tona que o fator maternidade deve continuar sendo único da mulher, encarando-o como um bem:

"Eu só queria falar que na hora em que falaram que os homens deveriam ter filhos, eu discordo plenamente, porque eu acho que é a única coisa que é nosso ainda, e é só nosso. Não tem nada que homem ter filho, não, é uma coisa tão boa, tão nossa!"

5 - DISCUTINDO A DESIGUALDADE DE GÊNERO E A AIDS ENTRE MULHERES.

"Encontro marcado, inevitável desencontro, a relação masculino/feminino traz a marca da incompatibilidade necessária. A ferida do Andrógino jamais cicatrizou. Se um dia fomos um, uma vez partidos nunca mais em nosso abraço recuperamos a unidade. Separados, nos atritamos no mundo em asperezas tão diversas que, reencontrados, já não somos o perfeito encaixe e nem mesmo nossa ternura recompõe a superfície una do corpo único, completo, saciado. Masculino e feminino, mítica ou historicamente buscam - e é inútil - a unidade perdida."

(OLIVEIRA, 1993:113)

Os resultados da pesquisa que acabamos de apresentar mostraram-nos alguns pontos importantes que poderíamos discutir à luz de diversas teorias, como por exemplo, pela fenomenologia, pela psicologia social, pelas teorias de aprendizagem. No entanto, em nossa busca de compreensão do porquê as mulheres não se previnem da AIDS em relacionamentos estáveis, decidimos conduzir a análise sob uma perspectiva de gênero, não somente para explicar porque esse fato tem ocorrido, mas também para

apontar possíveis caminhos em direção a estratégias mais eficazes de ajuda às mulheres, no combate à epidemia.

Ao questionarmos por que o programa educativo, anteriormente realizado com as mulheres, não foi tão efetivo, deparamo-nos com alguns encaminhamentos interessantes.

O programa educativo inicial foi desenvolvido junto às mulheres, com o objetivo de melhorar o nível de conhecimento sobre as DST/AIDS, com a intenção de mudar atitudes em relação a essas doenças. Uma das mudanças esperadas era a incorporação de medidas preventivas quanto à transmissão por via sexual, e isso não aconteceu. As mulheres repetiram as informações corretas e chegaram a mudar atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação às pessoas com AIDS, porém, não mudaram atitudes de risco em seus relacionamentos sexuais com parceiros estáveis.

Refletindo sobre esta questão, podemos inferir que a informação foi percebida e até repetida, mas foi bloqueada por aspectos afetivo-emocionais, pela interferência de sentimentos, valores, crenças, emoções e experiências envolvidas. O caminho a percorrer, da informação ao conhecimento, e deste à ação, é extremamente complexo, na medida que a razão entra em contradição com a emoção, perdendo, muitas vezes, sua força e/ou seu significado (BIAGINI & SÁNCHEZ, 1995).

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres para tomarem qualquer decisão que favoreça a auto proteção em relacionamentos de longa duração, mesmo quando

possuem informações sobre as maneiras de transmissão e prevenção da AIDS, refletem a complexidade dessa situação.

O fato de terem que sugerir o uso do preservativo leva as mulheres a se depararem com um misto de informações e sentimentos contraditórios, concorrentes entre si. Ao mesmo tempo em que têm medo de se contaminarem, temem a reação de seus parceiros. Primeiramente porque se eles aceitarem a sugestão de usar o preservativo poderão estar confirmando as suspeitas delas de que eles estejam sendo infiéis, e, por outro lado, poderão suspeitar de que elas não estejam sendo fiéis. Em qualquer das situações, a confiança no âmbito do casal estará em jogo, o que poderá afetar negativamente o relacionamento. A escolha não parece ser fácil para as mulheres; implica vasculhar profundamente o "contrato" marido-mulher, com consequências tão sérias, que elas preferem manter-se num sub mundo de dúvidas e dependência.

Considerado sob esta perspectiva, o relacionamento amoroso está sob a dominância da estereotipia de papéis masculinos e femininos. Ligados à desigualdade de poder nas relações de gênero, esses estereótipos assumem uma grande importância e, inegavelmente, vêm interferindo na demora com que se tem estabelecido o processo de prevenção da AIDS pelas mulheres.

Um outro exemplo dessa complexidade reside no fato de que as crenças populares, decorrentes de informações incorretas, têm atuado como uma força que compete com a informação correta em questões relativas à AIDS. Se observarmos o discurso das mulheres pesquisadas, quando referiram que não subiam no carro do

vizinho porque tinham medo de contrair uma doença de transmissão sexual, podemos constatar que essa fala não foi coerente com as vias de transmissão relatadas como conhecidas por elas. Podemos dizer que as informações corretas foram captadas, mas as mulheres convivem com conhecimentos anteriores, que estão arraigados culturalmente, e que são contraditórios com essas novas informações. Daí a demora na assimilação do novo, em termos comportamentais.

Trabalhar a prevenção da AIDS com mulheres não tem sido tarefa fácil porque nos deparamos com questões conflituosas na programação da profilaxia da doença, havendo choques entre as ações preventivas e o mundo feminino. Além das atitudes desejadas exigirem um tipo de controle, que nem sempre está nas mãos das mulheres, os modelos usados até agora parecem conter algumas discriminações de gênero. Por exemplo, o uso do preservativo é promovido mais intensamente entre as mulheres, mesmo quando sabemos que o controle desse comportamento está nas mãos dos homens. A medida preventiva que estaria mais sob o controle das mulheres seria o condom feminino, entretanto, sua introdução e disponibilidade ainda estão bem distantes da nossa realidade. Além disso, difunde-se o valor da redução do número de parceiros sexuais entre as mulheres, enquanto sabemos que muitas das contaminadas têm parceiro único. A condição de subordinação das mulheres coloca-as de tal forma frente à violência doméstica, à maternidade não desejada, às relações sexuais extra maritais de risco e ao acesso limitado à informação (DANTES, 1997), que parece não serem elas o principal objeto de referência das ações de combate à doença, mas sim os homens.

Podemos observar, ainda, outras discriminações que estão presentes, tanto no relacionamento do casal quanto no modelo de relação médico-paciente. Segundo as mulheres do nosso estudo, tanto o homem quanto a mulher sabem que a principal via de transmissão das DST/AIDS é a sexual, mas o homem ainda acusa a mulher frente à ocorrência de alguma DST, mesmo com argumentos infundados, como aquele de ela ter deixado sabão na calcinha. Ela, submissa, acaba assumindo a culpa.

Aqui levantamos alguns questionamentos, que são fundamentais na teoria de gênero:

Por que será que a mulher aceita a insinuação prejudicial do parceiro? Não está ela informada sobre as maneiras corretas de transmissão das DST? Por que procura enganar-se? Tem medo de provocar uma discussão? Tem medo das decorrências de questionar?

Mere Kisekka, porta-voz do alerta sobre a epidemia que assola a Nigéria, expressou seu pensamento sobre as questões acima através de um pequeno parágrafo, reproduzido por Guimarães (1994) da seguinte maneira: "As mulheres têm internalizada a ética da nobreza do sofrimento, de tal modo, que a dor e os desconfortos provenientes de sua vida reprodutiva e sexual são aceitos como a própria essência de ser mulher". E Guimarães complementa essa idéia: "como vimos, até um corrimento torna-se normal" (p.278).

Questões culturais mais profundas explicam o conservadorismo ainda existente e que pode ser um dos fatores que contribui para a manutenção de atitudes de risco na transmissão do HIV pela via sexual. Isto porque nesses aspectos culturais estão presentes os padrões que perpetuam, de geração a geração, o papel de subordinação da mulher. Esse conservadorismo pode ser observado desde a educação dos filhos pelos casais, em que geralmente estão presentes os comportamentos diferenciados para meninos e meninas, conforme a tradição: as meninas ajudam nos serviços da casa enquanto os meninos jogam bola ou videogame; as meninas ganham bonecas de presente e os meninos ganham carrinhos; as meninas brincam de casinha e os meninos de futebol; as meninas precisam voltar cedo para casa enquanto os meninos podem passar as noites fora. Observamos isso na dinâmica familiar, mesmo entre as famílias em que os casais dividem as tarefas domésticas. A tendência é a atividade masculina e a passividade feminina.

Quanto ao modelo médico, nele também as relações de gênero e poder estão presentes, na medida que as informações relacionadas à sexualidade nem sempre são abordadas com as pacientes, dificultando e, muitas vezes, impedindo a identificação, a prevenção e o tratamento de doenças de transmissão sexual. Essa postura reproduz a imagem de submissão da mulher ao homem, refletindo o que atualmente tem sido denominado de "cultura do silêncio" (DIXON-MUELLER & WASSERHEIT, 1993).

Na "cultura do silêncio" observamos que, embora o mundo médico saiba que pessoas com múltiplos parceiros sexuais encontram-se em maior risco de contrair DST e AIDS, se não utilizarem o preservativo; e saiba também que cerca de 70% das DST

ocorrem em adultos jovens (DANTES, 1997), quando as pacientes procuram o ginecologista por ocorrência de uma DST, relatando terem apenas um parceiro sexual, não são, muitas vezes, informadas de que se trata de uma doença de transmissão sexual e que, portanto, estão sendo contaminadas pelo seu parceiro (DIXON-MUELLER & WASSERHEIT, 1993; BAHAMONDES, 1996).

Nesses casos, o medicamento é receitado para os casais, mas os maridos geralmente não o utilizam por acharem que "é coisa de mulher", o que torna a infecção repetitiva, chegando a provocar, entre outras sequelas, a esterilidade permanente da mulher (BAHAMONDES, 1996) e o aumento do risco de contaminação pelo HIV.

Estaria o médico protegendo o mundo masculino e as relações extra conjugais dos maridos? Estaria ele, como homem, enquadrando-se num preconceito social, em que a infidelidade masculina é considerada corriqueira e normal? Ou estaria ele com receio de provocar uma ruptura nos casais?

A mulher também não consegue dividir com o médico suas dúvidas e angústias sobre questões relacionadas à sexualidade. Na maioria das vezes, quando ela consulta o ginecologista, ela aceita suas explicações, sem questionamentos. Na verdade, pouco se fala sobre sexualidade, principalmente entre o homem e a mulher.

Diante desse fato, nossa pergunta seria: **com o aumento do número de mulheres médicas, em que medida essa postura poderá mudar?**

Embora o número de médicos do sexo feminino venha aumentando consideravelmente, ainda temos observado uma conservação dos valores relacionados aos papéis sexuais. O fato de ser mulher pode não garantir que a médica perceba, ou tenha consciência, das desigualdades de gênero, já que ela participa desse mesmo cotidiano, tanto na sua vida profissional, como na sua vida familiar. Além disso, a profissão médica está assentada em um perfil masculino de exercício do poder.

Daí perguntamos: será que o homem oprime a mulher por ser ela mais fraca e dependente? Será que ele descarrega sobre ela a opressão que recebe da sociedade, que lhe cobra um desempenho difícil em seu papel de macho e provedor? Seria a família o locus onde ele se sente mais à vontade para descarregar sua agressividade, pelas circunstâncias sociais injustas em que ele vive?

Se nos reportarmos à infidelidade na relação a dois, podemos até interpretá-la como uma válvula de escape dos relacionamentos, tanto que homem e mulher traem, entretanto, ela continua vinculada à desigualdade de gênero e poder, na medida que, quanto maior é a dependência econômica da mulher, menor é sua coragem de reagir frente à traição do companheiro. No caso de haver filhos para criar, diante de traições do marido, a mulher também sente-se responsável pela família e submete-se, calando. Em todos os sentidos, a mulher vê-se obrigada a aceitar a infidelidade, seja "fingindo que não vê", seja negando a existência do fato, o que, de qualquer forma, sugere que na relação monogâmica a mulher nada impõe. Logo, pensar que ela vai cobrar o uso do preservativo, torna-se praticamente impossível.

O dado que importa ao estudo é que a infidelidade existe, está presente na cultura das pesquisadas e, por isso, deve ser considerada na prevenção. Montar estratégias de prevenção à AIDS baseadas na promoção da fidelidade e da monogamia seria, portanto, utópico, além de demorado. Pensamos que, promover medidas de comunicação entre as pessoas e no âmbito dos casais, incentivar a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, incluir a participação do homem nas questões da saúde sexual e reprodutiva, difundir a erotização do preservativo e o uso deste pelos casais e parceiros eventuais, seriam medidas que deveríamos nos preocupar em intensificar nos programas educativos.

Gostaríamos aqui de dar um espaço para discutir o papel do homem no relacionamento a dois, considerando a prevenção da AIDS e as implicações das relações de gênero na questão.

Um projeto de ação participativa, que incluía a realização de grupos focais com homens da comunidade, desenvolvido na cidade de Santa Bárbara D'Oeste, Estado de São Paulo, pelo Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), revelou alguns dados interessantes ao nosso estudo. Com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção à saúde da mulher, o projeto procurou esclarecer, entre outras coisas, o papel do homem nas questões da saúde reprodutiva (SIMMONS et al, 1997; DÍAZ et al, 1997).

Em seus relatos, os homens envolvidos expressaram uma grande preocupação com a manutenção da família, queixaram-se do cansaço que experimentavam ao

enfrentar uma intensa jornada de trabalho com baixa remuneração, revelaram a vergonha que sentiam ao conversarem sobre sexualidade com suas esposas e afirmaram ser embaraçante acompanhá-las ao ginecologista.

Um outro estudo envolvendo grupos focais com homens foi relatado por Guimarães (1994), com resultados intrigantes. Foi observado na fala dos homens que eles não se consideravam em risco, mesmo quando afirmavam ter outras parceiras sexuais. As justificativas que eles utilizavam para isso resumiam-se em dois pontos: primeiro, uma associação entre AIDS e homossexualidade, que não era o caso deles; em segundo lugar, o fato de que conheciam as garotas e sabiam serem de confiança, o que não oferecia perigo. Para esses homens, portanto, a idéia que sustentava o uso do preservativo era a mesma das mulheres da nossa pesquisa, ou seja, a desconfiança, a infidelidade e a traição.

Algumas colocações do coordenador do estudo acima trazem informações importantes para a compreensão das relações de gênero, sob a perspectiva dos homens. Entre outras, ele afirma: "Ainda que a resistência ao diálogo com parceiras fixas ou eventuais seja marcante no discurso masculino, seria ingênuo imaginar que esta condição de desigualdade de poder seja confortável para os homens. Medo, insegurança, ambivalência e conflitos são realidades integrantes da vivência da sexualidade masculina" (p.277).

E como ficam, então, as expectativas da mulher em relação ao homem e vice-versa, num relacionamento a dois, principalmente quando temos pela frente questões tão delicadas quanto as provocadas pelo aparecimento da AIDS?

Mulheres e homens têm buscado satisfação em relacionamentos extra conjugais, tanto que, na opinião das pesquisadas, ambos traem. Entretanto, elas têm expectativas em relação ao parceiro ideal, o companheiro carinhoso, o amigo de todas as horas, que divide as responsabilidades do lar e esteja disponível ao diálogo.

E os homens, o que esperam das mulheres?

Esse é um lado do problema que ainda está para ser desvendado.

6 - O DESAFIO CONTINUA ... ONDE A SOLUÇÃO?

"Pelos veredas da dívida, da angústia, da divisão, voltamos ao ponto de partida. Não para o arrependimento da ousadia e a penitência do erro. Não há caminho de volta para as mulheres; nós não o queremos nem a sociedade moderna o propõe. Voltamos ao ponto de partida no sentido de que, exatamente porque fizemos a travessia do mundo dos homens, porque conhecemos suas normas e seus valores, estamos melhor situadas para revalorizar nosso mundo, nossos valores, não para nos refugiarmos neles, mas para repensar sua contribuição para um novo desenho da convivência entre os sexos e, por extensão, para um novo perfil civilizatório".

(OLIVEIRA, 1993:106)

Voltamos à pergunta inicial: o que poderia ser feito para mudar essa situação, em que a mulher está exposta ao risco de morrer com AIDS, principalmente, por causa das desigualdades de gênero?

Embora o poder feminino tenha sido relegado e condicionado negativamente ao longo da história, atualmente a mulher vem abrindo seu espaço e ganhando força dia a

dia. Podemos até interpretar que temos avançado muito em direção a diminuir a diferença, mas ainda estamos longe da tão sonhada igualdade entre o feminino e o masculino; igualdade no sentido de harmonização e adaptação das diferenças entre os sexos, que não são iguais e nem deverão ser (OLIVEIRA, 1993). A sensibilidade, a intuição, o poder e a força que existem no íntimo do feminino são incomparáveis aos dons masculinos, e são recursos que têm possibilitado às mulheres vencerem algumas dificuldades. A sensualidade, típica do feminino, é um complemento da sexualidade que hoje é mais livre e pode mostrar-se aberta e participativa, com o que a mulher procura o prazer sem repressão. A mulher também vem se inserindo no mundo público, ganhando espaço nas esferas da racionalidade e das decisões, o que não precisa ser, necessariamente, uma ameaça ao homem, mas a promessa de uma relação mais sensível e humana (DIAMENT et al, 1991).

Pela primeira vez na história do patriarcado as mulheres estão trazendo os valores femininos para o mundo masculino, elas vêm ganhando força e ampliando o seu saber, vêm cooperando na construção de uma civilização mais igualitária, em que se firma a convivência entre os sexos (OLIVEIRA, 1997).

Pensando dessa forma, por que não transformar o poder feminino em ação nas questões relativas à AIDS? A mulher pode ter mais autonomia e mais poder para tomar suas próprias decisões e negociar o uso do preservativo com o parceiro?

Entre os conceitos e experiências que temos desenvolvido em nosso trabalho com as mulheres, um deles é promover o fator erotizante da camisinha. Ainda que a maioria das pessoas traga consigo uma crença negativa, já bastante incorporada em relação aos preservativos, ligando sua imagem à prostituição e à repressão do prazer, esta imagem pode ser modificada, ao ser associada a algo positivo e prazeroso. O uso do preservativo pode transformar-se em excitação erótica no ato sexual, ampliando os domínios da sexualidade. O envolvimento da mulher na exploração das diversas formas de usar o preservativo e a participação dela na criação de um clima diferente de prazer junto ao parceiro podem estimular a satisfação dos dois, além de possibilitar a prevenção. Esta proposta não é a única saída para um novo rumo ao exercício sadio da sexualidade, em tempos de AIDS, mas tem contribuído para a melhoria no relacionamento dos casais, que acabam aderindo a uma medida preventiva, encarando-a como algo mais prazeroso.

Entretanto, se estamos falando de casais e de relacionamento a dois, não podemos esquecer que o homem é parte significativa do processo. Negar a importância da sua participação na relação a dois e na prevenção, seria negar, a priori, a própria eficácia da mesma. A promoção de intervenções que incluam os homens tornou-se mais do que necessária, pois, se assim não for, não haverá condições de melhorar o diálogo, a compreensão mútua e a negociação sexual.

As pesquisas futuras deverão adentrar ao mundo masculino para que, através da compreensão da experiência dos homens, mobilize-se a motivação necessária a uma participação mais ativa deles no cotidiano das mulheres.

A esperança de conseguirmos, um dia, construir uma relação equitativa entre os sexos, baseada no diálogo e na comunicação, foi expressa nas palavras de Oliveira (1993):

"Um diálogo amigo entre homem e mulher, um diálogo em que a diferença não signifique domínio do masculino sobre o feminino, um diálogo que opere uma mudança civilizatória... A presença dos homens no mundo das mulheres trará uma possibilidade simétrica de reconstrução do masculino. Talvez então se possa falar de igualdade, porque a verdadeira igualdade é a aceitação da diferença sem hierarquias. E a certeza da diferença permanecerá no corpo, e nele o encontro mais fecundo" (p.74).

Um olhar conclusivo nos resultados desta pesquisa parece trazer à tona uma verdade clara e contraditória: apesar das mulheres terem informação e conhecerem os riscos, não utilizavam medidas preventivas em seus relacionamentos estáveis porque não tinham o real poder de decisão. Elas não exigiam o uso do preservativo porque tinham medo de despertar suspeitas de infidelidade e, com isso, provocar motivos para a separação do casal.

Há, sem dúvida, um longo caminho a percorrer para que mudanças importantes nas relações de gênero aconteçam. O grande desafio para esses próximos anos, será a desconstrução dos atuais papéis de gênero e a reconstrução de novos papéis, em nível individual, social, cultural e político.

A maioria dos programas de prevenção da AIDS tem se concentrado no aspecto cognitivo, através das informações e da promoção do uso do preservativo; a minoria tem focado a percepção de risco, os exames voluntários, a não discriminação e a negociação entre os casais (MANN, 1992).

Acreditamos que para podermos avançar, além das informações, os programas deveriam incorporar a sexualidade com uma perspectiva de gênero, a promoção dos direitos humanos, tais como os direitos sexuais e reprodutivos, e estratégias de comunicação, objetivando facilitar o diálogo, a compreensão e a negociação das diversas formas de prevenção.

As atividades deveriam incluir homens e mulheres, promovendo uma maior participação do homem na saúde sexual e reprodutiva. Mais do que promover a participação do homem, seria o caso de procurarmos conhecer melhor sua saúde sexual e reprodutiva, analisando a reprodução como um processo relacional, e não como um evento que ocorre isoladamente em homens e em mulheres.

Além disso, para que essa reconstrução de papéis ocorra, devemos trabalhar na implantação da educação sexual para crianças e adolescentes, tanto no âmbito da escola como da família.

Não podemos esquecer também que existem forças que atuam perpetuando e reforçando essa desigualdade que oprime a mulher e coloca em risco sua própria vida.

Estudos mais profundos deverão ser realizados no sentido de detectar essas forças, para que essa nova mulher e esse novo homem que estão surgindo possam conhecer-se e relacionar-se de forma diferente e mais harmoniosa.

7- SUMMARY

The increase of the number of women with AIDS motivated the development of an educational project in sexuality, STD and AIDS. This educational approach was undertaken with almost 500 women, in Campinas, São Paulo, Brazil from 1991 through 1994. The results showed an increase in knowledge and changes in attitudes in relation to people that had AIDS. However, there were no changes observed in relation to the risk behaviors that were related to sexual contamination. Based on these results it was decided to conduct an in depth study about the reasons why women did not incorporate preventive behaviors related to AIDS in their every day life. Six focus groups were conducted with women that had participated of the educational project. In these groups the knowledge, the perception of the risk, the use of preventive attitudes and the couple's relationship within gender perspective focalizing dialogue, decision making, fidelity, and confidence were studied. The analysis of focus groups showed that women know the ways of transmission and prevention of AIDS. However, they recognized that they did not used condom with their stable partner and they referred that their relationship have been hard because of lack of dialogue and that the final word is always said by men. In conclusion, although women had the information related to AIDS, they did not use prevention in stable relationships because they did not have the power of decision and were afraid of suspicion of infidelity and that this might provoke separation.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

ABBADE,A & CAVALHEIRO,T.R. SOS Women and AIDS Project. GAPA/S.P.,
Brasil. In: IX International Conference on AIDS, Berlim, 1993. **Abstract Book**,
2:798.

ARIÉS,P. & DUBY,G. org. **Histórias da Vida Privada**. São Paulo, Companhia das
Letras, 1991, 4:503-561.

_____. **Histórias da Vida Privada**. São Paulo, Companhia das Letras, 1991, 5:307-
388.

ARMITAGE,P. **Statistical Methods in Medical Research**. New York, A Halsted
Press Book, 1974. 504 p.

BAHAMONDES,M,Y,M. Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária
por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato
reprodutivo. Campinas, 1996. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

² As referências bibliográficas foram baseadas em:
HERANI,M.L.G. Normas para a apresentação de dissertações e teses.
São Paulo, BIREME, 1990. 45p.

- BELL,N.K. Women and AIDS: Too Little, Too Late?. In: HOLMES,H.B;
PURDY,L.M. **Feminist perspectives in medical ethics**. USA. Indiana University
Press, 1992. p.46-62.
- BELLUCCI,S.& HAYASHI,R.& HEBLING,E. The transforming impact of HIV
seropositive as educator. In: IX International Conference on AIDS, Berlin, 1993.
Abstract Book, 1:108.
- BIAGINI,G & SÀNCHESES,MC. **Actores Sociales e SIDA**. Buenos Aires, Espacio
Editorial, 1995. 253 p.
- BONGAARTS,J. Global Trends in AIDS Mortality. New York, Population Council,
1995. Working Papers nº 80.
- BROWN,P. **Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro, Ed. Zaar, 1991. p.318-351.
- CÁCERES, C. La construcción epidemiologica del SIDA. In: **Ciencias Sociales y
Medicina. Actualidades y perspectivas Latino-americanas**. Campinas,
CEMICAMP, 1995.
- CHIN,J. Epidemiology : current and future dimensions of the HIV /AIDS pandemic in
women and children. **Lancet**, 336(8709):221-224, 1990.

- CHODOROW,N. **The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender.** Berkley, University of California Press, 1978. p.169.
- DANTES,HG. SIDA y ETS: que se ha hecho y que se debe hacer. IV Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais y Medicina. México, 1997.
- DEBUS,M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales.** Washington, Academia para el desarrollo educativo e HEALTHCOM, 1995.
- DENZING,N & LINCOLN,Y. **Handbook of Qualitative Research.** Califórnia, Sage, 1994.
- DE ROMAÑA,M.R. Masculinidad, femineidad y genero: Un enfoque Psicologico y transdisciplinario. Trabalho realizado na Pontificia Universidade Católica do Perú. In: **Henriquez,N. (ed). Compilación de Teorias del Genero.** Lima, Fondo Editorial de la PUCP. Fundación Ford, mayo, 1995.
- DIAMENT,C & MOREIRA,R. & NETO,R. & LACERDA,F.A. **Malleus Maleficarum: O Martelo das Feiticeiras.** Brasil, Ed. Rosa dos Tempos Ltda, 1991.

DÍAZ,M & SIMMONS,R & DÍAZ,J & HEBLING,E & MAKUCH,M. Expanding contraceptive choice: Findings from an action Research Project in Brazil. Artigo preparado no Centro de Pesquisas Materno Infantis de Campinas, CEMICAMP, para publicação, 1997.

DIXON-MUELLER, R. & WASSERHEIT, J. **A Cultura do Silêncio. As Infecções do Trato Reprodutivo nas Mulheres do Terceiro Mundo.** Washington, International Women's Health Coalition, 1993. 21 p.

FERNANDES, ME. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** ABIA/Brasil, 1995, 26:2.

FREIDLAND, G.H.; KLEIN,R.S. Transmission of Human Immunodeficiency virus. **New England Journal of Medicine.** 317(18): 1125-1135, 1987.

GAPA-BAHIA. **Boletim nº10,** 1994.

GIFFIN,K. Estudos de Gênero e Saúde Coletiva: Teoria e Prática. **Saúde em Debate,** 46: 29-33, março de 1995.

GÒMEZ,C.A.; MARIN, B.V. Can women demand condom use? Gender and power in safe sex. U.C.S.F., USA. In: IX International Conference on AIDS. Berlim, 1993, **Abstract Book 2.** p.801.

GRINBERG,M. El Problema de la Mujer en la Construccion Medica del VHI-SIDA.
DeSidamos - SIDA. Argentina, 1:5-9, 1995.

GUIMARÃES,C.D. Mulheres, Sexualidade e AIDS: Um projeto de prevençao. In:
Costa, A.O.; Amado,T (orgs). **Alternativas escassas: Saúde, Sexualidade e
Reproduçao na América Latina.** São Paulo, Fundação Carlos Chagas. Editora
34, 1994. p.249-281.

HEAGART,M.C. & ABRAMS,E.J. Caring for HIV infected women and children. **The
New England Journal of Medicine.** 326(13):887-888, 1992.

HEBLING,E & BELLUCCI,S. Behive Project: Education and Prevention in AIDS for
women. Brazil. In: Tenth International Conference on AIDS, Yokohama, 1994.
AIDS: Abstracts from Brazil, 1:48.

HELMAN,C. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

HIGHWATER,J. **Mito e Sexualidade.** São Paulo, Saraiva, 1992. p. 37-91.

LEONARD,L.S. **A mulher ferida.** São Paulo, Saraiva, 1991. p. 211.

- LOWNDES, C.M. & GIFFIN, K. Gênero e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): Considerações sobre um trabalho em andamento. **ABIA/Brasil**, 1995. 26:3-4.
- MALLOL, S. Women, sexuality and AIDS. ADEUEM, Buenos Aires, Argentina. In: IX International Conference on AIDS. Berlin, 1993. **Abstract Book**. 2:799.
- MANN, M.J & TARANTOLA, D & NETTER, T, (eds) **AIDS in the World**. Cambridge, Harvard University Press, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano VIII, 3, agosto, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico AIDS**. Ano IX, 2, março a maio, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico AIDS**. Ano IX, 6, março a maio, 1997.
- MOERDAVI, F. As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no Brasil. **ABIA/Brasil**, 1995. 26:1.
- MORAIS, R. **Estudos de Filosofia da Cultura**. São Paulo, Edições Loyola, 1992.

NEVES,S.P. **Homem, Mulher e Medo: Metáforas da Relação Homem-Mulher.**
Petrópolis, Vozes, 1986.

O'LEARY,S. & CHENEY,B. org. **Tripla Ameaça: AIDS e mulheres.** Rio de Janeiro,
Dossiê Panos, 1993. p.31.

OLIVEIRA,R.D. **Elogio da Diferença: O Feminino Emergente.** São Paulo,
Brasiliense, 3 ed, 1993. 150 p.

_____. A Guerra Acabou. In: **Isto é**, 1453: 4-8, Agosto de 1997.

PAHO/WHO. **Global Programme on AIDS.** The Current Global Situation of the
HIV/AIDS Pandemic. Washington, 1994.

PAIVA,V, org. **Em tempos de AIDS.** São Paulo, Summus Editorial, 1992.

PARKER, R. **Corpos, Prazeres e Paixões: A cultura sexual no Brasil
contemporâneo.** São Paulo, Best Seller, 1991.

PATH, The Program for Appropriate Technology in Health. **Production and Use of
Media and Materials Curriculum.** Washington, 1992.

PATTON, M.Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods.** London, Sage,
1990. 532 p.

PEARL, M. Heterosexual women and AIDS. In: **THE ACT UP/New York. Women, AIDS and Activism.** Boston, South End, 1990. p.187-190.

RELATÓRIO Geral sobre a mulher na sociedade brasileira. Revista **Claudia**: dez/95.
(Com consultoria do Projeto AIDS Controle e Prevenção, do FHI/USAID)

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, 16(2):5-22, Porto Alegre, 1990.

_____. Prefácio à Gender and politics of history. In: **Cadernos Pagu**, (3):11-27, Campinas, 1994.

SIMMONS, R.; HALL, P.; DÍAZ, J.; FAJANS, P., SATIA, J. The Strategic Approach to Contraceptive Introduction. **Studies in Family Planning**, 2:79-94, 1997.

UNAIDS. The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic. Final Report
Satellite Symposium XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada, 1996.

VERMELHO, L.; SILVEIRA, H.H.N.; BARBOSA, R.H.S.; NOGUEIRA, S.A.;
SOUZA, A.C.M. **Padrões de Transmissão e Percepção de Risco em Mulheres com AIDS.** Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, 1994.

WEEKS, J. Valores Sexuales de la Modernidad. **Conciencia Latinoamericana**,
3:1:14-17, 1996.

WHO. **Women and AIDS: Agenda for action**. Geneva, WHO, 1994.

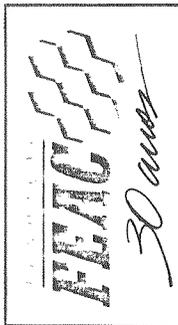


Competência em AIDS
Consciência da vida

DISK AIDS 0800111213

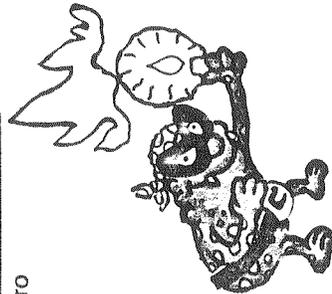
Rua Domingos Casotti, 176 - Jd. Sta. Genebra - CEP: 13080-000
Campinas - SP - Fone: (019) 242-7599 - FAX: (019) 242-7305

APOIO:

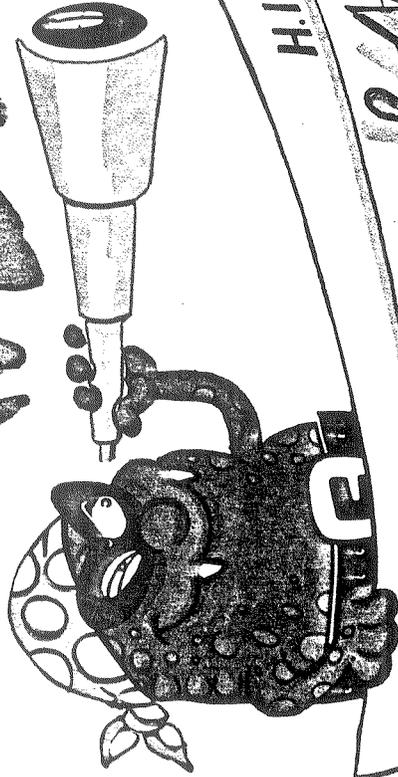


FEDERAÇÃO DAS ENTIDADES ASSISTENCIAIS DE CAMPINAS

Fundação Odila e Lafayette Álvaro



**© ALERTA
da AIDS**



**A COISA
TÁ FEIA!**

PROJETO COLMÉIA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM DST/AIDS PARA MULHERES

CAMPINAS, SP. 1994

ESTA CARTILHA FOI PRODUZIDA PELO CENTRO CORSINI ESPECIALMENTE PARA MULHERES DE BAIXA RENDA COM A UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE GRUPOS FOCAIS, PARA SER UM MATERIAL DE APOIO AO PROJETO "COLMÉIA". A PROPOSTA DO PROJETO "COLMÉIA" É DESENVOLVER UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DAS DST/AIDS, ABORDANDO TEMAS COMO: CORPO E SEXUALIDADE, DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS.

A PRODUÇÃO DESTE MATERIAL FOI POSSÍVEL GRACIAS AO APOIO FINANCEIRO DA FEDERAÇÃO DAS ENTIDADES ASSISTENCIAIS DE CAMPINAS (FEAC).

**O ALERTA DA AIDS:
A COISA TÁ FEIA**

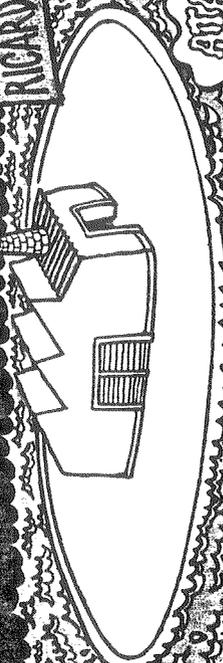
SILVIA B. B. BELLUCCI - SUPERVISÃO.
ELIANA MARIA HEBLING - COORD. E DESENH.
ARANAT GUARABYRA - ASSISTENTE
GRAFICENTER - IMPRESSÃO

CANALHAS!
CAMPANHA
CONTRA A
MALHA
PESSOA!



H.I.V. x CÉLULA EM: BATALHA FATAL

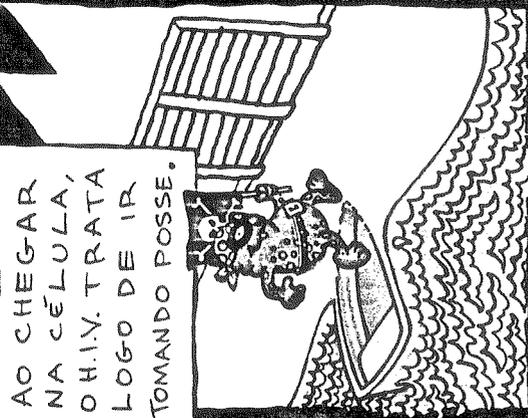
TEXTO E ARTE:
RICARDO CRUZEIRO



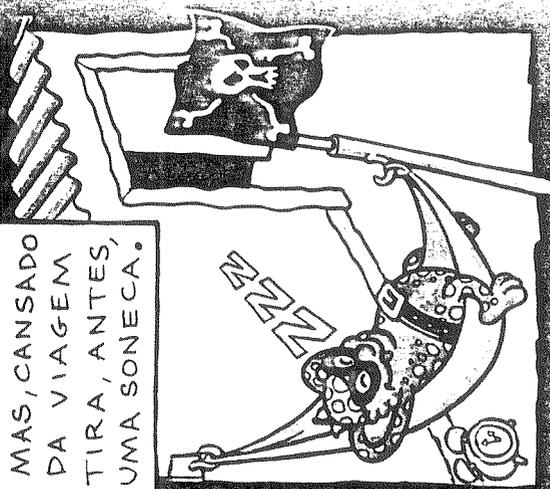
ATAQUE!

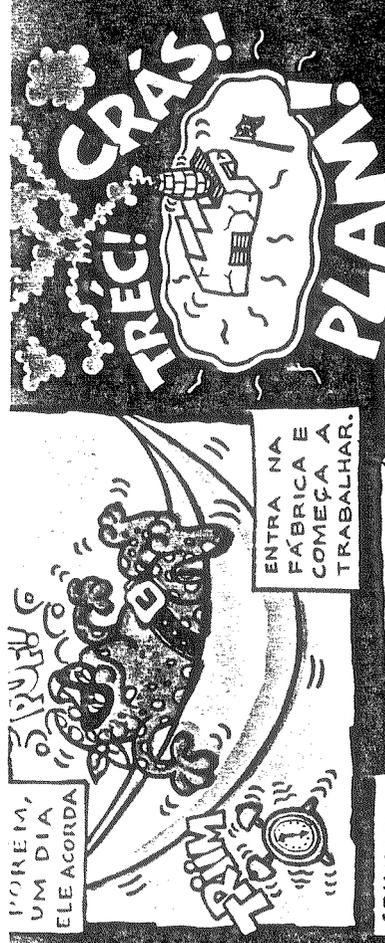
NA CORRENTE SANGUÍNEA O H.I.V. ENCONTRA FINALMENTE, A CÉLULA!

AO CHEGAR NA CÉLULA, O H.I.V. TRATA LOGO DE IR TOMANDO POSSE.



MAS, CANSADO DA VIAGEM TIRA, ANTES, UMA SONECA.

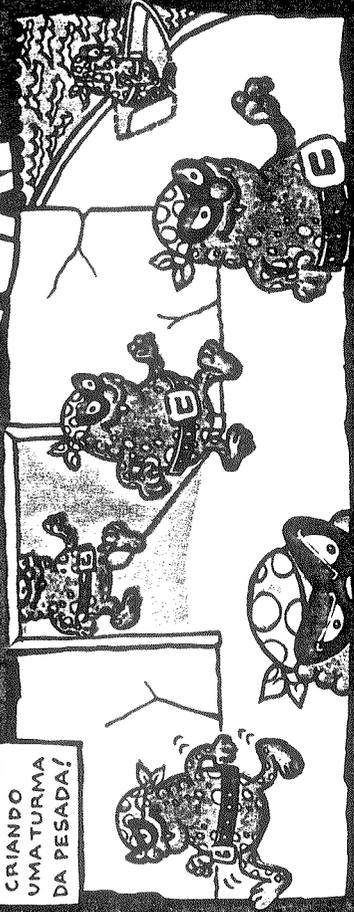




VEM, UM DIA, ELE ACORDA

ENTRA NA FABRICA E COMEÇA A TRABALHAR.

ARECI! CRÁS!
PLAN!

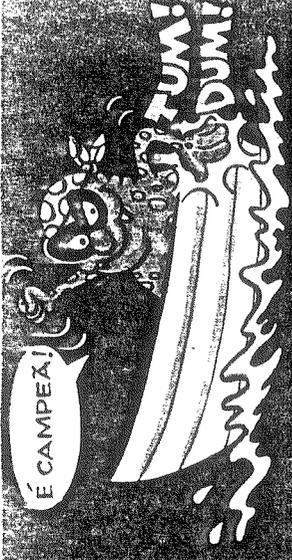


CRIANDO UMA TURMA DA PESADA!



E, CADA UM PARTE PARA OUTRA CÉLULA QUE, NO FINAL, ACABA DESTRUÍDA!

FIM?



É CAMPEÃ!



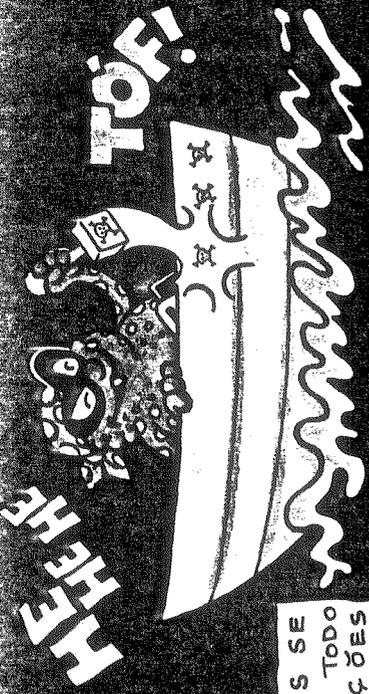
SE VOCÊ INDICOU ALGUMA DESTAS PESSOAS COMO POSSÍVEIS PORTADORAS, SAIBA QUE ERROU FEIO! QUEM TEM O VÍRUS DA AIDS NEM SEMPRE TEM CARA DE DOENTE, MAS PODE TRANSMITIR O H.I.V.!!!

ABAIXO EXISTEM VÁRIAS PESSOAS QUE PODEM ESTAR COM O VÍRUS DA AIDS. VEJA SE VOCÊ CONSEGUE IDENTIFICÁ-LAS:

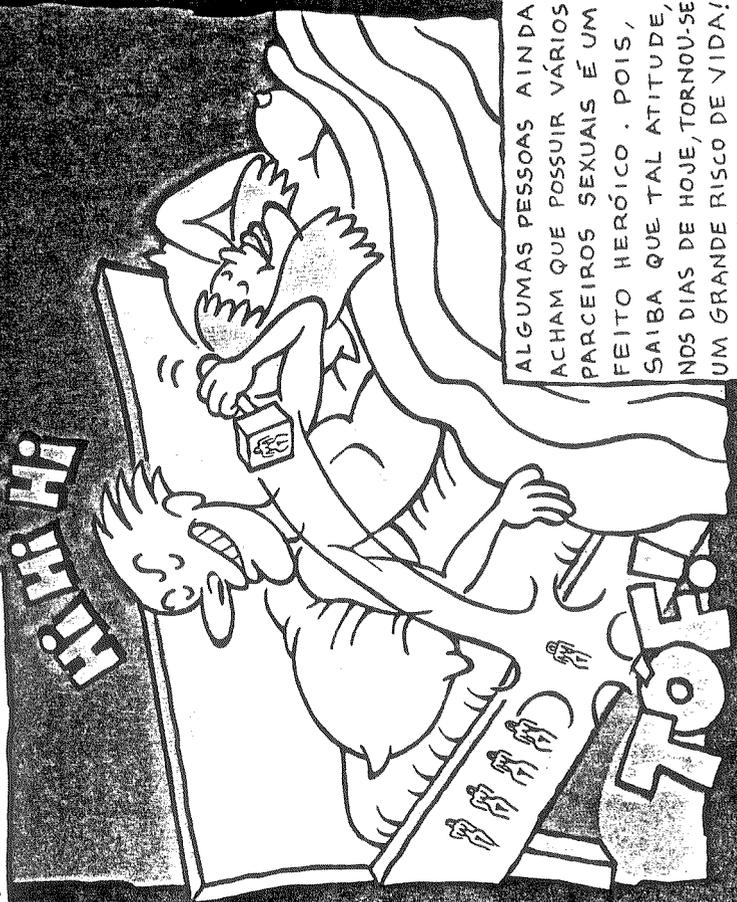


ABAIXO EXISTEM VÁRIAS PESSOAS QUE PODEM ESTAR COM O VÍRUS DA AIDS. VEJA SE VOCÊ CONSEGUE IDENTIFICÁ-LAS:

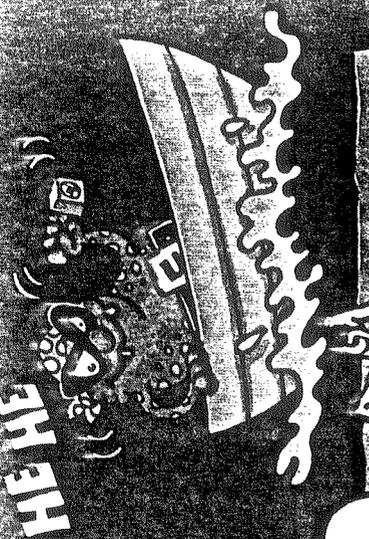
SE VOCÊ INDICOU ALGUMA DESTAS PESSOAS COMO POSSÍVEIS PORTADORAS, SAIBA QUE ERROU FEIO! QUEM TEM O VÍRUS DA AIDS NEM SEMPRE TEM CARA DE DOENTE, MAS PODE TRANSMITIR O H.I.V.!!!



O VÍRUS DA AIDS SE TRANSMITE EM TODO TIPO DE RELAÇÕES SEXUAIS. ELE SE ENCONTRA NO SANGUE, NO ESPERMA E NO LÍQUIDO VAGINAL DA PESSOA COM AIDS!



ALGUMAS PESSOAS AINDA ACHAM QUE POSSUIR VÁRIOS PARCEIROS SEXUAIS É UM FEITO HERÓICO. POIS, SAIBA QUE TAL ATITUDE, NOS DIAS DE HOJE, TORNOU-SE UM GRANDE RISCO DE VIDA!



O NÚMERO DE CASOS DE AIDS, POR TRANSFUÇÃO DE SANGUE, DIMINUIU BASTANTE. MESMO ASSIM, DEVESE TOMAR UM SUPER CUIDADO!



PORÉM, É IMPORTANTE LEMBRAR QUE DOAR SANGUE NÃO DA AIDS, E, VOCÊ PODE SALVAR UMA VIDA!

A QUANTIDADE DE MULHERES CASADAS,
COM AIDS, VEM AUMENTANDO A CADA
DIA!! UM DOS MOTIVOS TEM SIDO AS
"ESCAPADAS" DE SEUS MARIDOS COM
OUTRAS MULHERES, OU MESMO, HOMENS!



CONTAMINAÇÕES
POR HIV. ACONTECEM
POR CAUSA DAS
DROGAS INJETÁVEIS,
QUANDO SE USA A
MESMA SERINGA
DE OUTRAS PESSOAS!



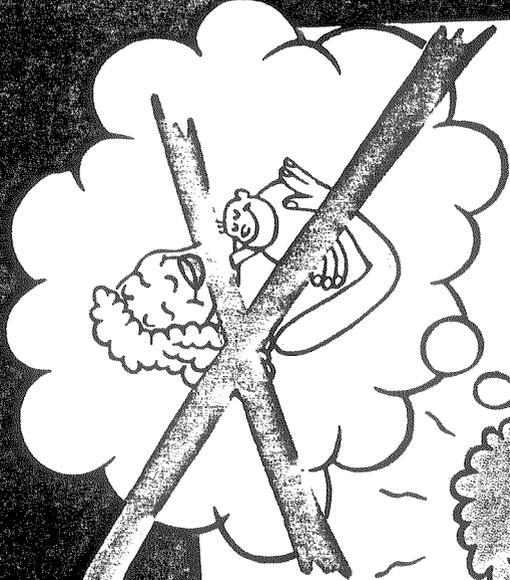
UM NÚMERO MUITO
GRANDE DE MULHERES
PEGOU AIDS
PORQUE SEUS MARIDOS
"TOMAVAM PICADA"
SEM QUE ELAS
TIVESSEM NENHUM
CONHECIMENTO!



SE A MULHER TEM O VÍRUS DA AIDS, ELA ESTÁ ARRISCADA A PASSAR PARA ONENÉM, NO PARTO E NA AMAMENTAÇÃO. O LEITE MATERNO DA PESSOA COM AIDS, CONTÉM O H.I.V.!!



A AIDS PODE PASSAR DA MÃE PARA O FILHO AINDA DENTRO DA BARRIGA OU NO PARTO. A MULHER COM AIDS ESTÁ ARRISCADA A TER UM FILHO TAMBÉM COM O H.I.V.!



NEM VEM!

PREVENÇÃO

A ORDEM DO DIA É TRANSAR COM CAMISINHA!! ABRA O JOGO COM SEU COMPANHEIRO!



...COM CAMISINHA NÃO DÁ!!

E SEM CAMISINHA NÃO DOU!!



A CAMISINHA DEVE SER SEMPRE UTILIZADA. PRINCIPALMENTE DURANTE A MENSTRUUAÇÃO, POIS, O ÚTERO FICA DESCAMADO E SENSÍVEL, E O VÍRUS PODE ENTRAR MAIS FACILMENTE !!

VÁ AO GINECOLOGISTA REGULARMENTE! AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO UMA PORTA DE ENTRADA PARA O VÍRUS DA AIDS!

CAMISINHA

MODO DE USAR
SE A CAMISINHA FREQUENTEMENTE ESTOURA COM VOCÊ, PODE NÃO SER POR DEFEITO DE FABRICAÇÃO (OU POR CAUSA DE SUA GRANDIOSA POTÊNCIA SEXUAL) QUEM SABE, VOCÊS NÃO A ESTÃO COLOCANDO ERRADO?!

1 - RETIRE A CAMISINHA DA EMPALHAGEM SEMPRE NO MOMENTO DO USO.

3 - ENCAIXE A CAMISINHA NA PONTA DO PÊNIS, ERRETO COM O BICO PARA O LADO DE FORA.

2 - APERTO O BICO DA CAMISINHA ATÉ SAIR TUDO O AR.

4 - DESENROLE O PRESERVATIVO ATÉ A BASE DO PÊNIS.



NÃO SE DEVE COLOCAR ÓLEO, VASELINA, ETC NO PRESERVATIVO, E, NEM USÁ-LOS MAIS DE UMA VEZ! AS CAMISINHAS JÁ VÊM LUBRIFICADAS E SÃO DESCARTÁVEIS!:

NO CASO DE SOCORRER UM ACIDENTE, É SÓ PROTEGER BEM AS MÃOS COM LUVAS CIRÚRGICAS, OU, SE NÃO TIVER, UM SACO PLÁSTICO TAMBÉM SERVE

BAH!



BAH!

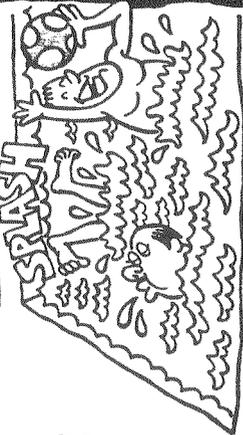


COMO NÃO SE PEGA AIDS

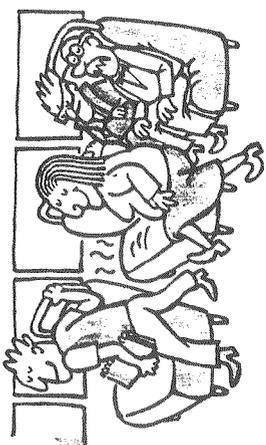


OBJETOS CORTANTES
NUNCA DEVEM
SER PARTILHADOS
A NÃO SER QUE
VOCÊ OS ESTERILIZE
(FERVA). NAS
MANICURES,
DENTISTAS, ETC,
EXIJA TODOS
ESSES CUIDADOS!

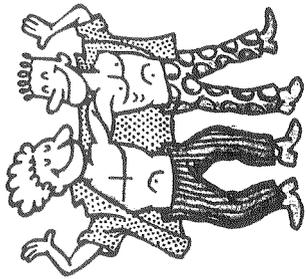
A AIDS É UMA DOENÇA
TRANSMISSÍVEL,
PORÉM, NÃO É
CONTAGIOSA. SAIBA
COMO NÃO SE PEGA
PRA NÃO FICAR
FALANDO BESTEIRA!



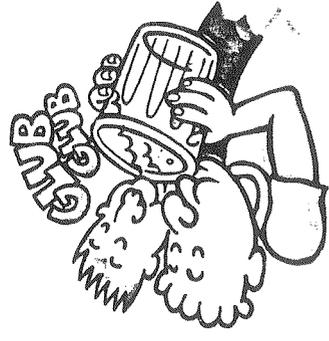
NADANDO NA MESMA
PISCINA



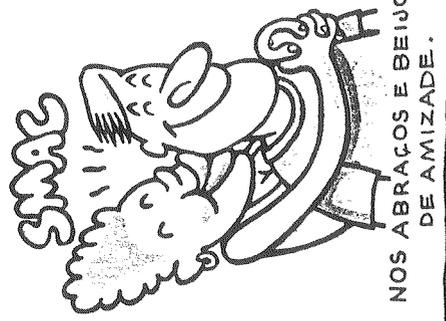
SENTANDO
NO MESMO BANCO
OU VASO SANITÁRIO



TROCANDO DE ROUPA
COM O OUTRO



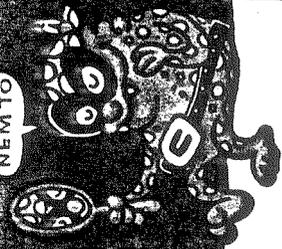
TOMANDO NO MESMO
COPO



NOS ABRÇOS E BEIJOS
DE AMIZADE.

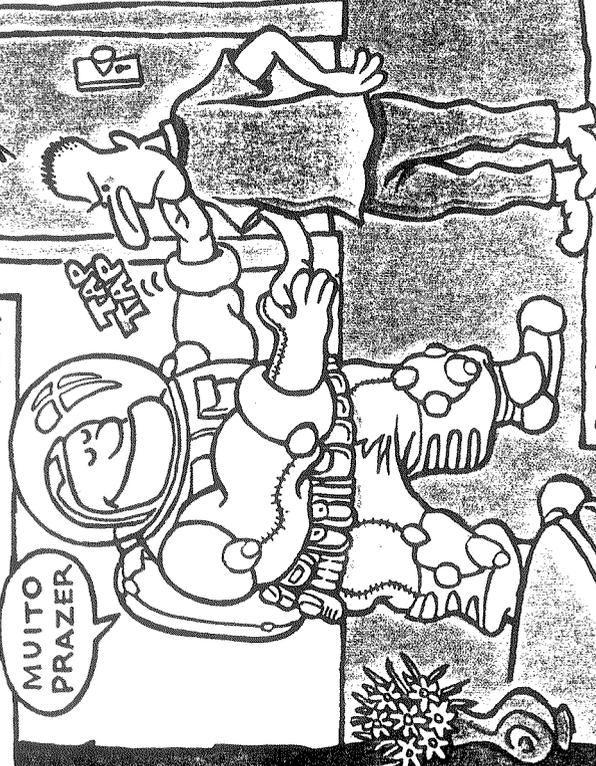
A AIDS E O PRECONCEITO

NEM TÔ



UM GRANDE DRAMA DA AIDS TEM SIDO O PRECONCEITO. A PESSOA COM AIDS JÁ TEM PROBLEMAS DE MAIS PARA VOCÊ, AINDA POR CIMA, ISOLÁ-LA. AMOR, CARINHO E COMPRENSÃO NÃO TRANSMITEM AIDS.!!

MUITO PRAZER

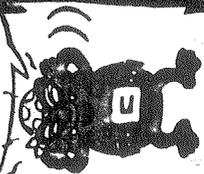


SINTOMAS - PERDA DE PESO, FEBRE OU DIARRÉIA POR MAIS DE 3 MESES, CANSAÇO E FRAQUEZA CONSTANTES, TINGUAS, SUORES NOTURNOS E MANCHAS AVERMELHADAS. PORÉM, ESSES NÃO SÃO SINTOMAS CARACTERÍSTICOS SOMENTE DA AIDS.

CENTRO DE CONTROLE E INVESTIGAÇÃO IMUNOLÓGICA DR. A. C. CORSINI

O **CENTRO CORSINI** É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS E DE UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL E FEDERAL. OFERECE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA, PSICOLÓGICA, VIBRACIONAL E LABORATORIAL AOS PORTADORES DO **H.I.V.**, ADULTOS E CRIANÇAS COM **AIDS** E SEUS FAMILIARES. DESENVOLVE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM **DST/AIDS** PARA A COMUNIDADE, ATRAVÉS DE PALESTRAS INFORMATIVAS, CURSOS E TREINAMENTOS. O PROJETO "**COLMÉIA**", IDEALIZADOR DESTA CARTILHA É UM DESTES PROGRAMAS. O CENTRO OFERECE TAMBÉM OS SERVIÇOS DO **DISK-AIDS**. PORTANTO, SE VOCÊ LEU ESTA CARTILHA E AINDA TEM DÚVIDAS SOBRE **AIDS**, LIGUE PARA 0800-111213 (A LIGAÇÃO É GRATUITA!).

NÃO SUPO TO ESSES CARAS!



AIDS, SÓ DEPENDE DE VOCÊ!

A ESTÓRIA DO PIRATINHA DA AIDS FOI CRIADA EM 89, POR JOSÉ GONÇALVES MENEZES E HOJE É PARTE INTEGRANTE DA HISTÓRIA DO CORSINI. COLABORARAM COM ESTA CARTILHA: CRECHE BENTO QUIRINO, COMEC, UNIÃO CRISTÃ FEMININA, CENTRO COMUNIT. JD. STA LÚCIA, CRECHE TIA NAIR.

9.2. Anexo 2: Roteiro dos grupos focais.

Nós viemos até aqui para conversar um pouco sobre as relações dos casais, sobre a vida a dois e saber o que as mulheres em geral pensam e sentem em relação ao amor, à fidelidade, às alegrias e dificuldades nos relacionamentos. Não se preocupem, porque apesar de termos um roteiro de perguntas a seguir, não existem respostas certas ou erradas, é a opinião de vocês que é muito importante para o nosso trabalho.

Tudo o que for conversado aqui será sigiloso, isto é, vocês poderão falar o que quiserem, que ninguém saberá quem foi que falou o que. Para isso, cada uma de vocês terá, no crachá, um número antes do seu nome, assim ninguém será reconhecida em nenhuma das anotações que forem feitas.

A reunião será anotada por duas pessoas para que possamos nos lembrar de tudo o que for discutido aqui, mas mesmo assim, algumas vezes não conseguimos escrever tão rapidamente, por isso, pedimos a permissão de vocês para gravarmos. A fita será desgravada assim que completarmos os dados que elas não conseguirem anotar. Podemos começar?

1- Atualmente, como anda o relacionamento entre marido/mulher, companheiro/companheira? Sobre o que eles conversam? (conversam sobre o sexo, a fidelidade/infidelidade?) Como é isso?

2- Que tipos de acordo existem entre o marido/mulher para que tenham um bom relacionamento? Um combina ou não as coisas com o outro? Um sabe ou não o que o outro faz? Um esconde ou não, certas coisas do outro? Por que?

3- Falando um pouco sobre transar, é bom ou ruim transar? Por que sim, por que não. Quem sente mais vontade de transar, o homem, a mulher ou os dois? Por que?

4- O que faz com que a mulher sinta vontade de transar? Por que? Isso ocorre sempre? Como é? E o que faz com que ela perca a vontade de transar? (Aprofundar fatores que estimulam/ desestimulam a mulher, apetência sexual, etc.)

5- No geral, as mulheres sentem-se satisfeitas ou não depois de uma relação sexual com seu marido/companheiro? Por que sim? Por que não? Quando é que elas se sentem mais satisfeitas? E os maridos/companheiros, como se sentem após a transa?

6- E se o marido/companheiro quer transar e a mulher não quer, ele respeita o desejo da mulher, ou não? A mulher transa só para satisfazer o homem ou não? Como é isso?

7- Em geral, quem é que manda/dá ordens na casa, o homem, a mulher ou os dois? Como é isso? E quem é que sustenta a casa, o homem, a mulher ou os dois?

8- Como deveria ser o homem para ser o parceiro/companheiro ideal para a mulher? Por que?

9- Hoje em dia, na vida à dois, vocês acham que as pessoas são fiéis ou infiéis? Como andam as questões da fidelidade? Como é a fidelidade para a mulher? Como é para o homem?

10- O que vocês acham que faz com que um homem/uma mulher seja infiel a sua companheira/seu companheiro?

11- Quais são as pistas que um homem dá para que a mulher desconfie que ele está sendo infiel, que está traindo ela? E o que a mulher faz quando ela desconfia/descobre? E as pistas que a mulher dá ao homem? O que ele faz quando desconfia/ descobre?

12- Na situação das coisas hoje em dia, as mulheres confiam ou não nos seus maridos/companheiros? E os homens? Do que depende esta confiança?

13- Vocês sabem que riscos tem uma mulher, cujo marido tem outros relacionamentos? E o homem, cuja mulher tem outros relacionamentos?

14- O que fazem para prevenir estes riscos? Tem como evitar? (explorar a camisinha)

15- O que as mulheres acham/pensam da camisinha? Por que acham bom ou ruim? E os homens, o que acham/pensam da camisinha? Por que acham bom ou ruim? (aprofundar por que gostam ou não.)

16- E os homens, em geral, usam ou não usam camisinha? Por que sim, por que não?

17- E se uma mulher sabe que seu companheiro tem outras/outros parceiros, ela pede ou não para ele usar a camisinha com ela? Por que sim? Por que não? Como ele reage? O que ele pensa? Por que?

18- É fácil ou difícil para a mulher, pedir para o marido/companheiro para usar a camisinha com ela? Por que sim? Por que não? Ele respeita o pedido? Por que sim/por que não?

19- O que poderia fazer com que o homem aceitasse usar camisinha quando a mulher pede? O que poderia ser feito para facilitar a negociação do uso da camisinha entre o casal?

20- Hoje se fala muito sobre as DST (doenças sexualmente transmissíveis) e a AIDS. O que vocês já ouviram falar, o que vocês pensam/sentem sobre estas doenças?

21- Vocês sabiam que o número de mulheres que estão pegando DSTs e AIDS tem aumentado muito? Por que vocês acham que isto está acontecendo? O que vocês pensam/sentem em relação à isto?

22- Que mulheres têm mais chance de pegar estas doenças? Por que? E as mulheres casadas, ou que moram com alguém, podem ou não pegar estas doenças e a AIDS? Por que sim? Por que não?

23- O que poderia ser feito para que as mulheres não pegassem AIDS?

24- Se tivéssemos que ensinar/dar aulas para as mulheres em geral sobre como não pegar Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, o que vocês acham que deveríamos fazer/falar? Como deveria ser isso? (Aprofundar em relação ao curso que participaram anteriormente)

25- Gostariam de falar mais alguma coisa sobre isso?

9.3. Anexo 3: Ficha de identificação das mulheres estudadas.

Creche: _____ Data: __/__/__
Nome: _____ Idade: ____ anos.
End: _____ Nº _____
Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Fone: _____
Estado Civil: _____ Nº de filhos: _____

Com quantos homens teve relações sexuais:

Nos últimos 6 meses () Durante toda a vida ()

Usa MAC? ()Sim ()Não Qual? _____

Usa camisinha? ()Sempre ()Às vezes ()Nunca.

Se usa, por que? ()Evitar filhos ()Evitar DST/AIDS.

Se não usa, por que? _____

