

**ADRIANA DA SILVA GOMES**

**REPRESENTAÇÕES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL  
SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E O  
HIV/AIDS**

**BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG**

**2010**

ADRIANA DA SILVA GOMES

**REPRESENTAÇÕES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE AS  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E O HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2010

G633r Gomes, Adriana da Silva.  
Representações de pessoas com transtorno mental sobre infecções sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids [manuscrito]. / Adriana da Silva Gomes. - - Belo Horizonte: 2010.  
135f.  
Orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/psicologia. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis/prevenção & controle. 3. Pessoas Mentalmente Doentes. 4. Enfermagem em Saúde Pública. 5. Assistência em Saúde Mental. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 503

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Dissertação intitulada **“Representações de pessoas com transtorno mental sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e o HIV/Aids”** de autoria da mestranda **Adriana da Silva Gomes**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

---

Pr. Dr. Alain Giami - INSERM - CESP - U 1018, Equipe Santé sexuelle et reproductive, Le Kremlin Bicêtre, França

---

Prof. Dr. Renato Diniz da Silveira – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

---

Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof. Dr. Francisco de Assis Acúrcio – Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

*Dedico este trabalho a minha família, meu berço, meu apoio, meu caminho, minha vida.*

*Meus pais sempre grandes incentivadores,*

*Meus irmãos sempre meus companheiros,*

*Em especial, a Fernando, meu exemplo.*

*A vocês, sou eternamente grata por tudo.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, pois não há vitória sem Ele.*

*À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Imaculada de Fátima Freitas, obrigada pela disponibilidade, competência e ensinamentos, não só durante a realização deste estudo, mas também nos demais anos de convivência. Agradeço por me acolher, por sua confiança, seu carinho e sua preciosa amizade, contribuindo para meu crescimento profissional e, é claro, pessoal. Sua orientação foi, para mim, um privilégio.*

*Ao GPEAS, em especial ao coordenador, Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães, pela oportunidade de participar do Projeto PESSOAS e pela contribuição para meu desenvolvimento profissional.*

*Ao Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, pelo financiamento do Projeto PESSOAS, por meio de recursos provenientes da UNESCO, com o número 91BR.A3014.*

*Ao Colegiado de Pós-Graduação, em especial à sua coordenadora Cláudia Matos Penna e às funcionárias Grazielle e Luciene, pelo auxílio, cuidado e respeito ao aluno.*

*À CAPES, pelo apoio financeiro nestes dois anos, fundamental para a realização deste trabalho.*

*Aos colegas do mestrado, pelas oportunidades de aprendizado, em especial a Meiriele, Suelen, Tatianne e Walquíria.*

*Aos bolsistas de Iniciação Científica: Flaviana, Cristal, Raphaela e Kelly, pela colaboração e pelo incentivo.*

*Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em contribuir, apesar de todas as adversidades, tornando possível a realização deste estudo.*

*A todos os meus familiares e grandes amigos, pelo carinho e incentivo na busca desta conquista.*

*A meu marido, querido colaborador, por aceitar a falta de tempo, de paciência e de delicadeza, nos momentos difíceis desta jornada.*

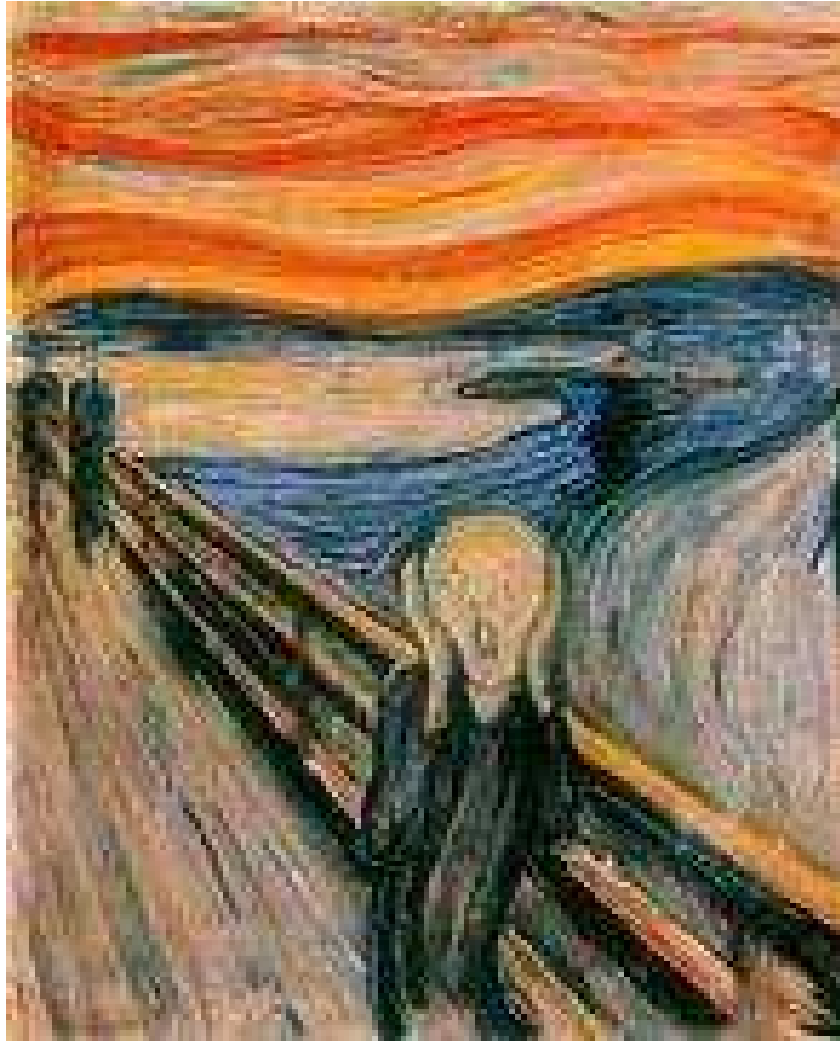


FIGURA: O grito  
Pintura em óleo sobre tela e pastel sobre cartão de Edvard Munch, 1893.  
Fonte: WIKIPÉDIA, 2010.

“Eu estava a passear cá fora com dois amigos e o Sol começava a pôr-se – de repente o céu ficou vermelho, cor de sangue – Eu parei, sentia-me exausto e apoiei-me a uma cerca – havia sangue e línguas de fogo por cima do fiorde azul-escuro e da cidade – os meus amigos continuaram a andar e eu ali fiquei, em pé, a tremer de medo – e senti um grito infundável a atravessar a natureza”.

Edvard Munch



## RESUMO

Pessoas com transtornos mentais apresentam maior vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis - IST e o HIV/Aids, agravos, atualmente, de grande importância para saúde pública. A aproximação dos sujeitos às doenças permite a re/construção de representações sobre estas, expressas nas atitudes, palavras e ações nas relações com os outros. O objetivo deste estudo foi compreender representações de pessoas com transtorno mental acerca do HIV/Aids e das demais IST, comparando-as com as de outros grupos populacionais apresentadas na literatura. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se a metodologia qualitativa, com a orientação teórico-metodológica da Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi realizada em dois hospitais psiquiátricos de Minas Gerais e dois Centros de Atenção Psicossocial, um em Minas Gerais e um no Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 39 pessoas em acompanhamento nesses serviços, que se encontravam fora de crise e capazes de aceitar sua participação no estudo. As entrevistas foram individuais, com questões abertas e em profundidade. A análise foi fundamentada na Análise Estrutural de Narração. Os resultados foram organizados em três categorias: 1/Representações sobre as IST e o HIV/Aids; 2/Representações de transmissibilidade e prevenção das IST e do HIV/Aids; e 3/Representações sobre risco e educação preventiva para as IST e HIV/Aids. A interpretação dos dados revelou que as representações de IST são de doenças transmitidas sexualmente, “perigosas”, relacionadas à sujeira e que têm visibilidade pela “maneira de andar da pessoa”. Não se faz distinção entre a infecção pelo HIV e a aids, as mesmas representações das IST estão presentes para a aids, sendo considerada doença que mata, provoca vergonha, medo e leva ao preconceito. Para a prevenção, o preservativo é lembrado como importante, mas seu uso é quase inexistente, pois considera-se possível se prevenir não tendo relações sexuais com “pessoas que não se conhece”; que são “bonitas demais” e com “mulheres da vida”. Homens e mulheres consideram os primeiros mais atirados e mais “irresponsáveis” nos relacionamentos sexuais. Eles se acham “espertos” e invulneráveis, enquanto as mulheres que tiveram ou têm vida sexual ativa se percebem em risco de infecção pela baixa capacidade de negociação sobre o uso do preservativo. Em geral, as representações são semelhantes àquelas encontradas em outros grupos da população, mas a vulnerabilidade social e cultural de pessoas com transtorno mental é aumentada pelas situações específicas do quadro clínico; sentimento de invulnerabilidade diante da vida, em geral; ocorrências de abuso sexual; dificuldade de relacionamentos estáveis; sexo pago não seguro e pelo não uso de preservativos. Para acrescer a esses aspectos de vulnerabilidade social, o acesso à escola é baixo e os serviços de saúde mental não têm atividades de educação em saúde sexual como prática corrente, sendo as experiências de vida, os amigos e a televisão as principais fontes de construção de representações. A articulação entre políticas públicas, serviços sociais e de saúde, e seus profissionais para realização de ações de educação sexual e de acompanhamento, específicas para pessoas com transtornos mentais, além de proteção efetiva daqueles em situação de desamparo, definem-se como fundamentais para a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Representações sociais. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/psicologia. Doenças sexualmente transmissíveis/Prevenção & controle. Pessoas mentalmente doentes. Assistência em saúde mental. Enfermagem em Saúde Pública. Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

Patients with severe mental illness are more vulnerable to sexually transmitted infections – STIs, and HIV/AIDS, diseases that have a big impact on public health nowadays. Creating a link between these subjects and the diseases allows for the (re)construction of their representations about the latter, expressed in attitudes, words, and actions, in their relationships with others. The aim of this study was to understand the representations patients with severe mental illness have in relation to HIV/AIDS and other STIs, comparing them to those of other population groups available in the literature. In order to reach said objective, we used a qualitative methodology, with theoretical-methodological orientation based on Social Representation Theory. The research was carried out at two psychiatric hospitals in Minas Gerais, at two Psychosocial Attention in Minas Gerais and in Rio de Janeiro, Brazil. We interviewed 39 people followed at the abovementioned services, who were not in a crisis and who understood and accepted taking part in the study. They were interviewed individually, answering open-ended and in-depth questions. The answer analysis was based on Structural Analysis of Narrative. The results were divided into three categories: 1/Representations of STIs and AIDS; 2/Representations about transmissibility and prevention of STIs and HIV/AIDS; and 3/Representations about risk and preventive education on STIs and HIV/AIDS. Data interpretation revealed that representation of STIs are of diseases transmitted through sex, that are “dangerous”, related to dirtiness, that can be seen “in the way people walk”. No distinction is made between HIV and AIDS, and the representations are the same found for other STIs, that the disease “kills”, causes “shame” and fear; and can lead to prejudice. For prevention, condoms are listed as important, but its use is close to none, because it is possible to prevent catching the disease by not having sexual intercourse with “people you don’t know” and well as “women who work in the streets”. Men and women consider the former more “forward”, but men also consider themselves “smarter” and invulnerable, whereas women who have been or are sexually active feel more at risk of infection because they have less room for negotiation in relation to condoms. In general, thus, representations are the same found in other population groups, but the social and cultural vulnerability, access to school is rare and mental health services is increased by situations specific to the clinical picture; by a powerful feeling of invulnerability when facing life in general; moreover, there are many occurrences of sexual abuse for both genders, by the difficulties in maintaining stable relationships, by paid and unsafe sex without the use of condoms. In addition to these aspects of social vulnerability, access to school is low and mental health services do not have educational activities on sexual health as common practice, thus making life experiences, friends and television the main source for the construction of representations. Articulating public policies, social and health services, and making available professionals who can carry out sexual education actions and follow up, with the specific audience of people with mental disabilities, as well as the effective protections of those in a situation of destitution, is essential for an integral assistance.

**Key words:** Social representation. Sexually transmitted disease/Prevention. HIV/AIDS. Mentally disabled people. Aids/Sociology. Aids/Psychology. Public health nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Categorias principais acerca das IST e do HIV/Aids.....	56
FIGURA 2 - Representações sobre as IST e o HIV/Aids .....	57
FIGURA 3 - Representações de transmissibilidade e prevenção das IST e do HIV/Aids.....	82
FIGURA 4 - Representações sobre risco e educação preventiva para as IST e HIV/Aids.....	94
QUADRO 1 - Identificação dos homens entrevistados: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista (Continua).....	48
QUADRO 1 - Identificação dos homens entrevistados: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista (Conclusão).....	49
QUADRO 2 - Identificação das mulheres entrevistadas: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista (Continua).....	50
QUADRO 2 - Identificação das mulheres entrevistadas: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista (Conclusão).....	51
QUADRO 3 - Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: origem da aids, exposição ao risco e percepção do próprio risco - literatura e PESSOAS .....	106
QUADRO 4 - Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: HIV/Aids – doença, sinais e sintomas, consequências da doença e sociais - literatura e PESSOAS .....	107
QUADRO 5 - Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: transmissibilidade e prevenção - literatura e PESSOAS.....	108

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	10
2	OBJETIVO.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
4	METODOLOGIA.....	37
4.1	Referencial Teórico- Metodológico .....	37
4.2	Percurso Metodológico.....	40
4.2.1	<i>Aprovação dos Comitês de Ética e Financiamento .....</i>	41
4.2.2	<i>Sujeitos e Cenário do Estudo.....</i>	42
4.2.3	<i>Método de Análise das Entrevistas.....</i>	44
5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	47
5.1	Participantes.....	47
5.2	Construção das Categorias .....	54
5.2.1	<i>Representações sobre as IST e o HIV/Aids .....</i>	56
5.2.1.1	<i>O sexo e as IST.....</i>	57
5.2.1.2	<i>O segredo sobre “determinados” assuntos .....</i>	70
5.2.1.3	<i>Reconhecimento das IST e do HIV/Aids .....</i>	73
5.2.2	<i>Representações de Transmissibilidade e Prevenção das IST e do HIV/Aids .....</i>	82
5.2.2.1	<i>Sexo e preservativos .....</i>	83
5.2.2.2	<i>Transmissão pelo contato com sangue .....</i>	90
5.2.2.3	<i>Outras formas de transmissão para as IST e o HIV/Aids.....</i>	92
5.2.3	<i>Representações sobre Risco e Educação Preventiva para as IST e HIV/Aids.....</i>	94
5.2.3.1	<i>Risco face às IST e o HIV/Aids .....</i>	94
5.2.3.2	<i>Percepção da educação preventiva.....</i>	101
5.3	Síntese das Representações sobre HIV/Aids dos Entrevistados do Projeto PESSOAS e de Outros Grupos Populacionais .....	106
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICES E ANEXOS.....	124

# *Introdução*

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é caracterizada pela diminuição drástica das células CD4 do sistema imune do organismo humano, tornando-o susceptível a diversos microorganismos oportunistas e a certos tipos de câncer. A infecção foi identificada, pela primeira vez, em 1981, nos Estados Unidos, quando surgiram os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi em homens que fazem sexo com homens, bissexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2005).

O agente etiológico, um retrovírus, foi isolado, pela primeira vez, em 1983, pelo francês Luc Montaigner e pelo norte-americano Robert Gallo, sendo denominado vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

O vírus se espalhou rapidamente pelo mundo, com alta letalidade, tomando proporções de pandemia e acometia homens que fazem sexo com homens e, também as demais pessoas consideradas marginalizadas, como trabalhadoras do sexo. A infecção limitava-se a grupos populacionais específicos, chamados de “grupos de risco”, o que dava a ilusão de segurança e imunidade aos demais grupos populacionais.

No Brasil, os primeiros casos foram identificados em 1982, na região sudeste, sendo relacionados à contaminação fora do país. Considerando a história natural da doença, acredita-se que a introdução do vírus HIV, no país, ocorreu no início da década de 1970 e que sua difusão se deu, inicialmente, nas principais áreas metropolitanas do sudeste brasileiro, seguida de um processo de disseminação para as diversas macrorregiões (BRASIL, 1999a).

O passar dos anos trouxe à tona a verdadeira face da infecção. Primeiramente, confirmou-se a transmissão do HIV nas transfusões de sangue, alterando-se o mito de um risco restrito a determinados grupos. Ao mesmo tempo, convivendo de perto com o risco de se infectarem, os sujeitos pertencentes aos chamados “grupos de risco” travavam uma batalha na proteção de seus corpos e de seus parceiros, tendo promovido algumas alterações em seus comportamentos, logo no início da epidemia, como a adoção do uso de preservativos nas relações sexuais. Casos da doença foram sendo detectados na população, em geral, entre

adultos, adolescentes e recém-nascidos, desvelando-se riscos também para homens e mulheres, com parceiros sexuais estáveis e heterossexuais (BRASIL, 2005).

Cada vez mais, mulheres, jovens e crianças foram infectados pelo HIV, indicando a direção da epidemia e estabelecendo novas concepções, tais como “situações de risco” e “comportamentos de risco” em detrimento do conceito “grupos de risco”. Isso implicaria, posteriormente, numa concepção mais abrangente de vulnerabilidade<sup>1</sup> diante da aids.

A divisão de DST/Aids do Ministério da Saúde foi criada em 1986, com posicionamento dos governantes em relação à infecção. Até o final da década de 1980, havia pouco conhecimento sobre a patogênese e a história da infecção pelo HIV, o que condicionava e limitava a atenção aos portadores e doentes de aids ao tratamento das infecções oportunistas (BRASIL, 2005).

A zidovudina (AZT) surgiu em 1987 e foi a primeira droga para combate ao vírus. Nos anos seguintes, novas pesquisas de antirretrovirais (ARV) abrem perspectivas para o tratamento da aids. No final da década de 1990, as pessoas infectadas passam a contar com mais medicamentos que melhoram suas condições e aumentam seu tempo de vida.

Nos anos subsequentes, inicia-se o Programa de Controle de DST/Aids com distribuição de ARV com base na “Lei Sarney” nº 9.313/86, realização de carga viral para o HIV, contagem de células CD4, além do projeto para "Desenvolvimento de Serviços de Assistência aos pacientes com HIV/Aids", incluindo as modalidades assistenciais: Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD), CTA (Centro de Testagem Anônima) e Assistência Domiciliar (BRASIL, 2005).

A introdução das potentes drogas ARV na prática clínica e as profilaxias primárias para infecções oportunistas diminuíram a letalidade e a morbidade da infecção, tornando-a um agravo crônico controlável e não aparente, mas com a mesma capacidade de transmissão. Os serviços de referência têm visto sua demanda aumentar, em virtude, principalmente, das novas

---

<sup>1</sup> O significado do termo vulnerabilidade refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, recoloca-o na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Deve ainda incorporar o contexto como *lôcus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (AYRES *et al.*, 1999).

tendências epidemiológicas da infecção pelo HIV/Aids como a heterossexualidade, a feminilização, a juvenilização e o aumento da transmissão vertical (BRASIL, 2008a).

Mesmo com o enfrentamento da epidemia pela Saúde Pública do Brasil, dados de 2008 mostram uma estimativa de infecção pelo HIV acima de 500 mil pessoas, com distribuições diferentes entre os sexos, faixas etárias e classes sociais, mas presente em toda a sociedade indiscriminadamente (BRASIL, 2008a).

O agravante quadro de tendências alerta para a vulnerabilidade de alguns grupos da sociedade. Exemplo disso são as pessoas com transtornos mentais que vivem a realidade de uma sociedade excludente que os isola e estigmatiza. A organização da assistência psiquiátrica passa, atualmente, por mudanças com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e promover sua reinserção na sociedade, o que é resultado de luta legítima e de longos anos no Brasil. Porém, um efeito não esperado pode ser o de deixar pessoas com transtornos mentais mais expostas aos demais agravos em saúde, caso não haja uma organização que permita a educação dos pacientes para uma vida saudável. O risco de se infectar pelo HIV é de todos, e, mais elevado, em populações vulneráveis socialmente, como pessoas com transtornos mentais.

Constata-se que pouco se conhece, no Brasil, sobre a vida e a saúde dessas pessoas, fora da abordagem psíquica dos transtornos mentais. Considerando-se sua volta ao convívio social, a preocupação é maior com relação ao adoecimento físico a que estarão sujeitas como quaisquer outras pessoas.

As novas propostas de assistência à pessoa com transtorno mental foram iniciadas para rechaçar o tratamento de exclusão conferido no passado, derivado de processo histórico político-econômico não só brasileiro.

O conceito de loucura sofreu modificações ao longo dos anos, devido às formas de se perceber a loucura e as maneiras de se lidar com o louco e de se cuidar do louco, que variavam de acordo com as políticas econômicas e sociais de cada época. O que se tem hoje foi alcançado com o avanço do saber, a especialização dos profissionais para o cuidado, as novas substâncias farmacológicas para controle dos agravos, bem como as mudanças nas representações sobre a doença e os doentes presentes na sociedade.



Inicialmente, na Grécia Antiga a loucura foi considerada algo positivo, um privilégio, sendo o delírio uma possibilidade de se ter acesso à verdade divina. Os loucos não eram considerados normais ou iguais, mas portadores de uma desrazão que precisava ser mantida à distância, separando-se o sagrado das experiências terrenas (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Não existiam, no entanto, procedimentos e espaços sociais destinados especificamente aos loucos. Eram vistos como um problema privado ou familiar e não como um problema social. O poder público interferia apenas quando se envolviam assuntos ligados ao direito, como invalidação ou anulação de casamentos por enlouquecimento de um dos cônjuges ou proteção de patrimônio de indivíduos insanos perdulários (RESENDE, 1990). As representações sobre o louco se organizaram, portanto, em torno do misticismo, tendo como mito fundador a idéia de loucura igual à desrazão e, por isso mesmo, a representação de exclusão se erige também desde o início, mesmo sendo o louco considerado um problema do mundo privado, familiar.

Na Idade Média, com o Cristianismo, a loucura afastou-se dessa experiência mística “positiva”, caminhando para uma direção oposta, passando a representar não o divino, mas o símbolo do Mal. Muitas vezes, havia a tentativa de tratar a doença mental por meio de rituais religiosos de exorcismo realizados por padres, beatos ou membros da nobreza, considerados homens santos. Porém, os portadores de distúrbios mais graves ou os loucos mais agressivos eram flagelados, acorrentados e submetidos a jejuns prolongados, sob a justificativa de estarem possuídos pelo demônio (VIANNA; FREITAS, 2007). A loucura passa a ser representada como perigosa e intrinsecamente ligada às forças demoníacas, o que mantém as representações de desrazão, ligadas ao misticismo religioso da época, um problema compartilhado com o grupo social religioso, mas fator de exclusão.

A partir do século XIV, no Renascimento, a filosofia escolástica e religiosa foi substituída pela retomada de princípios racionalistas na observação e descrição das doenças mentais, opondo-se ao misticismo religioso característico do período medieval. A transição do sistema feudal para o capitalista provocou mudanças na organização da sociedade: as cidades cresceram, aumentou-se a concentração da população, surgiram problemas sanitários, novas relações de comércio foram estabelecidas e, com isso, acentuaram-se as diferenças sociais e a segregação do “louco” (VIANNA; FREITAS, 2007).

O advento do mercantilismo, o fim do campesinato como classe social e o declínio dos ofícios artesanais elevaram a loucura à categoria de problema social, tornando-se corrente a representação do louco como ser improdutivo, portanto excluído da sociedade (RESENDE, 1990).

No momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; no momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade, ela designa um evento decisivo. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 1978: p.78).

Os loucos que não tinham família para deles se ocupar foram condenados ao isolamento, sendo recolhidos em hospitais gerais. Eram instituições com características asilares, destinadas a receber pessoas pobres, portadoras das mais diversas moléstias. Esses locais de isolamento reservados aos doentes mentais eram redutos dos miseráveis sem famílias, não havendo preocupação com terapêutica ou cuidados médicos, sendo sua contribuição sanear as cidades de mendigos e anti-sociais em geral, oferecer trabalho aos desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral (MIRANDA, 1994). Os demais loucos ficavam sob a responsabilidade de suas famílias.

A psiquiatria surgiu no século XVIII, quando a loucura passou a ser percebida como um fenômeno que requeria um saber específico e a ser considerada como doença mental, necessitando de conhecimentos médicos. Nesse momento, os loucos eram representados como seres perigosos e inconvenientes, incapazes do conhecimento sobre si mesmos e sobre sua doença, ficando o especialista a cargo desse saber (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Fez-se necessário o surgimento do hospital como “espaço terapêutico”, com delimitações físicas, vigilância e registros constantes, tornando-se um mundo à parte com institucionalização das relações lá exercidas e afastando o indivíduo de suas relações exteriores (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

No Iluminismo a loucura tem um contorno nosológico e excludente que traz:

a passagem de uma visão trágica para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura seja inscrita no universo de diferença simbólica e se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade, enquanto a visão

crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco (AMARANTE, 1995: p.24).

A representação, erigida com o passar dos tempos, estabelece-se como central a partir dessa época: o louco é um alienado social e, portanto, não pode viver com as pessoas “comuns”, “normais”.

Durante o século XIX, as grandes descobertas científicas influenciaram o conhecimento sobre a loucura e seus tratamentos. Aos poucos, o que era considerado doença moral passou, também, a ter uma concepção orgânica. As técnicas de tratamento usadas pelos que defendiam teorias organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral<sup>2</sup>, todas com explicações e justificativas fisiológicas para sua utilização (VIANNA; FREITAS, 2007). Junto às demais representações já existentes sobre a loucura, outra se inscreve: a de disfuncionamento fisiológico, uma doença do corpo. A medicina torna-se a instituição que representa o poder sobre a situação de doença mental.

O século XX foi caracterizado como um momento de reação a essa nosografia, e a nova abordagem considerou as doenças mentais como síndromes semiológicas ou evolutivas, indicando etiologias diversas. Surgiram, também, as idéias de Freud (1856-1939) e Pierre Janet (1859-1947) que colocavam a “possessão” do neurótico como uma possessão pelo automatismo inconsciente e pelas pulsões inconscientes reprimidas. Os chamados doentes mentais continuavam assistidos em regime hospitalar fechado, como instituições de separação concreta entre o real do “lado de fora” e a loucura reprimida e controlada do “lado de dentro” (VIANNA; FREITAS, 2007).

Foi no período pós-guerra, sobretudo na segunda metade do século XX, que surgiram os movimentos reformistas da psiquiatria, com questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação desse espaço e colocando em questão o aparato médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

---

<sup>2</sup> Pinel descreve o tratamento moral como sendo uma forma de “subjugar e dominar o alienado, colocando-o em uma estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja próprio a exercer sobre ele uma autoridade irresistível e a mudar a cadeia viciosa das suas idéias” (PINEL, 1800, p.59 citado por RICCIARDI, 2002).

Tais discordâncias foram também influenciadas pela carência de mão de obra para o trabalho, sobretudo na Europa Ocidental, ao término da Segunda Grande Guerra. Assim, há uma tendência à transformação do hospício em um espaço terapêutico com política de portas abertas para diminuir o isolamento do doente internado. Em meados de 1950, os psiquiatras iniciaram o uso de novos medicamentos, os neurolépticos, que permitiram o controle de muitos distúrbios mentais (VIANNA; FREITAS, 2007).

A partir dos anos de 1960, um novo modelo de assistência, com foco na prevenção dos agravos, atuando em fatores que podem interferir no bem-estar das pessoas, é pensado como proposta de reformulação para a assistência psiquiátrica. Silva Filho (1990) considera que esse modelo permitiu uma racionalização dos serviços psiquiátricos, o que levou à diminuição do número de internações hospitalares e do tempo de permanência dos doentes nos hospitais. Com isso, desenvolveram-se a assistência ambulatorial e modalidades alternativas de atenção e reabilitação de pacientes crônicos, o que não aconteceu no Brasil.

No país, o processo histórico das formas de se lidar com a loucura teve algumas diferenciações do cenário europeu, desde o início, uma vez que, aqui, foram buscados a exclusão social e o confinamento dos considerados loucos, apesar das representações se estabelecerem de forma quase hegemônica no mundo.

A chegada da família real, no início do século XIX, proporcionou várias mudanças sociais e econômicas. Para ordenar o crescimento das cidades e das populações, foram tomadas medidas de controle, como a criação de espaço que recolhesse das ruas os que ameaçavam a paz e a ordem sociais (AMARANTE, 1995).

A instituição psiquiátrica brasileira buscou remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar o doente mental recolhido, mas o realizado estava centrado, com maior firmeza, em ações de remoção e exclusão, sem grande preocupação com as demais ações (RESENDE, 1990).

Inicialmente, pessoas com transtornos mentais foram recolhidas nas Santas Casas de Misericórdia e, posteriormente, em Hospitais Psiquiátricos do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Esses hospitais caracterizavam-se pela utilização do trabalho de pacientes, representado como um recurso terapêutico, mas, sobretudo, esse trabalho contribuiu para diminuir as despesas do Estado no custeio do hospício:

Fica claro que o indigente, o pobre e o marginal, considerados como infratores de uma norma social de conduta, deveriam agora se redimir trabalhando, não para sua melhora em verdade, mas sim em favor do Estado (MAGRO, 1992, p.40).

Nessa época se implantou, no país, uma política de construção de colônias agrícolas também para atender a demanda do incipiente capitalismo brasileiro. Buscava-se, com essa proposta, recriar o ambiente rural e recuperar o paciente pelo trabalho agrícola para devolvê-lo à comunidade como cidadão útil.

No entanto, apesar de a lavoura cafeeira exportadora exigir mão de obra, observou-se que o hospício não teria condições de ofertar indivíduos eficientes e disciplinados para tal dinâmica. Fracassado em seus objetivos, o hospital agrícola caracterizava-se como ambiente propício à exclusão do doente do convívio social.

Ao fim da década de 1950, a população de internos nos hospícios não cessou de crescer e mais hospitais foram criados. Mesmo com a administração exercida por médicos, havia maus tratos, superlotação, deficiência de pessoal capacitado e ausência de assistência eficiente.

Nos anos de 1960, surgiram denúncias sobre a precariedade da assistência prestada aos doentes mentais no Brasil, a desestruturação dos serviços e as más condições de vida dentro das instituições psiquiátricas. As representações sobre a loucura foram se cristalizando na idéia de que o louco é um ser menor que deve ser excluído porque perigoso, sobretudo o pobre. Esse era o paradigma da assistência.

Na década de 1970, surgiu o movimento da Reforma Sanitária que trouxe, entre outras, a proposta de democratização da saúde no país. O direito à saúde foi visto, então, como um direito humano e de cidadania, sendo que o Estado deveria assegurar, com as políticas econômicas e sociais, os meios para que os indivíduos tivessem acesso aos bens e serviços que lhes assegurassem a saúde (ACÚRCIO, 2002; AMARANTE, 1995; BRASIL, 2002).

Uma das principais influências deste movimento veio das experiências da Antipsiquiatria e da Reforma Psiquiátrica Italiana, que teve como idealizador o psiquiatra Franco Basaglia. Seus questionamentos não eram somente em relação à instituição hospitalar psiquiátrica, mas quanto aos saberes psiquiátricos que embasavam as práticas terapêuticas e o conceito de

doença mental. Franco Basaglia entendeu a doença como uma construção nas relações entre o indivíduo e as instituições primárias, tais como família, trabalho, escola, etc (AMARANTE, 1995).

Franco Basaglia esteve no Brasil, no final da década de 1970, visitou instituições psiquiátricas e teve importância histórica com a divulgação de seu trabalho realizado na Itália. Sua postura crítica em relação ao tratamento asilar possibilitou o desenvolvimento de uma nova perspectiva para as práticas profissionais, organização dos serviços e abordagem do processo de saúde-doença, na área da saúde mental (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006).

A Reforma Psiquiátrica surgiu nesse bojo, caracterizada por uma nova consciência contra a exclusão do louco, propondo a humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como o desenvolvimento de práticas assistenciais renovadas.

Porém, essa nova consciência não era de todos, estava presente entre alguns trabalhadores da saúde, políticos e intelectuais sem atingir a sociedade de forma mais abrangente. Como quebrar paradigmas anteriores de assistência, com representações tão fortalecidas socialmente?

Alverga e Dimenstein (2006, p.15) colocam em discussão a reforma psiquiátrica com seus desafios de superação de modelo, afirmando que a desinstitucionalização requer:

uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que estão no *socius* articuladas com a produção de formas de vida em sociedade, especificamente outros modos de existência.

Com o processo de renovação da assistência, iniciou-se a discussão sobre a reintegração dos loucos à sociedade. Tal reinserção remete ao pleno direito dessas pessoas à autonomia, cidadania, ao convívio social com a necessidade de trabalhar, poder acumular bens, relacionar com as demais pessoas, ter filhos e formar famílias.

Dentre todos esses aspectos, a condução das relações afetivas e sexuais entre as pessoas com transtornos mentais torna-se um ponto importante de discussão, considerando o risco de

infecções sexualmente transmissíveis – IST e aids<sup>3</sup> a que estão expostas. A ocorrência dessas doenças persiste na população em geral e pode ser ainda maior nesses sujeitos, por sua condição clínica e psíquica.

Aliado a isso, é importante lembrar que a sexualidade dos loucos e os comportamentos relativos a ela foram, também, negados, negligenciados ou marginalizados pela “antiga assistência psiquiátrica”. Tais representações podem explicar a ainda presente negação, negligência e discriminação da sexualidade dessas pessoas pelos serviços de saúde no Brasil (FREITAS *et al.*, 2008).

Enfatizando esse passado, o estudo de Engel (1998-1999) apresenta teses do século XIX e início do século XX sobre a psiquiatria, em que os principais sintomas para diagnósticos de doenças mentais eram os comportamentos sexuais considerados anormais, fossem na exacerbação ou na ausência do desejo buscando, sempre, os desvios. Esse autor, citando Teixeira Brandão (1888), afirma que há:

...profunda proximidade entre a loucura e as anomalias do instinto sexual, definidas como a diminuição ou ausência, o exagero (veemência ou insaciabilidade) e a perversão (ou aberração) do apetite sexual. O excesso, a falta e/ou a perversão constituíam, portanto, os elementos básicos que definiam os limites extensos e incertos das anomalias sexuais. Note-se, entretanto, que os alienistas trataram de definir também, e talvez de um modo até mais claro e inequívoco, os limites da normalidade das práticas sexuais, circunscritas, concomitantemente, ao prazer moderado e à finalidade reprodutora (ENGEL, p. 560, 1998-1999).

O mesmo autor avalia a relevância da sexualidade das pessoas com transtornos mentais, lembrando as primeiras experiências de esterilização de indivíduos diagnosticados como degenerados, realizadas na Suíça:

[...] com assentimento próprio, da família, e das autoridades, havia uma mulher de 25 anos “epilética e ninfomaníaca”, uma outra de 36 anos, “pobre de espírito e sujeita a crise de agitação e excitação sexual”, e um homem de 32 anos, “homossexual, recidivista e extramoral” (DR. RENATO KEHL, 1921, p.152, citado por ENGEL, 1998-1999).

---

<sup>3</sup> As Infecções Sexualmente Transmissíveis, Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou ainda, doenças venéreas, são definidas por infecções transmitidas por relação sexual desprotegidas, com parceiro infectado. São elas: Sífilis, Cancro Mole, Cândiase, Herpes Simples Genital, Gonorréia, HPV, Linfocarcinoma Venéreo Inguinal, Pediculose do púbis, Hepatites B e C, Aids, Vaginoses, Molusco Contagioso (BRASIL, 2008c).

Estudos atuais demonstram que a sexualidade de pessoas com transtorno mental não se diferencia da sexualidade das demais, mas que essas pessoas apresentam risco de adoecimento pelas IST e aids maior que o do restante da população (BRASIL, 2008b; CURNOS, 1991, 1997; OLIVEIRA, 1998; WILSON; DONENBERG, 2004).

Em relação a essa vulnerabilidade, Oliveira (1998) afirma que algumas situações próprias do doente mental podem deixá-lo mais exposto ao HIV. Cita, dentre elas: a dificuldade de se manter união estável; encontrar-se social e economicamente em desvantagem; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos; hipersexualidade; impulsividade e baixa auto-estima; além de hospitalizações frequentes que expõem os pacientes a parceiros desconhecidos. A autora coloca, ainda, que, em grande parcela das instituições, a sexualidade dos usuários é desconhecida e sua atividade é formalmente proibida. Diante dessa proibição, criam-se restrições ao acesso aos preservativos e às informações específicas, acarretando falta de suporte das instituições às iniciativas, mesmo que pontuais, de prevenção (CARVALHO *et al.*, 2004).

Uma gama de artigos científicos publicados nos Estados Unidos (GRASSI, 1996; SACKS *et al.*, 1990; VOLVAKA *et al.*, 1992) mostra a vulnerabilidade desses pacientes às IST e, especialmente ao HIV/Aids, considerando que as próprias condições de vida e da subjetividade dos sujeitos usuários dos serviços psiquiátricos constituem, em si mesmas, situações de vulnerabilidade à infecção pelo vírus (ROCHA, 2002).

As taxas de prevalência entre pacientes psiquiátricos, incluindo drogaditos, alcoolistas, presidiários, moradores de rua, homo ou bissexuais são superiores às registradas para a população em geral, com as taxas mais elevadas sendo registradas quando estão associadas a mais de um comportamento ou situação de risco.

Em trabalhos publicados entre 1991 a 1994, com pesquisas variando de 90 a 971 pacientes, as taxas de prevalência oscilaram entre 0,0 a 22,9%, com máximo de 41% na presença de riscos associados, sendo que apenas 15 a 50% dos pacientes HIV positivos tinham conhecimento de sua situação sorológica (GRASSI, 1996; SACKS *et al.*, 1990; VOLVAKA *et al.*, 1992).



Em recente estudo quantitativo sobre as IST e aids em pacientes acompanhados em serviços públicos de saúde mental do Brasil, dentro do Projeto PESSOAS - Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental, do qual o presente estudo faz parte, foi verificada a prevalência de 0,8% para o HIV, sendo que a estimativa para a população brasileira, segundo o Ministério da Saúde, é de 0,6%. Também foram pesquisadas as soroprevalências para o HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV e sífilis que foram, respectivamente, 1,64%, 14,7%, 2,63%, e 1,12% (GUIMARÃES *et al.*, 2007).

Este foi o primeiro estudo de soroprevalência no país, que mostra também outros problemas relacionados aos pacientes em saúde mental, tanto no que se refere às dificuldades para o acompanhamento e a prevenção desses e de outros agravos no âmbito da atenção em saúde mental, como na organização dos serviços.

A prevenção em IST e HIV/Aids e o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais infectadas aparecem como um problema relevante de saúde pública. Seu enfrentamento requer que se conheçam bem as representações dessas pessoas acerca dessas doenças e suas formas de prevenção. Considera-se que a compreensão das representações de pessoas com transtornos mentais acerca das IST e do HIV/Aids contribua para se construir novas abordagens em relação à prevenção e às intervenções que estejam mais próximas da realidade desses sujeitos.

Percebe-se que as pessoas com transtornos mentais podem ter entraves sociais, familiares e pessoais que as afastam de uma capacidade plena de vivência sexual saudável. Essas limitações podem trazer consequências importantes na prevenção, auto-cuidado e cuidado com os outros, no dia-a-dia dos pacientes. Porém, não se conhece o que eles pensam sobre os agravos em questão, quais representações têm sobre a infecção pelo HIV e aids e as IST, e se elas são as mesmas de outros grupos sociais.

Portanto, para este estudo, a questão principal é: as representações acerca das infecções sexualmente transmissíveis – IST e do HIV/Aids em pessoas com transtornos mentais são as mesmas da população em geral?

Pressupõe-se que as representações sobre as IST e o HIV/Aids das pessoas com transtornos mentais possam ser diferentes daquelas da população em geral. Espera-se que os resultados

deste estudo possam contribuir com a reflexão sobre as maneiras de organizar a atenção integral em saúde, para este grupo considerado vulnerável socialmente.

*Objetiva*

## **2 OBJETIVO**

Compreender representações de pessoas com transtornos mentais acerca do HIV/Aids e das infecções sexualmente transmissíveis, comparando-as com aquelas dos demais grupos populacionais apresentadas na literatura.

*Referencial Teórico*

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

As IST têm grande importância ao se observar que tratam de um expressivo problema de saúde pública, por apresentarem significativa magnitude e transcendência, com importantes impactos sobre a saúde individual e coletiva. Entre algumas consequências para as IST e, principalmente, considerando-se a sífilis, hepatites B e C e o HIV, estão relacionadas maiores incidências de morbidade perinatal, mortalidade infantil, doenças neurológicas, câncer hepático e maiores possibilidades de interações entre outras IST com o HIV.

Muitos são os estudos publicados com achados relevantes acerca do pensamento social sobre o HIV, a infecção e a epidemia de aids (ALVES, 2003; ANDRADE; NÓBREGA-THERRIEN, 2005; BARBARÁ *et al.*, 2005; CAMARGO, 2000, 1998; DAMASCENO *et al.*, 2009; FLORES-PALACIOS; LEYVA-FLORES, 2003; GIACOMOZZI, 2004; GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004; GIAMI; VEIL, 1997; GIFFIN, 1994; HERZLICH; PIERRET, 1988; JODELET, 2001; JOFFE, 1998a; OLIVEIRA *et al.*, 2006; THIENGO *et al.*, 2005; PAILLARD, 1993; PARKER, 2000; PINTO *et al.*, 2007; SONTAG, 1989; TRONCA, 2000). A introdução e a disseminação do vírus pelo mundo influenciaram os modos de pensar e agir das pessoas, no que se refere a sua própria sexualidade e, também, a do outro, tendo sido, inclusive, suporte para reforçar o estigma e a discriminação de alguns grupos da sociedade.

Historicamente, o HIV/Aids teve relevância como um novo agravo de caráter epidêmico no contexto mundial, com consequências no âmbito social, econômico e político, provocando a construção de representações que se organizaram em torno de conceitos e preconceitos na sociedade, presentes ainda hoje, após quase 30 anos do início da epidemia.

Jodelet (2001) afirma que a aids foi a primeira doença cujas histórias, médica e social, se desenvolveram juntas. Mídia e sociedade apropriaram-se do mal desconhecido e estranho, sendo que o que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com influência de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou com os infectados pela doença. A falta de informação e a incerteza da ciência contribuíram para que tais

representações que circulavam entre as pessoas ou distribuíam-se pela mídia se tornassem verdades e justificativas para se julgarem os outros.

Para Barbará *et al.* (2005), a aids, como um fenômeno social, provoca ameaças e enigmas que podem desencadear um processo de elaboração, em planos individual e coletivo, de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação, construindo as representações, em forma de afirmações, metáforas e atitudes na sociedade.

Dessa forma, Sontag (1989) coloca que a aids representou, para a população em geral, mais que uma morbidade, ocupando, inclusive, o lugar injurioso do câncer, chamado de “mal do século” XX, e se tornou a doença mais estigmatizante da sociedade.

Esse início de apropriação da infecção pela sociedade criou diversas denominações, que por si só fizeram aumentar o preconceito em relação aos acometidos pelo HIV, entre as quais “pneumonia dos homossexuais”, “peste gay” e “câncer gay”. Mesmo a ciência tendo criado um termo científico, considerado neutro, para designar a doença, aspectos pejorativos continuaram a ser associados ao novo vocábulo. É importante ressaltar que a mídia da época continuou associando aids e homossexualidade, o que contribuiu significativamente para a disseminação e o enraizamento dessa relação no imaginário da sociedade (HERZLICH; PIERRET, 1988).

A construção social da aids foi norteadada por idéias de morte e promiscuidade, existindo um “grupo de risco” com vítimas inocentes (exemplo dos hemofílicos) e outros de culpados (prostitutas, homossexuais e viciados em drogas), criando o termo “aidético” para identificar essas pessoas “anormais”, que fogem dos códigos morais estabelecidos (BARBARÁ *et al.*, 2005). Essas representações foram disseminadas mundialmente, possibilitando uma falsa idéia de segurança ou “imunidade” às demais pessoas frente ao vírus HIV.

Os primeiros anos da epidemia de aids, no Brasil, foram marcados pela forma alarmista e sensacionalista adotada pelos meios de comunicação em sua divulgação, reforçando as representações sobre a doença de “grupo de risco”, “doença de gay” e doença “do outro”.

Para Camargo (2000), as representações sociais da epidemia de HIV/Aids têm relevância no modo como se age diante dela e das formas de realizar a prevenção. Tais representações são

ancoradas no preconceito, medo e intolerância da sociedade ante o desconhecido, podendo estar fundadas, principalmente, no início de sua disseminação na comunidade considerada “marginal”.

Tronca (2000) apresenta, em estudo sobre textos literários, um paralelo entre o imaginário social da lepra e da aids, referindo imagens semelhantes de ambas, cada uma em seu momento histórico, envolvendo “a raça, a geografia e a sexualidade”.

No Brasil, os estudos com enfoque psicossociológicos tratando especificamente das representações sociais acerca da aids datam de fins dos anos de 1980, tendo a enfermagem uma importante contribuição para a construção desse conhecimento. Oliveira *et al.* (2006), em estudo sobre as publicações brasileiras acerca do HIV/Aids entre 1980 a 2005, afirmam que a epidemia repercutiu em diferentes aspectos do processo de trabalho e no cuidado prestado às pessoas pela enfermagem, consistindo, portanto, em uma temática de significativo interesse para essa profissão.

Giami e Veil (1997) discutem, em estudo das representações de profissionais de enfermagem e de serviço social sobre o HIV/Aids, que essas duas áreas de conhecimento são campos de importância estratégica para a sensibilização à informação científica e técnica, no contato com pessoas portadoras do vírus e com os sintomas produzidos, além de contar com experiências acumuladas com a ação desse cuidado desde o início da epidemia. Para esses autores, as representações são atitudes explicitadas nos modos de cuidar e de promover prevenção, as quais estão presentes entre profissionais de saúde.

A construção do conhecimento acerca do HIV/Aids, não só na área da enfermagem, possibilitou uma aproximação desse objeto, impulsionando melhoras nas formas de se lidar e de se cuidar dos sujeitos infectados com o HIV, ao mesmo tempo em que foram evoluindo também o acompanhamento e o tratamento com antirretrovirais, contribuindo significativamente para a qualidade de vida e possibilitando planejamentos futuros para os infectados, o que não era possível no passado.

Barbará *et al.*, (2005) colocam que, no início da disseminação do vírus HIV, a pessoa infectada vivenciou um duplo sofrimento: estar acometido por uma nova doença com clara perspectiva de morte, além de se tornar socialmente excluído. Tal situação trazia, ainda,



transtornos econômicos, uma vez que as comorbidades e seu tratamento geravam dificuldades para o desempenho das atividades cotidianas, como por exemplo, as de trabalho remunerado (BRASIL, 2005).

Parker (2000) discute a epidemia de HIV/Aids como um conjunto de epidemias com crises múltiplas, que atinge diferentes grupos e setores da população em geral, que se “sobrepõem ou se entrelaçam” para moldar o HIV/Aids da sociedade.

Joffe (1998a), em estudo de 1990 com jovens sul-africanos e britânicos, apontou que os entrevistados acreditavam que infectados pelo HIV/Aids assim se encontravam por terem cometido práticas sexuais “aberrantes” e pecaminosas. Referiam-se, ainda, a certa possibilidade de o surgimento da infecção dever-se a “rituais experimentais em laboratório”. A promiscuidade e a falta de higiene também apareceram, reforçando as representações de práticas individuais do “outro” como geradoras da doença. Dessa forma, a aids apareceu representada na responsabilidade e culpabilidade de determinados grupos sociais, que não aquele do qual “eu” faço parte, sendo doença do “outro”, sendo esses “outros” perigosos. Por isso, conclui que considerar a infecção como responsabilidade do “outro” protege, de certa forma, as pessoas, sobretudo, por criar um distanciamento da situação ameaçadora.

Camargo (1998) coloca, também, essa ligação entre aids e comportamento perigoso, o que para Sontag (1989) pode ser encarado como algo mais do que mera fraqueza, uma “irresponsabilidade” e “delinquência” do próprio indivíduo, considerado viciado em substâncias ilegais, ou de uma sexualidade distinta, e, em ambos os casos, gerando estigma.

No que concerne à sexualidade dos infectados, há uma exacerbação de conotação moralista de um “sexo descontrolado”, sendo colocado como “a grande causa do mal”. Dessa forma, o sexo que, historicamente, se apresenta como um risco para a manutenção de normas e valores estabelecidos nas sociedades tem, com o HIV, um reforço para as concepções de vilão e ameaça para a continuidade da humanidade (BARBARÁ *et al.*, 2005).

Joffe (1998b) coloca que, para a compreensão da formulação das representações sobre o HIV/Aids, deve ser considerada a influência das emoções, dentre elas, medo, ansiedade e impotência diante ao agravo e que, essas emoções são coletivas e não individuais, produtos de representações surgidas historicamente. Corroborando tal afirmação, encontram-se os escritos

de Paillard (1993) sobre o medo da epidemia, do incontrolável e da indignidade que deixa cada sujeito e a coletividade à mercê do risco. Oltramari e Camargo (2004) afirmam que essas representações estarão em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora, por meio das relações sociais e de comunicação, historicamente, por objetos simbólicos.

Em estudo de Thiengo *et al.* (2005) com 15 adolescentes soropositivos e soronegativos sobre representações sociais do HIV/Aids, esta é considerada uma doença ruim, que não tem cura e mata, apresentando sintomas de emagrecimento, queda de cabelo e manifestações dermatológicas. O aparecimento desses sintomas concretiza a condição de soropositividade que, por sua vez, é associada à morte. Além disso, para esses adolescentes, viver com aids seria algo insuportável, que provoca a vontade de se matar devido ao desespero e a uma vida sem sentido, além da possibilidade de discriminação e preconceito. Para esses adolescentes, a aids foi considerada, desde seu surgimento, uma doença perigosa, que gera dúvidas, medo e insegurança acerca da aceitação social. Além disso, gera dificuldades para os relacionamentos interpessoais, fazendo com que os soropositivos prefiram manter o segredo a respeito de sua condição de infectado.

Em estudo de Flores-Palácios e Leyva-Flores (2003) com um grupo de jovens mexicanos (16 a 23 anos), as representações da aids mostram associação com sexo, doença e morte. A transmissão e a prevenção estão vinculadas ao contato com vírus, sexo e uso de preservativos. Porém, os autores verificaram uma atitude ambivalente desses jovens em relação à prevenção do HIV, pois se consideram somente “meio responsáveis” por uma possível infecção, uma vez que situações de violência, transfusão sanguínea e seringas infectadas estão fora de seu controle. Além disso, o uso de preservativos foi mais associado à prevenção de gravidez do que das IST.

Oltramari e Camargo (2004), em estudo com profissionais do sexo, descreveram representações da aids como uma ameaça generalizada e que está próxima de todas as pessoas. Além disso, as entrevistadas relacionam suas atividades profissionais à aids. Há preocupação das entrevistadas com o uso de drogas, principalmente de bebidas, porque as fazem perder o controle da situação, pois, conforme elas, muitas vezes, durante o relacionamento, os clientes retiram o preservativo sem a profissional perceber.

Parker (2000) aponta que a epidemia tem seu enfoque na população mais marginalizada da sociedade, que vive situações de “violência estrutural”, devido a pobreza, racismo, desigualdade de gênero, opressão sexual e exclusão social de um modo geral.

Em relação ao gênero, alguns estudos discutem uma maior vulnerabilidade para as mulheres, por se apresentarem socialmente em desvantagem econômica e cultural. Além disso, a incidência de HIV/Aids tem aumentado entre indivíduos com relações heterossexuais estáveis e em regime de conjugalidade, tendo as mulheres, em sua maioria, se infectado pelo HIV por intermédio do parceiro.

Em estudo de Giacomozzi e Camargo (2004) sobre as representações sociais de mulheres com parceiro fixo acerca da sexualidade e prevenção a aids, foi explicitado que as mulheres têm conhecimento da doença e são informadas a respeito de práticas preventivas, mas não fazem o uso de proteção em seu relacionamento conjugal, por terem sentimento de segurança no casamento e confiança em seu parceiro. Além disso, elas se percebem mais seguras que outras pessoas que não têm um relacionamento fixo, estando, portanto, mais expostas ao vírus HIV.

Em estudo de Giacomozzi (2004), houve comparação de representações de mulheres com e sem parceria fixa, sendo que as representações para as primeiras reiteram as encontradas no estudo anterior, e as mulheres sem parceria fixa apresentam representações que compreendem maior vulnerabilidade frente ao HIV utilizando o preservativo em suas relações sexuais.

Um levantamento de Giffin (1994) sobre violência de gênero, sexualidade e saúde, o autor coloca que, para os homens, as mulheres, em geral, dividem-se entre “virtuosas” e “perdidas”, sendo que as “mulheres perdidas” existem somente à margem da sociedade “respeitável”. A virtude da mulher está em não sucumbir às tentações sexuais e aceitar sua subserviência ao sexo masculino. O autor coloca ainda que as mulheres sofrem também com as agressões sexuais. Vítimas de abusos sexuais podem apresentar alguns problemas relacionados à saúde, tais como: presença de IST, gravidez indesejada, aborto espontâneo, dor pélvica crônica, dor de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de álcool e drogas, comportamentos danosos à saúde (fumar, sexo inseguro); aleijamento parcial ou permanente, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, problemas múltiplos de personalidade, comportamento obsessivo compulsivo, suicídio e homicídio (GIFFIN, 1994).

Os homens, em relação à própria sexualidade, posicionam-se claramente sobre uma maior necessidade de variedade sexual e de quantidade de relações, o que é colocado por Giddens (1993) como uma crença de manutenção da saúde física masculina. O mesmo autor coloca que é tradicionalmente aceitável o envolvimento de homens em encontros sexuais múltiplos antes do casamento.

Estudo de Andrade e Nóbrega-Therrien (2005), com homens heterossexuais, discutiu as representações apreendidas sobre sexualidade e vulnerabilidade ao HIV, revelando que a sexualidade é representada como sexo e que sexo é considerado incontrolável nos homens por uma condição natural. Apesar de se colocarem como vulneráveis e ancorarem a aids à morte, ela aparece distante do cotidiano real. O uso da camisinha aparece como uma saída para a prevenção, mas revela-se um processo doloroso e difícil, pois interfere no prazer sexual.

Estudo de Alves (2003), sobre as concepções de homens rurais residentes na zona da mata pernambucana acerca de práticas sexuais e a prevenção de DST/aids, mostrou que a primeira relação sexual tem caráter de aprendizado, sendo marcada, por vezes, pela violência. Os homens fazem distinção entre mulheres “de casa e da rua”, reconhecem o desejo feminino e valorizam a reciprocidade nas relações sexuais, diferenciando o sexo que se faz com distintas categorias de mulheres. Alguns homens relatam experiências homossexuais na adolescência, atribuídas à imaturidade e que não afetam a identidade heterossexual. O uso do preservativo é percebido negativamente, sendo inconstante e irregular, com o conhecimento da parceira. As DST são pouco temidas ao passo que a aids é associada à morte, com os entrevistados não se vendo em risco de contraí-la.

Sobre as demais IST (hepatites virais e sífilis), os estudos encontrados apresentam representações parecidas com as acima mostradas para o HIV/Aids, no que se refere ao medo de contraí-las e à prevenção difícil. É o caso de estudo realizado com gestantes acerca das DST e aids, no qual as representações sociais expressas por evocações são de: camisinha, coceira, corrimento, prevenção, relação, dor e doença. Além dessas representações, foram associados aspectos psicológicos ancorados nas palavras apoio, arrependimento, discrição, medo, pavor, horror, insegurança, cuidado, perigo, rejeição e solidariedade (DAMASCENO *et al.*, 2009).

Em relação às hepatites virais, do tipo B ou C, em estudo de Tura *et al.* (2008) com profissionais de saúde, encontraram-se representações sociais centrais de “doença” e periféricas de “contágio”, “saneamento”, “sexo”, “tratamento”, “morte”, “cuidado”, “dieta”, “tipos”, “vigilância” e “repouso”. Além disso, as hepatites são ainda associadas a riscos de transmissão por água contaminada, promiscuidade sexual e transfusão sanguínea. Os autores destacaram, na análise dos resultados, a contradição entre teoria e prática, com ressalva para a fragmentação da formação dos profissionais de saúde.

Em relação às pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental, os resultados de alguns estudos com esses sujeitos mostram que, de forma geral, apresentam maior vulnerabilidade para as IST e HIV/Aids, mas não há estudos específicos sobre os modos de pensar/agir desses sujeitos, a partir de seus próprios relatos.

Cournos e Mckinnon (1997) apontam que, embora a infecção pelo HIV tenha aparecido nas pessoas com transtorno mental no início da epidemia, investigações sistemáticas foram iniciadas somente após 1990, em parte devido a falsa premissa sobre sexualidade, em relação as múltiplas hospitalizações, necessidade da manutenção da medicação e severas desabilidades funcionais, além de diminuição da atividade sexual.

No Brasil, tal situação foi demonstrada com dados do eixo quantitativo do Projeto PESSOAS, no qual pessoas com transtorno mental acompanhadas em serviços públicos foram testadas para HIV/Aids, hepatites B e C e sífilis. Os resultados mostraram que a soroprevalência para essas infecções é mais elevada que na população em geral (GUIMARÃES *et al.*, 2007).

Em relação ao gênero, as mulheres que apresentam doenças mentais foram consideradas, no estudo de Weinhart *et al.* (1998), com maior chance para o risco de infecção pelo HIV. Em geral, mulheres doentes mentais têm baixo acesso às oportunidades de emprego e renda, além de acesso limitado aos cuidados adequados de saúde. Tendem a viver em ambientes com altas taxas de crime e uso de drogas e são mais susceptíveis do que as mulheres da população geral a envolvimento em relações de abuso físico e sexual. Além disso, os resultados indicam que, tanto homens quanto mulheres, apresentam-se mais preocupados com uso de drogas, crime, discriminação, problemas financeiros e gravidez do que com a aids.

Vários estudos avaliados por McKinnon *et al.* (2002), em revisão de literatura de incidência de IST e HIV/Aids entre pessoas com transtornos mentais severos, referem altas taxas desses agravos nessa população, além de apresentarem comportamento sexual de risco e uso de drogas. Dessa forma, os autores consideram que seja uma população em vulnerabilidade, necessitando de intervenções específicas para realização do cuidado. Nessa mesma vertente, estudo sobre as publicações da América Latina realizado por Carvalho *et al.* (2004) também aponta as pessoas com transtorno mental com alto grau de vulnerabilidade para as DST e HIV/Aids, porém existindo entre elas uma distorção da percepção para o risco de infecção, além de dificuldades de adoção de medidas preventivas e de acesso ao tratamento quando já infectadas.

Artigo de Perry e Wright (2006) compara a sexualidade de pessoas com problemas mentais graves com a população em geral de dois institutos, um de referência em saúde mental e o outro em saúde geral, dos Estados Unidos, investigando as diferenças entre comportamento e identificando fatores que influenciam a vivência da sexualidade nesses dois grupos.

Os resultados mostraram que uma amostra significativa dos pacientes da saúde mental é do sexo masculino, com menor escolaridade, mais velhos, solteiros e sem parceiros fixos. A maior duração dos relacionamentos, na amostra, é de três meses. Segundo os autores, os fatores que influenciam a atividade sexual nas pessoas portadoras de doenças mentais são os mesmos na população em geral: estado civil, sexo, anos de escolaridade, religião. Porém, os resultados sugerem uma importante diferença nas formas de relacionamentos das pessoas com doenças mentais graves e da população em geral, pois as primeiras não possuem parcerias fixas e as segundas, em geral, tem pelo menos uma.

Estudo de Cournos (1991) apresenta a vulnerabilidade de pacientes psiquiátricos crônicos as IST, uma vez que o contato sexual é presente. Um total de 44% de pacientes esquizofrênicos manteve contatos sexuais nos seis meses anteriores à pesquisa; 62% informaram múltiplos parceiros; 12% lembraram contato sexual com pessoa infectada pelo HIV ou usuária de drogas injetáveis; 50% praticaram sexo por dinheiro, droga ou bens; 22% dos contatos foram homossexuais e o uso do preservativo era incorreto ou raro.

Estudo de Wilson e Donenberg (2004), com adolescentes em cuidados psiquiátricos para discussão da comunicação sobre sexualidade e risco com seus pais, mostra que o

desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção para a aids, direcionados a esses pacientes, é um importante passo para impedir a disseminação da infecção. Esse grupo está em maior risco que os demais adolescentes por ser ativo sexualmente, ter múltiplos parceiros e fazer menor uso de preservativos. O estudo mostra que existe, também, dificuldade para os pais dialogarem com frequência com seus filhos sobre as relações sexuais, o que contribui para aumentar o risco. Estudo etnográfico, com enfoque nos profissionais dos serviços de referência em saúde mental, acerca da sexualidade de pessoas com transtornos mentais e do HIV/Aids, realizado em duas instituições de referência em saúde mental do Estado do Rio de Janeiro (PINTO *et al.*, 2007), mostrou que os profissionais de saúde consideram a sexualidade dos pacientes como sendo exacerbada, apresentando uma “hipersexualidade” pertencente ao quadro da doença, e afirmam ser “um problema (...) dentro das instituições”. Também, há profissionais dentro das instituições que entendem a sexualidade dos usuários como algo normal, inerente ao ser humano. Para os pacientes, as relações sexuais mantidas nas enfermarias é algo primitivo e vazio de afeto.

Essas representações persistem em formas de tabus, mitos, esteriótipos e preconceitos em relação às pessoas com transtornos mentais e podem impedir que os profissionais de saúde acolham diferenças de forma solidária e apresentem cuidados integrais, que incluam o direito desses sujeitos a relações afetivas e sexuais plenas e saudáveis.

*Metodologia*



## **4 METODOLOGIA**

O presente estudo inscreve-se no âmbito da pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais (TRS). Moscovici (1978) e Jodelet (1998), entre outros, enfatizam o significado das representações como fenômeno psicossocial arraigado no espaço público e nos processos pelos quais o indivíduo desenvolve uma identidade social, cria símbolos e abre-se para a diversidade de um mundo coletivo. Os significados são explorados por um grupo social transformam-se, tornam-se subjetivados e são expressos nas atitudes, palavras e ações nas relações com os outros. As representações são, portanto, sempre, sociais e são práticas e discursos sobre os objetos (GIAMI; VEIL, 1997).

Tal perspectiva não busca, portanto, um conhecimento para ser universalizado como regra, mas o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos participantes (FREITAS, 1998).

Neste estudo apresentam-se os dados abordados nas questões subjetivas e de contexto sócio-cultural, expressas pelos sujeitos participantes da pesquisa.

### **4.1 Referencial Teórico-Metodológico**

Segundo Freitas (1998), os estudos sociológicos com base na compreensão das representações mostram-se importante instrumento para o conhecimento das relações sociais e de sua interação com o objeto pesquisado. Como toda teoria, possibilita a formulação de métodos para se aprofundar o conhecimento sobre a realidade.

Para as pessoas com transtornos mentais, as representações são apropriadas dentro das limitações próprias ao tipo de agravo, mas estão sempre presentes nas formas de se lidar com a prevenção e o controle da aids.

Conforme Moscovici (1978, p.31), idealizador da teoria, entendem-se as representações como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Outros estudiosos trazem também importantes contribuições para facilitar a compreensão dessa teoria. Jodelet (2001, p.22) define as representações como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Essa modalidade de conhecimento particular tem por função a adoção de comportamentos e a comunicação entre pessoas de modo a conferir sentido e a assegurar a participação de sujeitos na sociedade. Contudo, esse processo de representação não se caracteriza por uma simples incorporação do real. Segundo Moscovici (1978, p.58):

Representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la, é reconstruí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, criam a impressão de realismo.

Assim, o processo de uma representação vai do percebido ao concebido, existindo, entre um e outro, o representado, ou seja, o significado, o sentido conferido ao objeto pelo sujeito que nele se inclui.

Ainda segundo Moscovici (1978), podem ser identificados dois processos geradores de representações, por meio dos quais se podem apreender como o social transforma um conhecimento em representação e como a representação transforma o social. Para isso, ocorre a imbricação e a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que se processam as representações. Trata-se dos processos de ancoragem e objetivação.

O primeiro, ancoragem, é o “processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2003, p.61). Há uma integração cognitiva do objeto representado com o pensamento social pré-existente e com as

transformações dele decorrentes. Inclui, então, ações mentais que aproximam objetos estranhos ao indivíduo, pois coisas não classificadas, que não possuem nomes, são estranhas e não existentes; por isso mesmo, são ameaçadoras (MOSCOVICI, 1978; 1996; 2003).

O outro processo, chamado de objetivação, consiste em “transformar algo abstrato em algo concreto, transferir o que está na mente em algo que existia no mundo físico” (MOSCOVICI, 2003, p.61). Trata-se de uma operação em que se dá a união da “idéia de não familiaridade com a realidade”, e esta “torna-se verdadeira essência da realidade” (MOSCOVICI, 2003, p.71). Por esse processo, ocorre uma forma de corporeidade do objeto abstrato, passando esse objeto, como tal, a ocupar lugar no espaço.

Todo ato de representar vincula-se sempre a um sentido simbólico, havendo, em qualquer representação, participação desses dois processos, uma vez que a objetivação só é possível graças ao processo de ancoragem. A formalização definitiva desses processos – objetivação e ancoragem – dá-se pela transformação do não-familiar em familiar.

O acesso às representações permite trazer à tona alguns elementos importantes para a compreensão das construções sociais e da apropriação que o sujeito faz dessas construções, uma vez que a representação de um objeto é resultado de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes, constituindo um sistema sócio-cognitivo específico, não havendo separação absoluta entre o sujeito e o objeto do conhecimento.

No campo da saúde, a TRS tem uma relação histórico-lógica, pois foi em torno das questões ligadas à saúde psíquica e física que esse campo de estudo foi elaborado (JODELET, 1998). Oliveira, Siqueira e Alvarenga (2000, p.187) afirmam que:

Pensar em um novo projeto para a saúde implica em conhecer a diversidade de ações necessárias para abordar o sujeito coletivo. Essa é uma função de todos e tem seu início no reconhecimento da distância entre representações sociais, práticas cotidianas e do conhecimento científico constituído.

Para transformar uma realidade, temos de pensar em suas expressões objetivas e subjetivas, uma vez que as estratégias de intervenção em saúde são realizadas por indivíduos que representam a realidade e que agem de acordo com suas representações do real e do possível. Mudar as ações do homem implica transformar suas representações. Esse processo não se dá

apenas com a evolução científica, mas como resultado de um processo ativo no qual “as realidades” são reconstruídas em um contexto de associações e de valores (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVARENGA, 2000).

Giarni (2007) afirma que a ciência é influenciada por estereótipos, citando os casos das inovações científicas e médicas em sexologia comprometidas pelos estereótipos de gênero, por exemplo. Pode-se, então, afirmar a existência de um processo de transformação de certas representações e concepções, científicas ou não, em teoria científica que poderá ser utilizada posteriormente pelo senso comum, e vice-versa.

Assim, as representações estão presentes nas falas e nas práticas das pessoas, servem de guia ou de defesa para suas condutas, têm conteúdo de justificação ou de interpretação dos fatos, acontecimentos e sentimentos que as envolvem, além de se configurarem como um sistema “pronto para pensar”, “pronto para sentir”, como o prêt-à-porter na moda (GIARNI; VEIL, 1994).

A construção desse pensar implica reconhecer, ainda, as práticas em saúde não mais como derivações puras do conhecimento científico e sua expressão no cotidiano dos serviços, mas como um trabalho solidário, coletivo e multiprofissional.

Para Jodelet (2001), o estudo das representações como teoria e opção metodológica está em expansão, uma vez que possibilita a apreensão de processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas.

## **4.2 Percorso Metodológico**

O estudo apresentado faz parte do eixo qualitativo da “Pesquisa em soroprevalência da aids na Saúde Mental” – Projeto PESSOAS - realizado pelo GPEAS, Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

O Projeto PESSOAS contou, também, com um eixo quantitativo, de corte transversal, realizado entre junho e setembro de 2006, que determinou prevalências de infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C em uma amostra de pacientes internados em hospitais psiquiátricos ou em atendimento nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cadastrados junto ao Ministério da Saúde até janeiro de 2004. Foram coletados dados sobre a atenção à saúde, características comportamentais e o perfil sócio-demográfico dos participantes, retrospectivamente, por meio de entrevistas; foram coletadas informações sobre dados clínicos obtidos dos prontuários e características dos serviços por meio de entrevistas realizadas com profissionais responsáveis pelos centros participantes.

Para o quantitativo, foi definida amostra estratificada por região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) com partilha proporcional de acordo com a distribuição de casos de aids notificados até dezembro de 2003, e com o tipo de atendimento (hospitais e CAPS). Fez-se seleção aleatória de centros e de participantes, o que resultou na realização de coleta de dados em 26 centros e 2.238 pessoas entrevistadas (BRASIL, 2008b).

Para o eixo qualitativo aqui discutido, os serviços foram escolhidos pela facilidade de acesso dos pesquisadores e considerando que a representatividade desse tipo de pesquisa está na saturação de conteúdos e não na distribuição espacial no país.

#### ***4.2.1 Aprovação dos Comitês de Ética e Financiamento***

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, ETIC 125/03 (ANEXO A) e do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP 592/2006 (ANEXO B), pela realização em caráter nacional do Projeto PESSOAS.

O projeto teve financiamento do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, por meio de recursos provenientes da UNESCO, com o número 91BRA3014.

#### ***4.2.2 Sujeitos e Cenário do Estudo***

Foram entrevistadas 39 pessoas acompanhadas em serviços públicos de saúde mental, hospitalizados ou em acompanhamento ambulatorial. As entrevistas eram previamente agendadas por um responsável pelo campo da pesquisa, obrigatoriamente, um profissional do serviço. Para inclusão no estudo observaram-se os seguintes critérios: sujeitos fora de crise e em condições de manter diálogo com o pesquisador, além de aceitar participar da parte quantitativa do estudo.

Os serviços de saúde escolhidos foram:

- a) Dois hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, referências para o Estado de Minas Gerais: Hospital Galba Veloso e Instituto Raul Soares;
- b) Centro de Referência em Saúde Mental de Betim (CERSAM Cezar Campos), localizado no Bairro Citrolândia em Betim, Minas Gerais. O serviço funciona no conjunto da Colônia Santa Izabel, antigo serviço de atendimento e moradia dos pacientes hansenianos de Minas Gerais;
- c) Centro de Atenção Psicossocial do Carmo (CAPS Carmo), localizado em Carmo, no Estado do Rio de Janeiro.

Anteriormente ao agendamento da entrevista, os sujeitos eram informados sobre o estudo, pelos profissionais de saúde que os acompanhavam nos tratamentos e eram avaliados clinicamente para se definir a possibilidade de sua participação na pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados dos riscos e benefícios da pesquisa, com os devidos esclarecimentos sobre seus objetivos e finalidades, lembrando a importância da preservação do sigilo e respeito à vulnerabilidade desse grupo. Após os esclarecimentos, deram-se a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

A coleta dos dados deu-se em duas partes. A primeira consistiu na obtenção de dados objetivos dos entrevistados, como: idade, situação conjugal, renda, etc, seguindo roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B); e a segunda, de entrevista aberta, em profundidade, com as questões propostas e de relance para esclarecimento de algumas situações ou

contextos. As questões eram pertinentes ao tema, obrigatoriamente gravadas e os principais temas abordados foram: acompanhamento psiquiátrico, história de vida, relações afetivas e sexuais, infecções sexualmente transmissíveis e aids, risco e prevenção a agravos. Esse encontro ocorreu em sala reservada, preservando a intimidade dos sujeitos. Foi realizada, também, busca dos dados objetivos da vida do sujeito, histórico e contexto da doença mental e de vida, no prontuário, para esclarecimentos das situações narradas.

Não foi definido *a priori* o número de participantes, sendo o critério para suspensão da coleta de entrevistas o de saturação dos dados, pela repetitividade e exaustividade dos significados em torno dos temas tratados. Para isso, a cada entrevista, os pesquisadores foram realizando a leitura do texto transcrito e prévia análise do conteúdo, confirmando saturação após 20 entrevistas em Minas Gerais e após 10 no Rio de Janeiro. Durante a coleta das primeiras entrevistas, duas foram descartadas porque em uma delas houve interrupção depois de o entrevistado solicitar que não se usasse gravador, o que dificultaria a análise, e outra porque a gravação ficou inaudível. Em seguida, incluíram-se mais 11 entrevistas, sendo todas realizadas em Belo Horizonte, para se confirmar a saturação e a fidedignidade dos dados, totalizando, portanto, 39 entrevistas analisadas.

Para fins de comparação, foram coletados dados sobre representações sociais de outros grupos populacionais sobre a aids, nas seguintes bases: Pubmed/Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Scientific Electronic Library Online - Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs, considerando que são as maiores bases disponíveis na área da saúde para o Brasil.

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores, combinados ou não, aceitos pelas bases consultadas: Aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV, HIV/Aids, Pesquisa Qualitativa, Representação Social, Saúde, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Foram analisados resumos ou artigos completos pertinentes ao tema.

### *4.2.3 Método de Análise das Entrevistas*

A análise estrutural de narração proposta por Demazière e Dubar (1997) foi utilizada para o procedimento de análise do material coletado nas entrevistas dos participantes da pesquisa. Segundo Barthes, tudo em uma narrativa tem significado e, portanto:

Compreender uma narrativa não é apenas acompanhar o desenrolar da história, é também reconhecer “estágios”, projetar os encadeamentos horizontais do “fio” narrativo sobre o eixo implicitamente vertical; ler (ouvir) uma narrativa não é apenas passar de uma palavra para outra, é também passar de um nível a outro (BARTHES, 2001, p.112).

Desse modo, por mais completa que seja uma análise do conjunto vertical do discurso, para ser eficiente, faz-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que “o sentido não está ‘no fim’ da narrativa, ele a perpassa” (BARTHES, 2001, p.112). Para apreender o significado, o sentido de uma fala, há que se desconstruir o discurso, pois, na fala das pessoas, estão registradas as suas histórias, percepções e explicações acerca do mundo (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

Considera-se que as representações são significantes e estão estreitamente ligadas aos fenômenos da comunicação, construindo-se e reconstruindo-se na atividade discursiva do sujeito (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). Nessa mesma vertente, Anadon e Machado (2001, p.55) afirmam que é “pela linguagem que os indivíduos constroem o sentido de suas práticas e de seus discursos em meio à heterogeneidade social”.

Ressalta-se, ainda, que a análise estrutural de narração valoriza a teia de construção argumentativa do sujeito e não somente ilustrações ou partes consideradas pertinentes ao objeto em questão. Tudo tem importância na narração, fazendo com que as representações se explicitem na análise pelos fatos narrados, nas explicações e julgamentos sobre eles. O sujeito, ao narrar, está interpretando o mundo, com disjunções e conjunções, explicitando coerências e contradições sobre os objetos apresentados.

Para identificar as representações nas entrevistas, a proposta de análise estrutural é dividida em três etapas, sendo que as duas primeiras foram organizadas utilizando-se o software



NVivo©. Cada entrevistado recebeu um pseudônimo, escolhido por cada um ou pelo pesquisador, e uma numeração em ordem crescente, como por exemplo, E1, E2, E3 (APÊNDICE C), para organização do banco de dados e apresentação dos resultados.

A primeira etapa do trabalho correspondeu à análise de cada entrevista, separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento é o de “leitura vertical” (BLANCHET; GOTMAN, 1992), buscando o sentido global de cada uma quando também noções e palavras que chamam a atenção são marcadas, permitindo conhecer o “tom” da entrevista e indicar temas presentes. Num segundo momento, chamado “leitura horizontal” (BLANCHET; GOTMAN, 1992) o conjunto do texto foi numerado em sequências, fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso (FREITAS, 1998). Segunda a mesma autora, esses objetos encontram-se, obviamente, espalhados ao longo da fala, pois esse processo é sempre de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los. Em seguida, os objetos e suas explicações foram reagrupados, reorganizando-se as sequências por temas, na totalidade do relato, tentando-se encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. Esta organização permite, assim, recuperar a complexidade das experiências dos entrevistados, numa leitura horizontal, e os enunciados são categorizados em suas similitudes e diferenciações, nas disjunções e conjunções apresentadas. Essa fase resultou em síntese de cada entrevista, chamada de “reconstrução dos dados”, para explicitação do conteúdo de cada entrevista.

A segunda etapa do trabalho consistiu em encontrar o que é comum e discordante no conjunto de entrevistados, para agrupar e categorizar os significados explicitados, numa leitura chamada de “transversal” por Blanchet e Gotman (1992). Nessa etapa, desvelaram-se as representações dos entrevistados sobre os objetos pesquisados, como o HIV/Aids e as IST, suas formas de contágio, prevenção, adoecimento, entre outras.

Para o fechamento do trabalho de interpretação dos dados, foi realizada análise dos bancos bibliográficos da área da saúde, identificando representações já encontradas por outros autores, em estudos com outros grupos populacionais. Passou-se, então, à terceira etapa, que se pode chamar de teorização, na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram aprofundadas com os dados encontrados e pelas leituras e reflexões teóricas do pesquisador (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

*Análise e Interpretação dos  
Dados*

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

### 5.1 Participantes

Foram entrevistados um total de 22 homens e 17 mulheres. Abaixo estão apresentadas os dados sócio-demográficos e de comportamento sexual dos participantes: homens no QUADRO 1 e mulheres no QUADRO 2.

Dos entrevistados, 10 pacientes estavam internados no Hospital Galba Veloso, nove hospitalizados no Instituto Raul Soares, (Belo Horizonte – Minas Gerais), 11 acompanhados no CERSAM Cezar Campos (Betim - Minas Gerais) e nove no CAPS Carmo (Carmo - Rio de Janeiro). Dez homens encontravam-se em regime de hospitalização e 12 em atendimento ambulatorial (CERSAM e CAPS) e, dentre as mulheres, nove estavam hospitalizadas e oito sendo atendidas ambulatorialmente.

A faixa etária dos participantes variou de 18 a 72 anos. Foram dois entrevistados com 18 e 19 anos, 11 na faixa entre 21 e 30 anos, quatro entre 31 e 40 anos, 13 participantes na faixa entre 41 e 50 anos, quatro entre 51 e 60 anos, quatro na faixa entre 61 e 70 anos e um de 72 anos de idade. Os homens têm em média 41,9 anos, e as mulheres, 39,9 anos.

São, portanto, pessoas, em sua maioria, em faixas etárias produtivas, mas com agravos mentais e situações sociais que interferem em suas capacidades e possibilidades de trabalho: somente sete entrevistados disseram ter “emprego” ou um “serviço”, sendo três com carteira assinada – funcionário de escritório, jardineiro e terapeuta ocupacional (que estão recebendo benefício por afastamento devido à doença); três trabalhadores informais – sucateiro, vendedor de balas nos sinais e profissional de sexo – e um servente de pedreiro. Esses últimos não auferem nenhum rendimento quando em crise ou hospitalizados. Dos demais, 13 participantes estão aposentados pelo INSS; dentre estes, cinco recebem ajuda do Programa “De volta pra casa” do governo do Rio de Janeiro, e 16 estão desempregados, recebendo algum tipo de ajuda da família (14) ou vivendo de caridade alheia (dois). Nesse último caso, está, portanto, quase a metade dos entrevistados.

QUADRO 1

Identificação dos homens entrevistados: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista

(Continua)

Ident.	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Filhos	Mora com	Ocupação/rendimentos	Opção sexual	Desejo sexual atual	Relações sexuais atuais	Relações sexuais pagas	Violência sexual	Uso de drogas lícitas e ilícitas	Local entrevista
E01	23	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Pais	Jardineiro/afastado INSS	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Não	Hospital
E02	27	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Irmão	Aposentado INSS	Bissexual	Existente	Sim	Cliente e prostituto	Sofrida	Sim	Hospital
E03	50	Ens. Fund. incompleto	Separado	Sim (5)	Um irmão	Aposentado INSS	Hetero	Ausente	Não	Cliente	Sem relato	Sim	Hospital
E05	44	Ens. Univ. completo	Casado	Não	Parceiro	Terapeuta Ocupacional/Afastado INSS	Homo (ativo ou passivo)	Existente	Sim	Não	Sofrida	Sim	Hospital
E07	52	Ens. Fund. incompleto	Separado	Sim (5)	Irmão	Aposentado INSS	Hetero	Ausente	Não	Cliente	Sem relato	Não	Hospital
E10	25	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Família	Desempregado	Hetero	Existente	Não	Não	Sem relato	Não	Hospital
E12	30	Ens. Fund. incompleto	Separado	Sim (1)	Família	Desempregado	Bissexual (afirma-se ativo e hetero)	Existente	Sim	Cliente e prostituto	Sem relato	Sim	Hospital
E15	25	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Irmão	Servente de pedreiro	Hetero	Existente	Não	Não	Sofrida	Não	Hospital
E19	37	Analfabeto	Solteiro	Sim (2)	Sozinho (apoio)	Aposentado INSS	Hetero	Ausente	Não	Cliente	Sofrida	Sim	CAPS
E20	25	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Irmão	Vendedor de doces	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Não	CAPS
E22	46	Analfabeto	Amigado	Sim (3)	Parceira	Aposentado INSS	Hetero	Existente	Sim	Não	Sem relato	Sim	CAPS

QUADRO 1

Identificação dos homens entrevistados: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista

(Conclusão)

Ident.	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Filhos	Mora com	Emprego	Opção sexual	Desejo sexual atual	Relações sexuais atuais	Relações sexuais pagas	Violência sexual	Uso de drogas lícitas e ilícitas	Local entrevista
E25	42	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Sozinho	Desempregado	Hetero	Ausente	Não	Cliente	Sem relato	Sim	CAPS
E26	24	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Tia	Desempregado	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E27	46	Ens. Fund. incompleto	Separado	Sim (3)	Irmão	Desempregado/ Benefício INSS	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Sim	CAPS
E29	42	Ens. Médio completo	Desquitado	Sim (3)	Mãe	Assist. Administrativo/ Afastado INSS	Bissexual	Ausente	Não	Cliente e prostituto	Sem relato	Sim	Hospital
E30	24	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Mãe e irmãos	Desempregado	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Sim	Hospital
E34	57	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Sim (3)	Abrigo público	Aposentado INSS	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Não	CAPS
E35	64	Analfabeto	Solteiro	Não	Sozinho	Aposentado/ Benefício	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E36	72	Analfabeto	Viúvo	Sim (3)	Sozinho	Aposentado/ Benefício	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E37	70	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Abrigo público	Aposentado/ Benefício	Homo (ativo ou passivo)	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E38	44	Analfabeto	Solteiro	Não	Abrigo público	Aposentado/ Benefício	Hetero	Existente	Não	Cliente	Sem relato	Não	CAPS
E39	51	Ens. Fund. incompleto	Solteiro	Não	Abrigo público	Aposentado/ Benefício	Hetero	Ausente	Não	Cliente	Sofrida	Não	CAPS

QUADRO 2

Identificação das mulheres entrevistadas: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista

(Continua)

Ident.	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Filhos	Mora com	Ocupação/rendimentos	Opção sexual	Desejo sexual atual	Relações sexuais atuais	Relações sexuais pagas	Violência sexual	Uso de drogas lícitas e ilícitas	Local entrevista
E04	30	Analfabeta	Solteira	Sim (5)	Filha	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Estupro	Não	Hospital
E06	18	Ens. Fund. completo	Amiga-da	Não	Mãe	Desempregada	Hetero	Existente	Não	Não	Sem relato	Sim	Hospital
E08	40	Ens. Fund. incompleto	Solteira	Não	Família	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	Hospital
E09	19	Ens. Fund. completo	Solteira	Não	Tia	Prostituta	Hetero	Existente	Sim	Prostituta	Sofrida	Sim	Hospital
E11	44	Ens. Fund. incompleto	Casada	Sim (2)	Marido e filhos	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	Hospital
E13	52	Ens. Fund. incompleto	Separada	Sim (5)	Filhos	Do lar	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	Hospital
E14	22	Ens. Fund. incompleto	Solteira	Sim (2)	Família	Desempregada	Hetero	Existente	Sim	Prostituta	Sofrida	Sim	Hospital
E16	38	Ens. Fund. incompleto	Separada	Sim (4)	Filho	Sucateira	Hetero	Existente	Não	Prostituta	Sofrida	Sim	Hospital
E17	47	Analfabeta	Casada	Sim (2)	Filhas e netas	Aposentada INSS	Hetero	Existente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E18	42	Ens. Fund. incompleto	Solteira	Sim (5)	Amigos	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sofrida	Não	CAPS
E21	41	Ens. Fund. incompleto	Solteira	Sim (5)	Filhos	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sofrida	Não	CAPS
E23	38	Analfabeta	Solteira	Não	Abrigo público	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS

QUADRO 2

Identificação das mulheres entrevistadas: perfil, comportamento social e sexual, local da entrevista

(Conclusão)

Ident.	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Filhos	Mora com	Ocupação/rendimentos	Opção sexual	Desejo sexual atual	Relações sexuais atuais	Relações sexuais pagas	Violência sexual	Uso de drogas lícitas e ilícitas	Local entrevista
E24	68	Analfabeto	Viúva	Sim (7)	Filha	Aposentada INSS	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	CAPS
E28	63	Ens. Fund. incompleto	Desquitada	Sim (3)	Sozinha	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Não	Hospital
E31	29	Ens. Fund. incompleto	Amigada	Sim (2)	Parceiro e filho	Do lar	Hetero	Existente	Sim	Não	Tentativa de estupro	Sim	CAPS
E32	40	Ens. Fund. incompleto	Solteira	Sim (11)	Família	Desempregada	Hetero	Ausente	Não	Não	Sem relato	Sim	CAPS
E33	46	Ens. Fund. incompleto	Casada	Sim (5)	Marido e Filha	Do lar	Hetero	Ausente	Sim	Não	Sem relato	Não	CAPS

A escolaridade apresenta-se como mais um indicador da situação social de pobreza e falta de oportunidades no grupo de entrevistados: dez afirmam ser analfabetos e um ter feito somente o primeiro ano de escola, 11 estudaram até, no máximo, quatro anos, e 15 até, no máximo, oito anos, não chegando à conclusão do 1º grau. Somente um entrevistado completou o ensino médio e um tem diploma universitário. Uma diferença notável entre homens e mulheres diz respeito à observação de um maior percentual de mulheres com mais baixa escolaridade do que os homens, o que considerado um indicador de maior empobrecimento das mulheres. No estudo quantitativo de amostra representativa para o Brasil, do total de 2475 participantes, a maioria, 1733, estudou menos que oito anos e 742 estudaram mais de oito anos (BRASIL, 2008b).

Em relação à situação conjugal, 14 homens apresentam-se como solteiros, cinco são separados ou desquitados, dois vivem maritalmente e um é viúvo, enquanto que, entre as mulheres, há 11 solteiras, sendo cinco separadas ou desquitadas, cinco vivendo maritalmente e uma viúva. Dados do estudo quantitativo aproximaram-se deste resultado, sendo 1548 participantes solteiros ou separados e 927 com parceiro estável (BRASIL, 2008b).

Dentre os homens, 13 não têm filhos, destacando-se aqueles na faixa etária de 18 a 30 anos. Dos nove restantes que os têm, cinco estão entre aqueles na faixa etária de 31 a 50 anos e quatro têm entre 51 e 70 anos ou mais, sendo que, dentre eles, somente dois ainda têm contato permanente com os filhos, mesmo não morando com eles. Tais dados traduzem as dificuldades para se manter reunida a família quando há adoecimento por transtornos mentais graves, relatados nas entrevistas.

Dentre as mulheres, quatro não têm filhos, sendo duas na faixa etária de 18 a 30 anos. Das 13 mulheres que os têm, quatro não têm mais contato com os filhos (duas na faixa etária de 31 a 50 anos com mais de quatro filhos, uma na faixa de 51 a mais de 70 anos, com três filhos e uma de 31 a 50 anos com dois filhos), sendo que as nove outras relatam dificuldades variadas de interação com os filhos, sentindo, muitas vezes, falta de apoio e mesmo negligência por parte dos que já estão mais velhos. Os dados do estudo quantitativo mostraram que mais da metade dos participantes (1438) tinham pelo menos um filho (BRASIL, 2008b).

Em relação ao comportamento sexual, 18 homens se definiram heterossexuais, sendo que um deles manteve relações com outros homens na adolescência e dois não iniciaram prática



sexual com parceiro(a); três se declararam bissexuais e dois homossexuais. Em relação ao desejo sexual, dez homens afirmaram não o ter mais, fato justificado, principalmente, pelo efeito dos medicamentos, sendo que somente quatro estavam mantendo relações sexuais com outras pessoas no período da pesquisa.

Dentre as mulheres, todas se declaram heterossexuais, sem relatos de homossexualidade nos discursos, sendo que uma entrevistada nunca teve relações sexuais. Somente seis dizem ainda sentir desejo sexual, sendo que quatro estavam mantendo relações no período da pesquisa, entre estas, uma mantinha relações por sentir-se na obrigação do casamento, porém o realizava sem desejo e sem gozo.

No que se refere aos diagnósticos clínicos dos entrevistados, apesar das dificuldades na fonte de informação dos prontuários que, em alguns casos, têm até diagnósticos contraditórios em uma mesma época de suas trajetórias de adoecimentos, pode-se afirmar que estão principalmente relacionados a psicoses graves, esquizofrenias, transtornos afetivos e uso de álcool e drogas.

Os diagnósticos, relacionados segundo o CID-10, apresentaram a seguinte distribuição nos prontuários dos entrevistados:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09): nove citações;
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19): oito citações;
- Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29): 24 citações;
- Transtornos de humor - afetivos (F30-F39): 15 citações;
- Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69): três citações;
- Retardo mental (F70-F79): três citações.

Os diagnósticos encontrados entre os pacientes do eixo qualitativo são semelhantes ao encontrado na pesquisa quantitativa no Brasil, sendo a maioria dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia (1181), seguido de transtornos afetivos (629), transtornos por uso de substâncias (173) e o restante em diagnósticos diversos (BRASIL, 2008b).

Um total de 12 entrevistados, sendo sete mulheres e cinco homens, relatou episódios de violência sexual em algum momento da vida. Nos relatos dos homens, os abusos ocorreram durante as internações hospitalares ou em instituições penitenciárias. A maioria das mulheres afirmou violência por pessoas desconhecidas, mas duas relataram tentativa ou terem sido vítimas de estupro por familiar próximo. Os dados do estudo quantitativo mostraram frequência menor destes episódios, sendo que do total de 2475 participantes, 458 tiveram história de violência sexual alguma vez na vida (BRASIL, 2008b).

## **5.2 Construção das Categorias**

A peculiaridade dos sujeitos entrevistados, por serem portadores de agravos mentais, é passível de questionamento, à primeira vista, por ser vista como empecilho para a realização de pesquisa com uma abordagem de caráter qualitativo, fundamentada em entrevista aberta, na qual o sujeito constrói sua narrativa da maneira que considerar mais adequada. Pode-se dizer que nas representações sociais sobre a loucura, a pessoa com agravo mental é considerada como alguém que tem um “desligamento do real” (AZZI, 2007) ou muitas dificuldades de julgamento, porém, esta consideração não é admissível porque a “realidade”, para o entrevistado, com ou sem agravos mentais, é aquilo que ele descreve, interpreta e explica em sua narrativa, sendo, portanto, a sua “ligação com o real” e aquilo que considera como verdade. Os entrevistados expuseram em suas narrativas, histórias e julgamentos que têm valor para eles, e é com este respeito que suas falas foram interpretadas.

Ao se iniciar a análise, explicitou-se que suas narrativas estão estruturadas com representações sobre os diversos objetos abordados da mesma maneira que pessoas sem agravos mentais. O que apresentam de diferente na estruturação dos discursos, em alguns casos, diz respeito à dificuldade de manter um mesmo fio da conversa por um período maior de tempo e insistência na repetição de algumas afirmações, além de algumas frases incoerentes em meio a explicações sobre o que estavam narrando. Nada disso foi empecilho para se conhecer o que pensam sobre a infecção pelo HIV e aids, como representam esses agravos e sua prevenção, com a finalidade de responder a pergunta central da pesquisa: as representações são as mesmas de outros grupos da população?

Vale lembrar, ainda, que os sujeitos foram convidados a participar das entrevistas, após avaliação por um profissional dos serviços públicos nos quais eram acompanhados, sob critérios que incluíam estar fora de crise, aceitar participar, ter discernimento para compreender os aspectos éticos e assinar o Termo de Consentimento, ter capacidade de manter diálogo e responder as questões propostas, revivenciando suas experiências e desvelando suas representações, especialmente sobre os objetos deste estudo, de acordo com os critérios iniciais da pesquisa, tanto para o questionário da parte quantitativa como para a entrevista do eixo qualitativo.

Com as leituras verticais das entrevistas, à medida que foram sendo colhidas até se atingir o critério de saturação e não serem necessárias novas coletas, ficou clara, ainda no início, a repetitividade sobre a importância da televisão como a fonte central de construção de representações para os entrevistados. Nos discursos, em vários momentos, surgem falas que sugerem a orientação advinda da mídia televisiva, tais como: “vi na televisão”, “sempre se falou sobre isto na televisão” e “aprendi vendo televisão”. Tal constatação é de relevância ao se considerar que a história da informação sobre aids, na mídia, colaborou para a construção de representações que influenciaram o nascimento do medo da doença e de práticas preconceituosas e estigmatizantes em relação às pessoas vivendo com HIV, mas também para a importância do uso de preservativo, por exemplo. Isso aponta, portanto, para a importância desse veículo, de modo geral, o qual poderá ser utilizado para reconstruir representações, que contribuam para uma sexualidade saudável e melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Chama a atenção, ainda, o fato de que a maioria dos entrevistados não teve acesso à educação formal, com descrição de vários aspectos dificultadores para frequentarem instituições escolares, além de não haver, no seio de suas famílias, pessoas que os orientassem sobre sexualidade ou quaisquer conversas sobre intimidade e vida amorosa. Tais trajetórias sociais talvez expliquem a recorrência de informações incorretas e de representações carregadas de influências negativas.

Nesse mesmo sentido, vale ressaltar que a diferenciação entre infecção pelo vírus HIV e a síndrome da imunodeficiência adquirida foi realizada por poucos entrevistados.

Da análise, surgiram três categorias relacionadas ao conhecimento das IST e da aids pelas pessoas com transtorno mental: 1) Representações sobre as IST e o HIV/Aids; 2)

Representações de transmissibilidade e prevenção das IST e do HIV/Aids; 3) Representações sobre risco e educação preventiva para as IST e HIV/Aids. Essas categorias se imbricam, conforme FIG. 1.

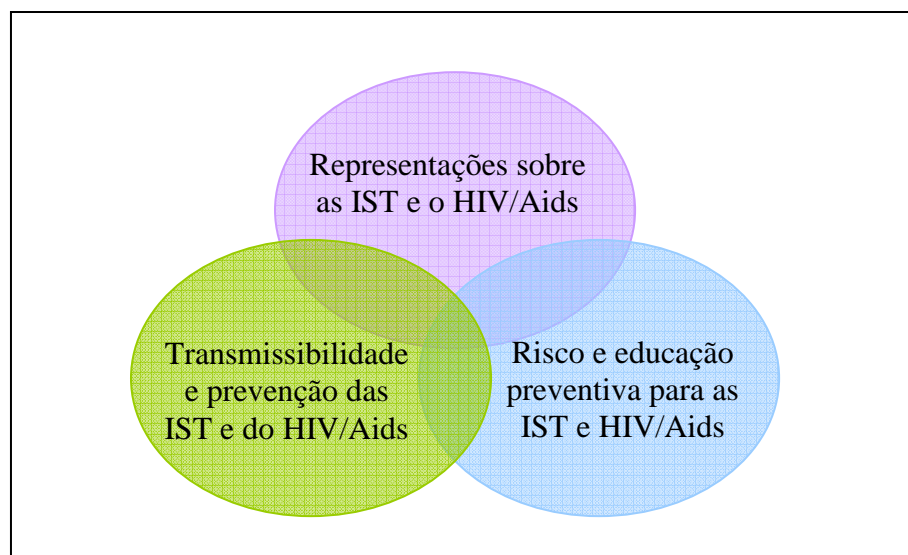


FIGURA 1 – Categorias principais acerca das IST e do HIV/Aids

### ***5.2.1 Representações sobre as IST e o HIV/Aids***

Nessa categoria, foram agrupadas representações, encontradas nas narrativas, sobre o que são as IST e a aids, a sexualidade e sua relação com esses agravos. Dividiu-se em três subcategorias: o sexo e as IST; o segredo sobre “determinados” assuntos e reconhecimento das IST e do HIV/Aids, conforme FIG 2.



FIGURA 2 – Representações sobre as IST e o HIV/Aids

### 5.2.1.1 O sexo e as IST

Os discursos apresentam as formas de pensar e agir dos sujeitos com transtorno mental em relação à sexualidade e às IST. A apresentação dessa subcategoria foi realizada por gênero, considerando que, para homens e mulheres, o prazer, a satisfação e o desejo nas atividades sexuais são diferenciados.

Em geral, os homens entrevistados representam a atividade sexual como algo que dá prazer e é necessário, sem o qual não é possível viver. A iniciação sexual desses homens acontece, em geral, na adolescência, com profissionais do sexo e quase nunca envolve relação de afeto com a parceira, o que persiste, para muitos, ao longo da vida. A idéia de uma vida afetiva com uma parceira torna-se uma fantasia, um desejo nem sempre realizado. Além disso, os homens acreditam que apresentam, sempre, um número maior de parceiras sexuais, comparado ao das mulheres, o que é reiterado por elas.

Nunca namorei, mas tenho vontade. Tá faltando mulher (para isso), sobram aquelas... Bruno

Eu sinto falta de vez e quando (de namorar). Aí, fica só na vontade, né? Eu pretendo arrumar outra namorada, mas está difícil! Wesley

Tive um monte de mulheres. Era bom, mas não era de ficar apaixonado, não. Era só sexual mesmo. Nas viagens que eu fazia. Felipe

Quando eu era solteiro, eram muitas. A gente fica sozinho... a gente diverte. Mas não guardo quantas mulheres tive, não. Foram muitas. Quando eu era solteiro, né? Depois eu arrumei uma namorada “séria” e tinha mais umas seis moças. Gabriel

Tive várias mulheres. Ah, tive muitas... Eu era caminhoneiro. Pegava muitas mulheres desses postos de gasolina. Wesley

Comecei a ter relação com 18 anos. E era com mulher da vida, mulher da rua, lá em BH, de bordel. Walter

Eu vou dizer a verdade pra senhora. Eu comecei cedo, cedo. Eu não achava na rua, ia pro cabaré. Com 16, 17 anos. Eu tinha uma namorada que eu ia casar, mas procurava outras na rua. Infelizmente eu ia namorar outras pessoas pra lá, se relacionar com outras pessoas. Eu ficava andando pela cidade, eu me virava. Ela não sabia. Otávio

Nas relações heterossexuais, os relacionamentos amorosos dos homens entrevistados são mais raros, o que os leva a procurar sexo em troca de dinheiro. Dos 22 entrevistados, 14 já tiveram relações sexuais com profissionais do sexo, como apresentado no QUADRO 1. A representação da relação sexual separada da relação afetiva é a mesma da encontrada na população em geral, o que é discutido por Andrade e Nóbrega-Therrien (2005), e Giddens (1993) em seus estudos sobre sexualidade. Esses autores enfatizam a crença na necessidade de múltiplos encontros sexuais pelos homens, visando variedade e quantidade de relações, sendo, inclusive, sua sexualidade representada como fora de controle e sendo essa uma condição natural.

Para os entrevistados que se declaram homossexuais, as relações, em geral, são descritas com maior afetividade entre os parceiros, o que gera uma relação com mais confiança e respeito. O relato abaixo de Isnex, 44 anos, homossexual, há 14 anos em relação estável, apresenta uma discussão acerca do abandono dos preservativos nas relações sexuais mantidas entre os parceiros, pela intimidade da relação:

Eu não era tão promíscuo, sabe? Eu não tinha relacionamentos muito duradouros, mas eu gostava de estar com uma pessoa. Então tem dez, nove anos, que eu fiz teste HIV, deu negativo, e eu já estava com meu parceiro. O dele também deu negativo, nós fizemos um acordo entre nós. Porque a gente se ama mesmo, isso é um fato pra gente, né? Acordo de a gente confiar um no outro, nesse sentido. Falei então: “agora, a gente pode abrir mão desse artefato entre nós”. Com o pacto de que se a gente fosse fazer isso fora do nosso relacionamento, a gente iria se proteger. Uma estratégia

que a gente vem confiando nela. Vem confiando e respeitando. A gente se completa bem.

Porém, segundo Guedes e Monteiro-Leitner (2007), os comportamentos relativos à afetividade e ao apego não são diferenciados entre sujeitos vivendo relações com pessoas do mesmo sexo e indivíduos heterossexuais. O que, em geral, pode acontecer com pessoas que vivem um relacionamento com outra do mesmo sexo, é que tenham mais facilidade de desenvolver “comportamentos defensivos”, para o enfrentamento de atos de intolerância acerca de sua orientação sexual, o que reforçaria sua identidade sexual (MOHR; FASSINGER, 2006). No caso de conjugalidade homossexual de longa duração, possivelmente haja maior espaço para negociações em face do risco de infecção sexualmente transmissível, como parece ser o caso do contexto do entrevistado. Autores que analisaram, em outros contextos, a relação entre prevenção e conjugalidade, referem-se às dificuldades dos parceiros homossexuais em falar abertamente de aventuras extra-conjugais e eventuais esquecimentos do preservativo, além de relações de poder entre os cônjuges que dificultam a expressão e manutenção de exigências em matéria de prevenção (COURDURIES, 2007; BOZON; DORÉ, 2007).

Alguns entrevistados, embora afirmem desejo sexual exclusivamente por mulheres, mantêm ou mantiveram relações sexuais com outros homens. O termo “bissexualidade” não é referido em suas falas e, mesmo que relatem sentir prazer com pessoas do mesmo sexo, alguns não se consideram homossexuais ou bissexuais, revelando, inclusive, preconceito em relação à homossexualidade do parceiro. Poucos são os entrevistados que têm atividades homossexuais como sendo fruto de desejo. A maioria das relações aqui relatadas não é realizada por desejo sexual, mas sim por troca de algo, envolvem poder, dinheiro, momento de experiência, ou mesmo por abuso e violência de pessoas do mesmo sexo.

Na Colônia, tive mais contatos com homem. Amigos. Minha primeira experiência sempre foi com homens. Eu só fazia com eles, era eu quem penetrava. A gente gostava, né? Sentia bem. Eles também se sentiam bem. Neneco

Não tenho desejo por homem, mas de vez em quando, eu tô com um veado aí. Não tenho desejo por ele, é por mulher, mas fico, ganho alguma coisa. João

Nunca tive vontade de transar com homem. Eu tive relação com homem quando era menino ainda, com o filho do prefeito. Eu que tinha com ele, eu

transava com ele e gostava. Mas, ele era bicha. Até morreu de aids. Hoje não tenho, não. De jeito nenhum! Felipe

Meu interesse mais é com mulher. Por homem, não. A não ser assim, brincadeira de criança, coisa de criança mesmo. Que não deu em nada e que só serviu pra... pra... firmar que eu gostaria mesmo é de ter uma mulher, ser casado, ter filhos. Nada desse tipo de homossexualismo. Tadeu

Relatos de prostituição, sobretudo dos mais jovens, para compra de drogas, e abuso sexual praticado por outros pacientes psiquiátricos e, em um caso específico, por outros homens, quando na prisão, foram também narrados.

Já (me prostitui). Pra comprar droga, às vezes, eu tinha que... e o cara, o cara me dava o dinheiro. Tinha relação oral e anal também. Breno

Ele era dono do cinema. Ele me dava ingresso, um montão de ingresso do cinema. Eu transava com ele. Felipe

Já tive, mas, coisa que não... coisa que não... não sei, pra... Sei lá! Por dinheiro ou outra coisa parecida, droga. Me prostitui muito... Até na cadeia... Na cadeia eu passei por lá e tive que passar muito tempo lá e sem saber o que estava acontecendo, quando espantei fiquei sabendo que já estavam me molestando na cadeia. Tadeu

Ah, (já fui abusado) isso já tem muito tempo, tem muitos anos. Em outra cidade, em outro serviço (de saúde mental) já aconteceu isso. Se eu não fazia, o cara metia o braço e eu tinha que fazer. Contra a minha vontade. Eles eram violentos. Mas eu não gostava não. Eu contava pra um enfermeiro lá. Aí, eles pegavam... eles pegavam o sujeito e prendiam no quarto forte. Muitas vezes. Carlito

Alguns explicitam sua prática como sendo fruto de desejo, mas historicamente, há o fato de que muitos pacientes com algum agravo mental ficavam internados em hospitais durante boa parte da vida, sendo a reclusão um dos aspectos que podem contribuir para o envolvimento com pessoas do mesmo sexo (GIAMI, 2004; GOFFMAN, 1968). Estudos de homens sob reclusão em instituições penitências (COELHO *et al.*, 2009; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2008) referem práticas frequentes de homossexualidade no contexto prisional, tais atividades estão relacionadas ao ganho de benefícios, como proteção, troca de objetos e drogas. Grassi (1996) coloca, em estudo sobre o risco para infecção pelo HIV de pacientes psiquiátricos, que é comum esses sujeitos manterem relações com profissionais do sexo e homossexuais sem uso de preservativo.



Estudo de Alves (2003) sobre representações sociais de homens rurais acerca da sexualidade e da prevenção em DST/aids aponta que, para os homens heterossexuais, os relacionamentos homossexuais “ferem a natureza”, o que não é admissível, sendo atitude completamente rejeitada, negada e homens que fazem sexo com homens são denominados “boiola”, “fresco”, “veado”, “bicha”, o que também aparece neste estudo. As relações mantidas com outros homens, segundo a mesma autora, podem acontecer por caracterizarem a identidade masculina ou mesmo pela “necessidade de sexo”.

Os homens que dizem ter relacionamentos somente heterossexuais apresentam, em geral, preconceito em relação à homossexualidade, representada como algo que provoca nojo, o que também foi encontrado no estudo de Alves (2003). A discriminação, o medo de falar nisto, a recusa de refletir é recorrente na população em geral do país, na qual se incluem as pessoas com transtornos mentais.

Eu desejo mulher, claro. Homem nem pensar. Eu sou homem com H. Ih!... eu nem quero falar sobre isso. Não gosto. Meu desejo é por mulher. Mulher bonita. Agora homem fazer alguma coisa com outro homem é coisa de boiola, dá nojo... Trombeta

Nesse contexto, o sentimento de inferioridade dos entrevistados, no que se refere ao direito a ter relação afetiva e sexual plena, está fortemente presente tanto com relação a eles mesmos quanto a outros homens com agravos mentais. Como se vê nos relatos a seguir, a busca por profissionais do sexo é justificada por serem as únicas mulheres a aceitá-los, sobretudo sob pagamento. Eles acreditam que outras mulheres não os aceitariam, devido, principalmente, a sua condição de pacientes psiquiátricos.

Ah, as moças acham que a gente é doido e não querem nada com a gente, não! Se sabem que a gente toma remédio, fica pior ainda. É paciente psiquiátrico! Aí, eu vou na zona, mas tem muitos dias que eu não fico com mulher nenhuma... Já nem tô com vontade, porque essas mulheres só ficam com a gente por dinheiro, não têm amizade, não têm amor, não têm nada. Felipe

Elas só dão pra mim quando eu pago pra elas, se eu não pago elas não dão pra mim. João

A maioria dos entrevistados teve sua iniciação sexual com prostitutas, havendo algum tipo de troca material. Essas relações persistem, após a iniciação, por dificuldades de se aproximarem de mulheres de seus cotidianos, da vizinhança ou que poderiam conhecer se tivessem acesso à

educação formal, aos ambientes escolares ou formais de tratamento e acompanhamento social. Como não há nenhum desses substratos sociais apoiados pelo Estado, resta-lhes uma vida sexual sem relacionamento afetivo duradouro, com raras exceções.

Alves (2003) afirma que os homens procuram a iniciação sexual cedo, entre 16 e 18 anos, em “cabarés”, porém essa busca é considerada como “aprendizagem”. Seus entrevistados dizem que o homem precisa exercitar o sexo, aprender e praticar, sendo uma “necessidade e obrigação”. Porém, após essa “iniciação sexual”, procuram uma namorada, que, segundo eles, seria a “pessoa certa”.

Para a maioria dos homens com agravos mentais, há a certeza de que as mulheres com as quais tiveram ou têm relações sexuais são aquelas que recebem pelo ato ou são “interesseiras” porque querem algum objeto material, mas não envolvimento afetivo, diferente daqueles homens considerados normais que namoram e se casam “direitinho”. A representação de normalidade é o casamento, mas somente para homens que não têm agravos mentais. A normalidade, para si próprios, é a relação com prostitutas.

Entre os homens entrevistados encontram-se também aqueles que não têm relacionamento sexual devido a sua crença religiosa, afirmando que “sexo antes do casamento é pecado”. Em geral, são os mais jovens, com grande influência das falas ouvidas em igrejas ou na família. Veem, na abstinência, a justificativa para não terem uma parceira e misturam isso com “medo de gravidez”, “transmissão de alguma infecção”, mas, sobretudo, medo de serem traídos.

Não quero sexo. Sexo é doença. Quando arrumar uma namorada, casar, aí vou ter sexo. Trombeta

Eu não durmo com ninguém. A Bíblia fala que é pecado fazer relação fora do casamento, na Bíblia católica também fala, não sei se é católica ou se é evangélica, na Bíblia também fala. Católica e evangélica falam a mesma coisa. Edir

Nunca tive relação sexual com ninguém. Não, não pode, só depois do casamento. Tive namorada, mas quando era para fazer (ter relação sexual), eu fugi... pra não ter gravidez e minha mãe ficar tranquila. Tinha vontade, mas... A mulher que tiver sexo comigo antes do casamento pode fazer sexo com outro e eu nem saber. Já pensou eu ficar chifrudo? Edvaldo

Assim, pode-se afirmar que a vida sexual dos 22 homens entrevistados é vivida dentro das possibilidades de cada um, mas repleta de representações de menos valia, sem acesso a uma

vida sexual e afetiva plena. Isso leva à reflexão sobre a importância de as políticas sociais e de saúde incluírem, não somente informação de qualidade, mas medidas de inclusão diferenciadas para essas pessoas, como, por exemplo, moradia digna, acompanhamento social e profissional em atividades culturais e de lazer para que possam conhecer outras pessoas, formação escolar e educação para a saúde sexual, o que vale também para as mulheres, como se pode ver a seguir.

Para as mulheres que se casaram, as primeiras relações sexuais se deram, em geral, após o casamento, com representações que incluem vergonha em relação ao sexo, educação rígida, fidelidade, imaturidade e ingenuidade em contraposição à “malícia” existente hoje, além do temor de gravidez.

Na maior parte dos casos, cada mulher afirma ter tido entre um e três parceiros durante a vida, não tendo outras relações enquanto está com o parceiro. A representação de fidelidade é mais presente para as mulheres, que acreditam ser mais fieis do que os homens, algumas até mesmo depois de viúvas. No geral, as mulheres colocam as relações sexuais envolvendo maior afetividade entre os parceiros como uma necessidade, o que não aparece nos discursos dos homens.

Só transei com um marido, só com ele. E ele era muito ciumento. Não tive outros, não! Nana

O meu marido foi o único homem da minha vida. Antes de casar não tive outros namorados, não, não tive não. Eu achava que eu era doida por ele. Nilda

Foram dois parceiros? Com um namorado e o homem que eu fiquei 30 anos junto. Eu queria que fosse sempre com amor. Celina

Já tive uns três homens na minha vida. Foi com os três que tive sexo, só com os três. Não gostei de confusão, mas os homens são diferentes. Tarica

Nosso namoro foi desde os 10 anos. Nós conhecemos, namoro de criança. Naquela época era muito severo. Os pais, se soubessem que (a gente) namorava, era aquele... Não tinha aquele namoro de maldade, de malícia, era um namoro ingênuo. Então casei cedo, com 16 anos, Eu só tive ele mesmo. Ele foi a primeira pessoa da minha vida, o único até hoje. Ele já era experiente, porque ele era uma pessoa já vivida já, ia nos lugares, né. Porque comigo ele não podia ter essas coisas, né, então... Chiquita

Eu já namorei umas vezes, antes de casar. Mas o primeiro homem foi o meu marido. Antes dele só beijava na boca, pegava na mão. Juliana

A primeira pessoa que eu tive foi o meu primeiro marido. Ao todo, teve dois. Teve o primeiro, meu marido e teve esse de agora. Quando eu comecei com ele, eu tinha 13 anos. Eu era tão inocente, na época, que eu pensava que eu tava do mesmo jeito. Eu pensava que depois que eu ficasse com ele eu ia continuar do mesmo jeito que eu era... virgem, né? Gostava dele, depois que a gente vê que não pode confiar, né? Não sabe o que ele está fazendo lá fora... Graça

As representações anteriores estão presentes na fala de Vera Lúcia, que, além dos transtornos mentais psíquicos também apresenta retardo mental e vive em um lar abrigado com outros doentes. Ela nunca teve relações sexuais, mas em outro trecho da entrevista diz:

Já tive mais de dez namorados (mas não) transava com eles, não. Mexo com isso, não. Tenho medo de arrumar filho, não quero, não... Não quero ter nada com ninguém. Não quero, não. Não quero! Filho dá muito trabalho! Só se eu casar.

Os relacionamentos afetivos e sexuais das mulheres são, em geral, fonte de desprazer, com o tempo. Muitas sonharam com “um amor de verdade”, mas, em suas trajetórias, encontram violência, relações sexuais obrigadas com os parceiros, falta de desejo.

Fiquei viúva, daí arrumei outro, mas não deu certo. Eu tava com companheiro que não presta, não deu certo porque ele bebia demais, tomava droga demais. Estou sozinha agora. Não transo não, já tem dois anos, Não tenho atração por homem nenhum, nem vontade de transar. Ah, mas eu espero ainda encontrar algum companheiro. Porque sinto falta. Lulu

Nunca tive relacionamento com ninguém. Já abracei muito um rapaz que queria muito. Queria levar a sério mesmo, estar com ele, entendeu? Mas não deu certo, não tive oportunidade de casar. Lelena

Eu já tive prazer, mas não com meu ex-marido. Ele ficaria revoltado de saber, mas com ele não. Eu gostava de ter relação sexual e quero voltar a ter. Ainda tenho vontade. Mas com o homem certo. Nilda

Embora as histórias sejam, em geral, de insatisfação, desprazer, solidão e falta de desejo (QUADRO 2), a idéia de se ter um companheiro permanece em algumas entrevistadas, como um sonho para um futuro compartilhado com alguém, uma pessoa companheira. As situações frustradas do passado não são capazes de fazer desaparecer a esperança de se encontrar o par ideal.

Eu não transo mais há dois anos. Acho bom estar sem porque eu tava com um companheiro que não prestava. E eu não tenho mais atração, nem

vontade de transar, mas, ah... eu espero ainda encontrar algum companheiro, que seja bom para mim. Lulu

Eu gostava de ter relações. Ainda tenho vontade. Mas com o homem certo. Porque com o marido era triste, e tem muitos rapazinhos aí que não estão com nada! Eu prefiro homem mais velho, eu prefiro até policial. Nilda

Em muitos relatos a preferência seria pela abstinência, por não terem desejo sexual, porém, as mulheres que vivem uma relação matrimonial se sentem obrigadas a manterem o sexo requerido pelo marido.

Eu não penso nada do sexo. É difícil falar isso. Ah, com alguns tenho prazer, mas tem gente que não dá. Tem gente que só falta mandar você ir embora. É estúpido! Helenice

Ah, eu não tenho vida amorosa, parceiro, eu não tenho. Eu não quero ter, não. Porque eu já sofri demais com homem. Briga. Às vezes eu ficava dentro de casa lavando, passando e cozinhando, pra eles me trair... Eu não quero, não. Tive o pai dos meus filhos. Depois eu não tive mais ninguém, não. Não quero ter não. Fernanda

As histórias de agressão e abuso são relatadas desde a infância (QUADRO 2). Violência e abuso sexual são praticados, inclusive, por parentes, o que leva as entrevistadas, em geral, a fugirem da família e se casarem. Porém, as histórias de violência se repetem com o parceiro.

A minha primeira relação sexual foi com um rapazinho, eu estava numa festa, foi com um rapazinho, ele me enfiou dentro do ônibus, foi à força, numa casa abandonada, ele quase me bateu. Foi horrível. Helenice

Minha mãe separou do meu pai na época, foi embora. Eu era nova, tinha 13 anos. Meu pai tentou me estuprar. Eu gritei, chamei a vizinha, botei a boca no mundo. Ele estava bêbado. Aí, esse coroa era doido por mim. Aí eu, de medo do meu pai, fui morar com ele. Esse coroa se aproveitou, né, da situação. No começo era carinhoso. Eu passei uns três dias morando lá pra primeiro ter relação com ele, porque eu fiquei com medo. Meu primeiro marido foi agradável. A gente viveu muito bem uns três, quatro anos. Graça

Eu não gosto de falar de sexo porque eu fui estuprada. Era criança. Foi alguém da minha casa. Era um senhor, era de dentro de casa. Minha mãe não quis me ajudar, eu contava pra ela, ela falava que eu era louca, que era mentira (a entrevistada chora). Foram várias vezes, eu tinha oito anos. Depois, tive um rapaz que ia casar comigo, só que, pela segunda vez, a mesma pessoa me estuprou de novo, aí eu fugi de casa. Tive que sair e fui morar na rua. Sozinha, na rua. Tive um filho que morreu ao nascer, que era do estupro. (Depois, com outros homens) ah... era muito chato, eu não conseguia conviver com homem, não; vai indo certo tempo eu tomo raiva deles. Eles também começam a me trair... Não gosto de sexo e nunca gozei, não. Por causa que eu fui estuprada, acho que é por causa disso. Às vezes,

eu começava a fazer alguma coisa assim... aí, eu lembrava do meu estupro.  
Fernanda

As mulheres entrevistadas mantêm relacionamentos violentos com os maridos, inclusive, com episódios de tentativa de homicídio, como descrito no relato a seguir de Chiquita, 33 anos, mãe de cinco filhos com um marido que sempre a agrediu, revelou várias tentativas de suicídio durante sua vida:

Era violento, me batia quando bebia. Uma vez ele tentou me matar, mas pela misericórdia de Deus minha filha estava dormindo no quarto e quando ele foi pra descer um cabo de vassoura em mim, minha filha correu e entrou na frente, e eu parti pra cima dele. E falei que daquele dia em diante ele não ia mais me bater. Aí eu não cheguei a furar ele, mas eu cheguei cortar ele. Ele tem a marca na mão. Tudo isso eu passei.

Em geral, a vida conjugal é mantida para se preservar a situação financeira, uma vez que elas dependem financeiramente dos companheiros, mas também para estar de acordo com o esperado socialmente para o comportamento de esposa e mãe.

Além disso, as narrativas sobre os relacionamentos sexuais revelam as dificuldades em se manter tal atividade de forma saudável e satisfatória. A mulher submissa ao marido aparece, mostrando que apesar da insatisfação sexual, a união conjugal é mantida, salvo em situações de periculosidade para os filhos.

Eu sou quase virgem, praticamente quem me “deflorou” foi meu filho mais velho, ao nascer. Mas, meu marido, ele era muito sábio, me deu um livro que instrui sobre essas coisas. Era até natural que o marido falhe na primeira noite, só que não era o caso dele falhar só na primeira noite, ele ia falhar em todas, da primeira à última. Eu nunca tive relações. O meu primeiro filho que me deflorou no momento do parto, sim. Eu fui deflorada. Porque ele não penetrava. Mas eu separei dele porque ele brigava com meus filhos, batia nos meus filhos. Até que um dia ele deu uma surra tão forte no meu filho... que quase matou meu filho, e eu separei.. Ita

Era um namorado que morava comigo quase 30 anos, mas ele era ruim. Era ruim, batia em mim, batia nos meninos, não dava nada pra nós. Batia demais. Aí, eu não queria mais sexo e passei a não deixar, não. Não sentia nada. Fazia por fazer mesmo. Nunca tive prazer, fazia porque ele queria. Acabei ficando livre dele depois. Celina

Ele era uma pessoa muito... Assim, como se diz, era uma pessoa muito responsável, trabalhava, sempre trabalhou fora. Eu parei de trabalhar pra cuidar das crianças. De certo tempo pra cá, o sexo começou assim, a ficar muito frio, por causa que eu sofria muito. Ele é uma pessoa que me judiou muito. E, naquela época, a mãe da gente era muito rígida, tinha que viver

junto, né. Eu não tinha uma renda. Então, eu tinha os filhos, tinha que cuidar, fui obrigada a ficar, ajeitar com ele e é assim até o dia de hoje. Quer dizer, dá tudo material, mas afetivo, não. Ele nunca está comigo. Ele me espancava. Chiquita

Paralelamente às representações que fundamentam a falta de desejo e disponibilidade para uma sexualidade saudável, por parte das mulheres, o preconceito sobre os pacientes psiquiátricos é também incluído, revelando representações em relação à loucura, de que “louco não dá certo com outro louco”, tem que ter um “normal” pra “controlar” a situação.

Ah, teve um rapaz aí que queria namorar comigo, mas como que namora louco com louco? Não dá certo, não. (risos) Porque se esses dois doidos começarem a quebrar tudo dentro de casa? Ou se os dois ficarem doidos e tiver que trazer tudo pro Pínel, os dois de uma vez? Fica difícil! Os doidos têm que namorar o normal. Porque tem o normal pra segurar, tem o normal pra proteger. Fernanda

Também entre as mulheres, o discurso de inferioridade perante o restante da sociedade aparece, revelando sentimentos de incapacidade de se ter relacionamentos sólidos, por não se considerarem dignas de ser amadas. No relato abaixo, esse estigma aparece duplamente, pois a entrevistada é uma profissional do sexo e gostaria de ter prazer sexual com os clientes e namorados, mas nunca o conseguiu, pensando que os sentimentos dos outros em relação a ela são sempre de “menos valia”:

De graça não faço sexo de jeito nenhum mais! Mas quero, com alguns eu quero. Tem alguns que a gente gosta, namora... Mas só que ninguém gosta da gente! A gente parece que não vale nada. Eu não tenho prazer, nunca gozei, eu já quase cheguei lá, mas nunca cheguei lá. Nunca gozei na minha vida. Vera

Pode-se afirmar que as mulheres têm representações sobre a atividade sexual como algo sobre o qual não têm pleno direito, tendo como centro a submissão ao homem. A falta de relações amorosas contribui para a insatisfação sexual. A dependência aparente, muitas vezes, é de ordem financeira, mas, sobretudo, por não conseguirem ver nenhuma perspectiva fora desse contexto. No entanto, a própria vida se encarrega das separações, sendo os abandonos e a solidão o que a maioria vivia no momento das entrevistas. Paralelamente, algumas entrevistadas, que foram vítimas de abuso, não conseguem exercer uma sexualidade plena e referem como causa os atos sofridos. Como colocado por Giffin (1994), as mulheres vítimas

de violência sexual apresentam, muitas vezes, vários agravos à saúde, sendo também uma das consequências do abuso, os distúrbios psiquiátricos.

Carvalho e Coelho (2005), investigando a queixa depressiva em mulheres na maturidade, usuárias de um ambulatório de psiquiatria de Brasília – DF, apontaram que as dificuldades inerentes ao convívio a dois, a criação dos filhos e as atitudes violentas dos parceiros quando as mulheres não cumprem as expectativas, fazem com que tenham sentimento de culpa e autodepreciação, reconhecidos como sintomas depressivos. Outro achado importante diz respeito à identificação do casamento e da maternidade como principais meios de reconhecimento social dessas mulheres, devido às restrições de suas condições econômicas e culturais. Além disso, as autoras colocam que, apesar das modificações ocorridas no âmbito familiar principalmente pela maior presença da mulher no mercado de trabalho, o espaço doméstico ainda é considerado como predominantemente feminino. A expectativa é de que cuidem dos filhos e da casa, sem questionar as dificuldades inerentes a essas responsabilidades, o que reitera os achados deste estudo.

Muraro (1996), em estudo clássico sobre mulheres brasileiras, realizado na década de 1980, aponta que a influência do modelo patriarcal sobre a família contribui para que as mulheres sejam subjugadas pela dominação masculina, na qual se incluem as várias formas de violência.

Segundo relatório da OMS (2002) sobre violência e saúde mundial, uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a praticada por parceiro íntimo. O envolvimento emocional e a dependência financeira do parceiro têm imbricações sobre a dinâmica do abuso, o qual pode ser: físico, sexual e psicológico.

Muraro (1996) coloca que mulheres de classe burguesa, participantes de seu estudo, apresentam dois pontos de vista em relação à independência da mulher, alcançada, principalmente, pelo trabalho fora de casa. O primeiro elucida a mulher como mais satisfeita, “séria”, “respeitada”, “brilhante”, mais interessada no mundo, indo contra as posições tradicionais de gerações anteriores. Noutro ponto encontra-se a insatisfação da mulher pela impossibilidade de dedicar-se mais ao lar e a seus filhos, tendo se tornado mais dura, com “menos coração”. A maioria das mulheres entrevistadas no Projeto PESSOAS, além de pertencer a classe social menos favorecida, em geral, não trabalha. O que se percebe é que não



há independência dessas mulheres e, mesmo apresentando o desejo de transgredir, não conseguem fazê-lo de forma positiva e restringem suas vidas à manutenção das tradições, ainda que com sofrimento, autopunições e violência familiar.

Pode-se observar que, tanto nos hospitais quanto nos ambulatórios, as mulheres apresentaram-se às entrevistas com roupas comuns, muitas vezes rasgadas, cabelos despenteados e pouca ou nenhuma maquiagem. A falta de vaidade percebida visualmente parece estar relacionada à fragilidade proveniente do agravo mental, mas, sobretudo, a uma vida difícil de pobreza e sofrimento, levando à baixa auto-estima.

Muraro (1996), comparando a influência do nível sócio-econômico de mulheres das classes operária e burguesa em suas condutas, observou que valores e atitudes identificados nas mulheres da classe operária permitiram classificá-las como detentoras de “um corpo-para-a-produção”, voltado para o trabalho manual e distante do consumo de bens, como de embelezamento e manutenção da saúde. Já as mulheres da classe burguesa seriam detentoras do "corpo-para-o-consumo", empregando cuidados à saúde e à estética.

Nesse sentido, considerando os homens e mulheres entrevistadas no Projeto PESSOAS, existe o sentimento de serem de sujeitos inferiores e indignos de terem vida amorosa e sexual, resultando em relações que envolvem troca de dinheiro para os homens e de submissão para as mulheres.

As representações sobre as relações sexuais são parecidas com as do restante da sociedade, (ANDRADE e NÓBREGA-THERRIEN, 2005; DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005; GIDDENS, 1993; LEAL e KNAUTH, 2006; SALEM, 2004), porém as variações dizem respeito a um maior acontecimento de abusos sexuais, o que interfere na vivência plena da sexualidade. Eles se percebem excluídos socialmente e comungam representações com o restante da sociedade, inclusive, representações preconceituosas em relação a sua condição psiquiátrica.

O sexo é, então, um momento de risco, uma vez que para os homens as relações pagas, sem proteção, possibilitam maior contato com pessoas que apresentam as IST e HIV/Aids. Para as mulheres, as relações com os companheiros são forçadas e desprotegidas. Para ambos, o risco é considerável nos casos de abuso sexual.

Embora Oliveira (1998) refira-se a uma hipersexualidade das pessoas com transtorno mental nos momentos de crise, isso não foi percebido nos participantes do estudo. Pelo contrário, os homens entrevistados mostram dificuldade para manter atividades sexuais, revelando falta de parceiras e falta de desejo sexual, e relatando efeitos medicamentosos de diminuição da libido. No entanto, a vontade de se ter algum afeto, com um compromisso mais duradouro, é o que prevalece entre os homens, mas a maioria não tem acesso a esse tipo de relacionamento e sabe disso. Para as mulheres, as relações afetivas estão tão desgastadas que poucas são as que querem manter novos contatos amorosos e sexuais, levando-as a certa descrença para a afetividade, apesar do sonho de um casamento nos moldes tradicionais.

#### ***5.2.1.2 O segredo sobre “determinados” assuntos***

Os entrevistados do sexo masculino, ao narrarem suas relações no cotidiano, falam daquelas de confiança, informando sobre o fato de ter um amigo ou familiar confidente para conversar sobre si e suas dificuldades, sentimentos e segredos, alguém mais próximo possível, inclusive um parente, sobretudo a mãe.

Dentre esses confidentes eleitos, encontram-se amigos de infância, parceiros, colegas de trabalho, sobrinha e mãe. Em muitos casos, o escolhido é também a pessoa que mais o apoia e o acompanha em seu tratamento psiquiátrico.

Tem sim, tem um primo meu que, às vezes, eu converso com ele, ele é mais do que um amigo, também mais que um irmão. Tadeu

Eu tenho amizade de conversar tudo só com uma pessoa. Ela deve estar com 53 anos. Converso todo assunto bom, eu converso com ela. Raimundo

Assim de desabafar os problemas, eu converso, às vezes, com minha tia, né? Eu tenho confiança nela. Walter

Então assim, por exemplo, se eu tenho alguma coisa que é mais séria, briga assim, eu tenho uma amiga que eu posso desabafar com ela. É ela que vem me ver aqui no hospital, que me traz, me busca... Breno

Para as mulheres, há maior dificuldade de ter uma pessoa confiável. As mulheres, em geral, se afastam, desconfiam mais e dizem não se exporem com outras pessoas, com pouquíssimas exceções:

Pra conversar eu não tenho, não. É difícil arrumar amizade, sempre foi assim. Sempre. As mulheres são muito invejosas e é difícil de falar de sexo. Morena

Conversar sobre essas coisas, não tenho ninguém. Já tive minhas amigas, eu contava tudo pra elas. Depois elas ficaram bravas, aí... Não teve mais. A gente não pode confiar quando o assunto é alguma coisa muito da gente, íntima, né? Se é para falar sobre homem e de sexo, então!... Lelena

Conto meus problemas prá avó do meu filho, do lado do pai. Ela é que minha confidente. Gosto de conversar com ela, falo de tudo, das dificuldades... Tudo. Fernanda

A falta de confiança e a representação de que “mulher não é solidária com outra quando o assunto é homem e sexo” são centrais nos discursos das mulheres com agravos mentais. Pode-se supor que o próprio agravo exacerbe representações construídas ao longo da vida, mas fica claro que estão presentes e interferem também para a construção de prazer também no afeto, na amizade.

Estudo de Andrade *et al.* (2006) aponta que as mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos afetivos, alimentares e de ansiedade do que os homens. Os homens apresentaram maiores taxas de uso nocivo ou dependência de drogas, incluindo tabaco e álcool. Acredita-se que os esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que, em parte, explicaria a maior prevalência dos transtornos de afeto e de ansiedade na mulher. Além disso, a trajetória da mulher é permeada pelas diferentes formas de lidar com problemas e buscar soluções, por gênero; pela influência de pressões sociais, estresse e baixo nível de satisfação, associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos.

Sobre assuntos considerados mais íntimos, por exemplo, algumas mulheres consideram que não devem ser compartilhados:

De sexualidade, desejos.. Ah, isso eu não falo, não. Não tenho ninguém. (O que sinto, penso de sexo) Nada. É difícil falar isso. Helenice

Dos meus desejos, sexo, paixão, de namorado... Ah eu não converso não. Nunca conversei. Não. Lulu

As mulheres do presente estudo são pobres, vivem em processos constantes de exclusão social, mas trazem consigo as mesmas representações das mulheres chamadas de “burguesas” do estudo de Muraro (1996). A autora coloca que existe uma convenção entre o que pode ser dito e não dito sobre intimidade sexual, para que as aparências sejam mantidas, preservando-se a “normalidade” como “fachada”, mesmo que as coisas não estejam indo bem. Segundo a autora, as mulheres de outras classes sociais, falam de maneira mais aberta sobre a vida sexual.

Sexo e IST são considerados assuntos que não devem ser compartilhados com outras pessoas também pelos homens, em geral, e principalmente pelos mais velhos. Há limites para os assuntos abordados, sendo que as relações sexuais e os demais temas relacionados estão, de certa forma, “proibidos”.

Alguns entrevistados se sentiam constrangidos ao início da entrevista, apresentavam dificuldade para iniciar os relatos, se desculpavam e diziam: “você está pedindo, eu vou falar, mas tenho vergonha”. Falavam, mas certamente, com alguma dificuldade.

Sobre a sua vida amorosa, sexual, com quem o senhor conversa? Ah, isso aí eu não converso com ninguém, não. Vou falar agora porque você está pedindo... Wesley

Eu converso com a minha sobrinha. Falo tudo. Sou liberto pra conversar. Agora, sobre sexo, isso aí não. Gabriel

Eu converso muito com a minha mãe da coisa pessoal, só da coisa pessoal. Mas tem coisa que a gente não pode falar com a mãe, né? Tem ou não tem? Então! Isso aí eu não faço! Eu tenho alguns amigos. Confio no L. Converso tudo com ele, mas sobre namoradas, coisas do sexo, não. Mas tem coisa pessoal, medo, coisas que estou sentindo, eu não falo. Sinto minha dor calado. Trombeta

Eu tenho vergonha de falar essas coisas. Carlito

Eu não gosto de falar de intimidade não, sabe? Conversar sobre minha vida particular eu não gosto porque a vida é só da gente só, entendeu? Totonho

Eu conto tudo. Eu conto sobre a minha história, sobre a minha doença, minha vida toda pra ele eu conto. Minha vida amorosa conto. Dos meus desejos sexuais, não. Isso com ele, não, porque a mãe dele também é evangélica. Aí, ele não fala nada disso não, porque ele é evangélico. Edir

Eu tenho uma vizinha, converso com ela, bato papo com ela, mas, brincando, brincando, mas fora de... Fora de qualquer coisa sexual. Isso não. Porque graças a Deus nós fomos criados com muito respeito. Meu pai sempre falava: "meus filhos, pode ser a mulher mais à toa que seja, vocês respeitem ela!" Quinzinho

A fala de Trombeta é emblemática, concentrando todos os sentimentos de não compartilhamento e solidão das pessoas com transtorno mental que foram entrevistadas: “sinto minha dor calado”. Mesmo quando não se cala, o sentimento parece existir porque as formas de expressão não são necessariamente aquelas mais fáceis de serem compreendidas pelas pessoas próximas. Os assuntos que envolvem a sexualidade permanecem um tabu para o grupo pesquisado, o que pode, inclusive, interferir em suas atitudes frente à prevenção de IST.

Além disso, as IST e o HIV/Aids geram insegurança e medo dos infectados pelas pessoas em geral, devido ao estigma e preconceito (DAMASCENO *et al.* 2009; FREITAS, 1998), sendo este causado, também, pelo comportamento julgado perigoso e desviante que os sujeitos infectados tiveram (CAMARGO, 1998), o que pode ser representado, ainda, “como algo mais do que fraqueza, como irresponsabilidade e delinquência” (SONTAG, 1989, p.31).

### **5.2.1.3 Reconhecimento das IST e do HIV/Aids**

Nem todos os participantes demonstraram conhecimentos sobre nomes, sinais e sintomas, tratamento e prevenção das IST em geral, ocorrendo, inclusive certa predominância, nos discursos, de representações específicas sobre o HIV/Aids.

As infecções sexualmente transmissíveis são representadas pelas pessoas com transtorno mental como “doença venérea”, doença “ruim”, de “pessoas sujas”, que “frequentam prostíbulos” e de pessoas que “têm muitos parceiros”. As IST são consideradas estigmatizantes, sendo que, quando alguém se infecta, os outros percebem, porque “a gente conhece quando a pessoa tem”.

Teve uma mulher lá, eu ia na zona, né? Chegava lá, tinha uma mulher assim que eu via ela no quarto. Eu olhava pelo buraco da fechadura, entendeu? Na

mulher andar lá eu sabia se ela era doente ou se não era. A gente conhece quando a mulher tem doença venérea. Raimundo

Nesse sentido, os entrevistados preferem não se relacionar com quem tenha alguma IST, ou HIV/Aids, para não se infectarem, revelando que também têm preconceito e medo.

A mais lembrada pelos entrevistados foi o HIV/Aids e das demais IST as mais citadas foram: sífilis/cancro duro, gonorréia, cancro mole e condiloma/crista de galo. Algumas outras doenças foram relacionadas pelos entrevistados como sendo IST, dentre elas: tuberculose, vírus de rato e câncer.

Nas narrações sobre as trajetórias de vida, os homens são os que mais relataram IST em algum momento na vida, inclusive mais de uma vez. Os que nunca as tiveram, pelo menos conhecem alguém que já as teve e evocam Deus para agradecerem pela graça de nunca terem sido infectados.

Graças a Deus, nunca tive nenhuma doença sexualmente transmissível. Mas sabia o que era, sempre soube. Raimundo

Gonorréia? Acho que pega, né? Pega na pessoa, se transar. Quando (uma pessoa) tem a doença todo mundo fica sabendo e vai avisar a gente, né? Fernando

Das doenças sexualmente transmissíveis? Eu vejo falar nessa que está aparecendo. Aids. Esses negócios de hepatite, e fígado, essas coisas eu tenho ouvido falar. Mas nunca tive nenhuma doença de sexo, não senhora. Quinzinho

Graças a Deus não, nunca tive dessas doenças. Tadeu

Tem muitas doenças transmissíveis. Gonorréia, cancro. Mas não tive nenhuma, não. Wesley

Nunca tive. Eu já ouvi falar vírus de rato... Várias coisas. Edir

Conheço algumas doenças. Conheço assim, pelo nome. Olha, tem o cancro mole, tem a gonorréia amarela e a branca. Você está perguntando eu vou falar. Tinha a gonorréia amarela, tem o cancro mole, tem o cavalo de crista. Já vi muitos amigos meus sofrer com isso, agora eu nunca peguei nada. Graças a Deus. Gabriel

Eu sempre soube das doenças e me contaminei algumas vezes. Eu tive gonorréia e sífilis. Foram tratadas. A sífilis é uma coisa que cê pega e decididamente não vê, não vê. A pessoa de quem eu peguei sífilis depois eu falei com ela: “você está com sífilis e você precisa se cuidar”. Eu tive muita

dificuldade porque aí eu tive essa bactéria... tem um nome... elas são oportunistas. Isnex

Conheço chato. Eu peguei uma doença venérea na zona. Tive a gonorréia. Já tive cancro. Foi. Depois não tive mais, não. Nunca mais tive. Parei de ir lá, né? Walter

Nunca peguei, não, mas tem vários tipos mesmo, né? Gonorréia. Crista de galo, crista de galo também já ouvi falar. Tem cancro também, né? Nunca peguei, não! Nunca tive, não! Paulo

Conheço várias. Foi essa doença que peguei...Gonorréia e cancro. Quer dizer, tudo uma coisa só. Quando eu peguei, eu fiquei quase um mês num quarto, pra não ir em casa. Eu falei com meu pai e com minha mãe, "eu não posso ir em casa. Eu tenho cinco irmãs, mulher!" Como que eu ia pra casa? Otávio

A única doença que eu lembro que eu peguei na Colônia foi cancro. Devo ter pego umas duas vezes. Conheço a tal de gonorréia, né? Gonorréia eu nunca tive, não. Já ouvi falar negócio de aids, esses troços.. Já ouvi falar muito. Neneco

Entre as mulheres, poucas já tiveram alguma IST, porém as que as tiveram foram infectadas pelo marido e somente se tornaram conhecedoras de seus diagnósticos durante o pré-natal, o que aponta para a falta histórica não resolvida de atendimento integral também aos doentes mentais nos serviços de saúde.

As mulheres falam sobre as representações que têm das IST e HIV/Aids, fazendo distinção entre aquelas que têm sintomas visíveis e as que não os têm. A sífilis, por exemplo, é doença que está visível “no pênis e na vulva”, mas também invisível, no sangue, “aquilo que não se vê” (Chiquita). Além disso, enxergam as IST como “doença que o homem traz para casa”, “que dá corrimento”, “que tem muitos nomes” e “de homem infiel”. Falam de muitos nomes, alguns com pronúncia incorreta, mas o conhecimento sobre a transmissibilidade pelas relações sexuais está claro.

Eu conheço o HIV, sífilis... eu tenho um livro que tem o nome de todas.. tem um monte de nome. Juliana

Uma amiga minha, eu fui trabalhar numa casa, e ela falou assim que a outra menina apanhou a doença. Aí eu fui atrás e pedi ela pra mim ver e ela me mostrou. Era gonorréia. Gonorréia vermelha. Você nunca deve cair nessa esparrela não! A vida mais triste que a mulher tem. Nana

Das doenças sexualmente transmissíveis, eu li naquelas revistas, “seborréia”, muitas coisa... Mas eu não sou muito ligada assim, não. Eu leio, mas não lembro depois. Esqueço. Eu tive quando eu casei, na minha

primeira gravidez, ele não tinha a sífilis no pênis, pra mostrar, né, mas ele tinha no sangue, não tinha tratado ainda direito. Então, quando eu fui ganhar neném, aí foi detectado a sífilis, no meu sangue. Aí a minha filha nasceu, não teve problema nenhum... Mas eu só soube na hora que eu fui ganhar. As enfermeiras viram um caroço, tipo assim uma crista, né, do lado, e aí elas detectaram o que era. Minhas partes ficaram muito grandes. Chiquita

Eu sei, sobre doenças sexualmente transmissíveis. O meu marido, ele já me botou uma. Só uma. Condison (Condiloma), um nome assim. Essa condiloma, eu estava até grávida. Mas, já ouvi falar de Aids, sífilis e outras mais, guinorréia (Gonorréia). Graça

Damasceno *et al.*, (2009), em estudo com gestantes acerca das DST e aids, referem-se ao medo dessas mulheres de se infectarem e às dificuldades de prevenção. Utilizando-se de evocações, os autores encontraram representações sociais como camisinha, coceira, corrimento, relação, dor e doença, também ditas pelas entrevistadas do presente estudo. As gestantes incluíram aspectos psicológicos ancorados nas palavras: apoio, arrependimento, discriminação, horror, insegurança, cuidado, perigo, rejeição e solidariedade, que não foram expressas claramente no estudo com as pessoas com transtornos mentais.

As representações acerca das IST estão centradas na transmissibilidade por via sexual, sobre o aspecto sempre degradante das lesões e da vergonha por se infectar. Porém, todos os entrevistados acreditam que as IST são curáveis, em contraposição à aids, que é “doença que mata”.

Das doenças sexualmente transmissíveis, eu vejo falar nessa que está aparecendo: a aids, que mata. Esses negócios de hepatite, de fígado, essas coisas que eu tenho ouvido falar. Tenho ouvido falar, mas acho que essas têm cura, né? Outras eu não sei, as que eu sei é porque eu vejo passar pela televisão. Quinzinho

A idéia de poder ir a uma farmácia e comprar “antibióticos” está presente, sobretudo para os homens, devido, principalmente, ao fato de que alguns viveram essa situação e outros já ouviram falar a respeito. Porém, narram dificuldades e tempo prolongado do uso de medicações, representando-o como um tratamento que “dá trabalho, porque é uma coisa séria”. Alguns lembram que o melhor é se prevenir.

Conheço sífilis e já peguei gonorréia. Tratei. Fui na farmácia tomei quatro Benzetacil de 1200. Fiquei livre. Felipe

Conheço cancro. Eu tratei. Eu consultei na farmácia e ele (o vendedor) me deu Benzetacil. Walter



E aí eu fiz o tratamento, fui no médico, fiz tratamento. Tive que passar por um processo de tratamento, e o marido também. Foi tratado e tudo. É muito ruim. A sífilis, esses problemas, transmitem, muitas vezes, pelo assento e também sem o preventivo, né? Chiquita

Tive uma (IST). A que eu tive (condiloma), eu tive que fazer queimagem, a que eu tive foi séria, mas não foi a aids. Do mesmo jeito que foi ela, podia ser aids. E esta doença mata! Com esse marido agora eu me protejo, eu uso camisinha. Graça

Em referências ao tratamento das IST, os homens de zona rural entrevistados no estudo de Alves (2003), mencionam a consulta ao médico. Mas a figura do farmacêutico também aparece de forma importante para ajudar a intervir nessa situação. Outros possíveis tratamentos incluem a utilização de chás ou fórmulas caseiras, em geral, indicadas pelos amigos. Tais representações apontam a vulnerabilidade de todos, considerando que não veem necessidade de tratamento médico, além de que os vendedores podem ser inescrupulosos, com a forte tradição, no Brasil, da venda de medicamentos sem receita médica.

A experiência do adoecimento traz o elemento tempo como central, porque, apesar de longo, tem cura. Sobre a sífilis, por exemplo, o tempo de tratamento até permite a apropriação da doença, com o uso de pronome possessivo “minha” sífilis:

A minha sífilis... depois de um tempo eu parei de fazer o quantitativo... Eu acompanhei uns três anos, fazia exame de seis meses. Um trabalhão! Era uma época que eu - com a minha família eu não sentia liberdade de compartilhar isso, entendeu? Eu tive que fazer o tratamento escondido, tomava injeção na farmácia, era Benzetacil. A sorte é que cura. Isnex

A sífilis foi a segunda IST mais citada pelos entrevistados, fato que parece relacionado a um passado de incidência importante desse agravo no país. Como coloca Carrara (1996/1997), a sífilis teve um forte impacto no séc. XIX e início do séc. XX no Brasil, devido à grande disseminação e ao “caráter avassalador” com que ocorria a doença. A autora aponta que, como a aids, a sífilis gerou representações sociais que incidem sobre os mesmos pontos: a sexualidade, principalmente, nos comportamentos considerados excessivos, desviantes e promíscuos, e o medo do contágio e da contaminação, o que para os entrevistados com transtorno mental aparece também como o medo do “invisível” e representações de decadência ou possibilidade de morte coletiva.

Há, ainda, representações mais gerais sobre as IST, como a da transmissão com “conhecimento de causa”, por querer fazer mal à outra pessoa. Para alguns, pessoas com infecções sexualmente transmissíveis têm vontade de transmiti-las para prejudicar outras pessoas, por “falta de consciência” ou por instinto de vingança: “fizeram comigo, farei com outro também”.

Alguns entrevistados revelam medo de contrair IST e, por isso, evitam relações sexuais, se abstêm ou dizem escolher bem, sendo o julgamento feito, entre outros, pelo aspecto estético do possível parceiro.

Não tenho mais relação com mulher, não. Porque eu tenho medo de doença. Se ela quiser namorar a gente namora, mas não que tenha relação! Quer dizer, com proteção, camisinha e tudo, aí, pode, né? Aí, eu vou! Gabriel

Pode ser uma mulher bonita, se ela chegar perto de mim, eu desconfio. Eu dou mais valor a uma feia que está ali, talvez a feia quase ninguém quer ela, mas uma mulher bonita demais, se ela deu de cima de mim, alguma coisa tem... Porque, hoje em dia, pra prejudicar os outros, eles falam assim: “eu estou com a doença, vou passar pro outro também”. E vai prejudicar a pessoa. Chega um cara bonito, perto de uma mulher feinha, fala assim: “ah eu estou desgraçado mesmo, vou ficar com essa menina, distribuindo pros outros, porque vai só passando”. Tenho que escolher muito. Adriano

Desses entrevistados, uma única mulher explicou o uso contínuo de preservativo como necessidade para se proteger das IST.

Usava camisinha, mas agora nem uso mais porque não tenho mais (relações sexuais)... Antes era porque eu tinha medo. Medo de pegar aids, sífilis... gonorréia, essas doenças sexualmente transmissíveis. Fernanda

Tanto homens, quanto mulheres em sua maioria até consideram importante se proteger nas relações sexuais, mas não o fazem e não distinguem sinais e sintomas com facilidade porque acreditam que as doenças provocam lesões bastante visíveis e “horríveis”. Pode-se afirmar, portanto, que existe desinformação ou confusão sobre as doenças, mas o uso de preservativo foi lembrado como necessário, mesmo que quase ninguém o faça. A aparência das lesões e a necessidade de “escolher bem” os parceiros (em geral pela aparência) são bases dos comportamentos de “prevenção” das IST para os entrevistados, o que resulta em maior vulnerabilidade, em geral. Achados similares foram encontrados em estudos de Alves (2003);

Andrade e Nóbrega-Therrien (2005); Giacomozzi e Camargo (2004), com diversos grupos populacionais.

Sobre o HIV/Aids, especificamente, várias foram as representações expressas sem diferenciação entre homens e mulheres. As representações em torno do agente etiológico são de “micróbio que come a pessoa”, “que mata” ou é “um vírus”, que “causa sérios danos” e está presente, sobretudo, “nas pessoas bonitas”, “deixando homens mais velhos sem proteção”. Além disso, a infecção é resultado de “ignorância”, “desafio” ou “negligência em relação aos outros”.

A aids é um micróbio que come a pessoa. Não tem cura, não. Só Deus.  
Adriano

Eu nunca fui muito santo, mas eu nunca achei a beleza muito atraente. Eu gosto de homem que tem um pouco de feiúra, um pouco de defeito, então isso me protegeu um pouco porque infelizmente os rapazes mais velhos ficavam mais vulneráveis, principalmente ao HIV. Porque a minha geração é exatamente aquela que transou sem preservativo, até descobrir que era um vírus que era transmitido prá qualquer pessoa. Isnex

A aids pra mim representa muita coisa, ela pode ser, desde uma ignorância até um insulto. As pessoas sabem, entendem, mas teimam em fazer aquilo assim mesmo. A transa sem camisinha é como um desafio: “qual nada, isso aí é coisa de careta, coisa de coroa”. O próprio “coroa” também está aproveitando das jovens para ter um melhor prazer e não se importa com a saúde das jovens, mas sim com o prazer deles. Ele as induz a não transar com camisinha, e pode transmitir micróbio pra ela e, se transmitir, vai causar sérios danos a esta moça. Ita

As representações mais centrais são de “doença sexualmente transmissível”, “sem cura e perigosa”, que significa o “fim da vida” porque “pegou aids, acabou!” e sobre a qual “todo mundo tá falando”.

A aids é uma doença perigosa, né, porque até hoje não acharam a cura dela e eu acho que não vai achar, né? Se tivesse cura eles já tinham achado há muito tempo! Quanto que eles vêm lutando pra achar a cura dessa doença?  
Totonho

Eu acho que aids é o fim da vida. Tem que usar o preservativo que é preciso, tem que usar.. comigo não acontece porque eu uso. Mas quem tem a vida.... coisa... deve de usar. Quinzinho

Eu sei que a aids não tem cura. Mais nada. Wesley

Já ouvi falar várias vezes. Meu pai advertia... meus irmãos... Que existia, que existiam várias doenças, que tem aids. Todo mundo conhece, não tem cura. E que tem outras doenças sexualmente transmissíveis, mas, graças a Deus, nunca tive. Tadeu

Não tem cura. Mata. Tem cura, não. Pegou aids acabou! Aids mata. Raimundo

Eu nunca tinha ouvido antes. Agora, tem vez que passa na televisão lá. Eles falam um negócio de aids... Joana

A aids é uma doença sem cura, que não tem cura. Se ela contaminar o sangue da gente, a gente vai pro brejo. Pega no sexo. O outro fazendo com o outro. Aí pega. Tarica

Considerada “um sacrifício” e sofrimento para quem se infecta por um entrevistado, afirma que a aids resulta “de experiências de laboratório”, pois o “homem seria capaz de fazê-lo por dinheiro”. Pela falta de sustentação em sua fala e para dar maior credibilidade ao que diz, lembra que não é paranóico, mas sabe que “foram mexer aonde não deviam”.

Bom, aids pra mim é uma situação que exige uma pessoa bem profissional mesmo, porque também há muita falta de informação que a aids pega assim... Que a aids pega daquele jeito... E não é assim, você sabe, você sabe que não é assim! A aids pra mim é o seguinte: é uma doença que veio, apareceu, foram mexer aonde não deviam... Tem aquela notícia que vazou há muitos anos atrás... Não que nós sejamos (paranóicos)... mas há muito tempo atrás lançou-se uma idéia, uma matéria que eles abafaram logo, que a aids era produto de laboratório. Então, assim, eu sei que o homem é capaz de fazer isso pra ganhar dinheiro e eu vejo a aids como um sacrifício pra quem tem. Breno

Tal fala aponta a importância de os veículos de comunicação serem claros nas informações, sobretudo, em relação aos achados não comprovados, mesmo depois da “notícia bombástica” ter aparecido. Além disso, sem interlocução depois, acaba valendo para o sujeito aquela informação que parece mais atraente, o que exige dos serviços de saúde a responsabilidade da educação em saúde, capaz de construir e reconstruir maneiras de pensar e agir.

Além disso, para os entrevistados, a aids é “terrível”, porque faz “emagrecer muito” e “cair o cabelo”, e deixa a pessoa “acamada”, “abandonada” à própria sorte. A solidão e o sofrimento da pessoa doente são centrais nas falas dos sujeitos. Essas representações sempre se agrupam nos relatos sobre “o outro”, o que a literatura sobre o tema é rica em apontar (JOFFE, 1998a; GIAMI; VEIL, 1997).

Conheci um rapaz. Era horrível. Todo mundo sofrendo, todo mundo sofrendo! Edvaldo

Eu conheci uma mulher, ela veio para BH. Ficou, arrumou um marido, ficou com ele, e agora está com aids, entendeu? Não tem nem osso dela mais! E ela arrumou um filho com ele, mas o marido dela morreu. Já foi embora pro saco. Sobrou só o menino dela que tá com a avó. Raimundo

A aids, a pessoa esmagrece, cai o cabelo.. Heloísa

Com aids, a pessoa fica magra, horrível. A aids eu não sei o que é, mas ela pira! Conheci um rapaz com aids, ele morreu, coitado! Quando ele tava pra morrer ele chorava em cima de uma cama, abandonado, ele ficou magro, magro, magro, chorava, sei lá, eu fiquei com dó dele! Mas a mãe dele falou comigo: “eu não ligo não, já tá morrendo mesmo!”. Eu conheci uma mulher também com aids, a M., que já foi embora. Ela está magra, feia, coitada! Ela toma remédio, tem dois filhos, quando eu ganhei a minha primeira ela ganhou um também, só que não pode ficar com ela. Ela tem aids, o marido dela também tem. Helenice

Eu sei que a morte vem através dela, que a aids mesmo não mata, né? Mata são as doenças que a pessoa vai pegando. Que o organismo fica sem proteção, todas as doenças que a pessoa pegar, não fica bom. Pega uma tuberculose, não fica bom; pega uma doença do pulmão, não fica bom. É disso que a pessoa morre. Eu tenho um amigo que morreu com aids. Deu tuberculose nele. Ele morreu rapidinho. Fica fraco e dá todo tipo de doença... Graça

Aids é uma doença que a pessoa fica magrinha, que vai caindo até os cabelos, né? Quando a pessoa está com aids, melhor é nem saber, é melhor a gente nem saber... Nilda

Joffe (1998a) coloca que a responsabilidade e a culpabilidade de determinados grupos sociais sobre a disseminação da aids constituem sua representação como os “outros”, que são perigosos, criando um distanciamento da situação ameaçadora. Os entrevistados com agravos mentais são capazes de ver que esse outro se infecta, adoece e morre, mas não que represente um risco para os demais. A situação provoca pena, mas não é, em si, ameaçadora.

As representações das IST aqui encontradas como “doença ruim”, ligadas à sujeira, à promiscuidade e a pessoas com múltiplos parceiros, o que gera “vergonha”, medo e preconceito, também foram encontradas nos estudos de Alves (2003); Andrade e Nóbrega (2005); Damasceno *et al.* (2009); Oltramari e Camargo (2004) e Thiengo *et al.* (2005). Entre as representações específicas para o HIV/Aids, a morte ainda é o discurso mais presente, o que gera sentimentos de tristeza, solidão e grande sofrimento; porém a doença é vista como resultado da negligência dos “outros”. Achados que corroboram esses discursos foram, entre outros, os de Coelho (2006), Flores-Palácios e Leyva-Flores (2003); e Giami e Veil (1997).

Algumas representações, desde aquelas originadas de informações errôneas sobre as infecções, até as explicitadas nas dificuldades pelos homens entrevistados para procura e realização de tratamento das IST ou exposição das mulheres às doenças nas relações com maridos e dificuldades de incorporação do uso de preservativo, são importantes para se considerar a vulnerabilidade desse grupo frente a estes agravos, como apresentado a seguir.

### ***5.2.2 Representações de Transmissibilidade e Prevenção das IST e do HIV aids***

Essa categoria congrega representações das várias formas de transmissão e de prevenção para esses agravos, dividida em três subcategorias: sexo e preservativos; transmissão pelo contato com sangue e outras formas de transmissão para as IST e o HIV/Aids, conforme FIG. 3.

As representações apresentadas de transmissibilidade das IST estão diretamente ligadas às representações do HIV, sendo algumas erroneamente compartilhadas desde o início da epidemia mundial de HIV/Aids.

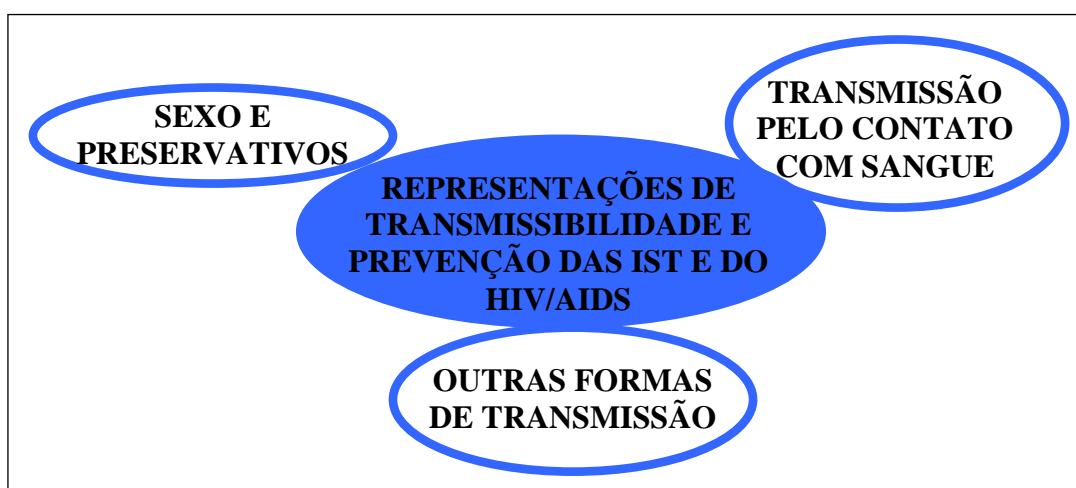


FIGURA 3 – Representações de transmissibilidade e prevenção das IST e do HIV aids

### 5.2.2.1 Sexo e preservativos

Os entrevistados, em sua maioria, associaram a transmissão das IST e aids ao sexo, referindo que as doenças vão “passando de um para o outro” pelas relações sexuais, que podem ser: vaginal, anal ou oral. Em geral, não há objetivação do agente etiológico da doença, sendo, portanto, o sexo considerado responsável pelas infecções.

Para os homens entrevistados, a transmissibilidade está diretamente associada às relações sexuais com mulheres, das quais têm sempre que desconfiar. Para se proteger da aids, tem que “correr de mulher”, daquela que “não conhece ou mesmo que conhece, mas é vadia”, além das bonitas, porque “se a mulher bonita se aproximar, é melhor desconfiar”.

As mulheres são categorizadas, então, em “direitas” ou “de rua”, “limpas” ou “sujas”. Tais representações, além de relacionadas ao comportamento e à conduta das mulheres, também se associam a seu aspecto físico, sendo que aparentar “estar doente”, “não se cuidar”, “não ser asseada”, ou mesmo “desleixada”, significam risco maior de terem alguma doença e “passar para a frente”.

Aids é a pessoa transar com outro e transmitir doença pro outro. Transmite pelo sexo e transar com mulher que tem aids também. Luis Carlos

A aids passa porque se um tiver com o vírus e se o outro não tiver, aí, um passa de um pro outro. Passa, passa! Quinzinho

Pega através de relação sexual. Tadeu

(Transmite) pelo sexo. Quando faz sexo na boca, né? Paulo

A minha namorada só me liga, a gente conversa. Nos últimos dois, três anos, não tive relação com mulher, não. Essas mulheres são muito contaminadas. Gabriel

Vou contar pra senhora, tem que ser uma pessoa decente, ter higiene... Tomar seu banho todo dia, trocar de roupa... Saindo com pessoas que tomam banho, que trocam de roupa. Pessoa não pode ficar só com uma muda de roupa todo dia. Tem que trocar uma camisa, trocar uma calça. Põe uma camiseta diferente, troca ela, põe aquela pra lavar, veste outra limpa. Quem faz assim não tem perigo de passar nada. Otávio

Pra proteger (da aids) tem que correr das mulheres, uai! Não é porque elas tem muitos homens, é porque as bonitas são mais perseguidas. Eu falo que eu era bonito antes e era perseguido! Se for mulher que não conhece, aí

fora! E, mesmo que conhecer, quando é vadia não tem jeito! Porque eu acho assim, se, por exemplo, se você não conhece o parceiro, tem que prevenir, não é? Se você não conhece, ela pode ir com um e outro, e você não sabe. Aí, então, eu acho que tem que sair fora! Adriano

O preservativo masculino é lembrado, por todos, como necessário, mas seu uso ainda é pontual. Os homens entrevistados usam o preservativo quando as parceiras o exigem, em geral em casas de prostituição, ou definindo a necessidade pela aparência da parceira.

O não uso de preservativo pelos homens é justificado, por eles, pelo fato de se conhecer a parceira, além de sua avaliação intuitiva ou física, considerando boa aparência e cuidado com o corpo. No caso de uso do preservativo, é feito pelo cuidado quanto a uma gravidez indesejada, deixando de lado o risco de se contrair uma IST. Porém todos afirmam sua importância:

Aids é o tal negócio, tem que usar camisinha. É o único meio. Se bem que... tem no beijo e sentar no vaso, mas eu acho que é mais difícil, né? Neneco

Com camisinha pra proteger das doenças. Da aids, e pra ela não pegar um filho também. Bruno

Não sei como pega doença, mas tem que usar camisinha... Tem que usar. Eu vou usar, mas ainda não... Junior

Uso camisinha de vez em quando. Pego no Posto de Saúde lá perto de casa. Eu decido com quem vou usar olhando na cara mesmo. Olhando se é falsa ou não. São as que eu pago tudo, pago pra beber, pago tudo pras meninas. Tem umas que a gente não sabe! João

(E tem jeito de se proteger?) Tem, usando camisinha. Sempre... sempre... sempre fazendo sexo com a mesma parceira, ou mesmo parceiro. Sempre usar camisinha, mesmo sabendo que... sei lá, não dá pra confiar em ninguém. Às vezes até casado também tem, né? Porque uma pessoa pode trair a outra e ter uma doença mesmo no casamento. Tem que saber confiar no outro e sempre estar fazendo exame. Se for fazer sexo com outra parceira aí tem que prevenir e se a mulher também for fazer, ela deve usar. Tadeu

Tem que prevenir com a mente, pensando: “aquela coisa não vai ser boa pra mim não vai fazer aquilo”. A camisinha é preciso quando for num motel ou boate, aí tem que usar, claro. Tanto um, quanto o outro. Mesmo assim é perigoso ainda de apanhar doença. Trombeta

As mulheres do posto (de gasolina) eu pagava. E eu protegia, eu usava camisinha (???). Mas algumas (destas) mulheres engravidaram, porque, na época, eu não tinha esclarecimento, né? Wesley



Botar camisinha. Camisinha. Botar camisinha. Não lembro mais, não. Sem, pega aids. Luis Carlos

Eu vejo na televisão, direto passando lá que tem risco, até mulher casada, se for transar sem camisinha, sem camisinha pega risco... Edir

Se não for conhecida, eu tenho cuidado. Se for, eu não tenho não. Na verdade, não uso camisinha. Nunca usei. Sabia que (tinha) que usar, mas eu olhava e via que a pessoa estava sadia, que não tinha problema. Eu perguntava a ela se ela tinha algum problema, ela falava que não tinha. “Você já fez exame de aids?” Ela falava: “Não tenho problema de aids, não. Pode confiar”. E eu ficava mais com mulher casada. Já usei camisinha com a mulher que eu morei com ela porque ela tinha medo de engravidar de novo. Felipe

As relações sexuais em troca de dinheiro são referidas pela maioria dos homens. Relatam preocupação com o risco nas relações sexuais com profissionais do sexo, escolhendo aquelas mulheres consideradas “limpas”. Tal situação pode significar um pagamento maior do que o valor normal pelo ato sexual, na garantia que a profissional não tenha IST ou o HIV/Aids. Tal garantia é dada pelo exame visual da parceira, observando a higiene, a aparência, os dentes e, também, pela confirmação verbal da mulher escolhida.

Se eu ficar com a mulher, ela podia cobrar o valor dobrado que eu pagava. Eu falo pra elas assim “Oh: se você tiver contaminada, desculpa eu te falar, se sua vida é essa e não é vergonha você falar, se você tiver contaminada com alguma doença, problema de doença venérea, eu te pago você em dobro, mas não quero que você me contamine com essa doença”. Ela teria que me falar. Gabriel

Em alguns casos, os homens acreditam que há médicos em prostíbulo, responsáveis pelo cuidado das mulheres, tratando-as quando necessário. Quando alguma aparece infectada, descobre-se o transmissor e este é impedido de frequentar a casa.

As mulheres nos “bordel” que eu andava neles tinham médico três, quatro vezes por semana. Essas mulheres falavam que não tinham nada. Os médicos faziam os exames, eles estavam fazendo exames e tudo. Se um homem, ele contaminasse uma mulher daquelas, ele tinha processo fechado. Pra ter relação não podia mais. Não bolia com elas. Gabriel

Para as mulheres, a representação mais central para transmissão está relacionada à relação sexual sem o uso de preservativo. Há também representação de transmissão pelo beijo e a saliva, além de uma transmissão difusa, que pode vir do carinho físico entre os parceiros,

quando ocorre “muita manipulação” da mulher pelo homem, sendo considerado o modo de transmissão mais perigoso, até mais do que a relação com penetração.

Sei como que pega: fazendo a transa sem camisinha. Juliana

Pega na relação. Eu acho que é pelo beijo também. Nilda

É não usando camisinha, né? Aí vai passando essas doenças pra outro. Eu acho que pela saliva tem jeito de pegar aids porque às vezes está com infecção na boca aí o outro beija, pela saliva eu acho que pega. Eu acho né? Então, se beijar pega. Pela saliva. Eu acho né? Sexo anal. Eu acho que é assim. Fernanda

Acho que não resolve muito a camisinha, porque a gente não transa só com o pênis, nem só com a vulva, antes da penetração existe muito carinho, muita coisa. No meu modo de ver, principalmente homem, eles te manipulam muito, se ele é um aidético, no ele fazer um carinho na mulher, a meu ver, ele transmite se houver alguma coisa de estranho, qualquer coisa assim, ele vai transmitir pra essa mulher sem ser via pênis. Pênis seja apenas o órgão mais, mais fraco. Ita

Aquelas mulheres que dizem solicitar o preservativo no momento da relação sexual, ou que foram taxativas sobre a necessidade de seu uso, afirmam sobre a prevenção:

Quais são as maneiras? Eu acho que só uma, né, usando preservativo. Graça

Usava camisinha. Ah porque eu tinha medo. Medo de pegar aids, sífilis... gonorréia, essas doenças sexualmente transmissíveis. Fernanda

Tem que usar o preservativo né? Não tem outro jeito. Homem nenhum a gente pode confiar, até mesmo no marido. Lulu

As mulheres entrevistadas apontam algumas representações semelhantes às presentes entre os homens, sobretudo em relação à aparência do parceiro, mas exprimem, também, representações de transmissibilidade pelo fato de o homem ser casado ou estar doente.

Não transar com homem casado, nem com homem doente... Eles são os que não falam nada, mas são os mais perigosos. (Como você sabe que é casado ou está doente?) Ah! eu desconfio logo. Nilda

Além dessas representações, aparece aquela fundada nas condições de higiene do parceiro, que pode ser “limpo” e “sujo”, para se identificar o risco de transmissão de doenças. Para muitas, o homem está sujo se frequenta prostíbulos e, implicitamente, trai a companheira.

Doença venérea vem conforme for o rapaz. Tem que ver se ele está limpo ou se ele está sujo. Esses rapaz de zona, assim.. meu namorado uma vez, falou assim: “eu fui na zona”. Me deu nojo, eu não quis mais nada com ele, porque ele queria ficar me abraçando, me agarrar e podia pegar uma doença em mim. Eu não deixei ele me beijar mais. Lelena

As mulheres apontam dificuldades da situação feminina nos relacionamentos sexuais, principalmente quando a mulher é casada, para se fazer prevenção de IST e HIV/Aids, exigir o preservativo ou se negar a ter relações. Sentem a importância de manter o relacionamento, se sentem na obrigação de serem agradecidas por terem um companheiro na situação de pessoa com transtorno mental, além de consideraram que o normal é homem ser “atirado”, correr mais riscos e gostar de ter mais de uma mulher. A representação central é de que “homem sempre pode trair, é só ele querer”, porém, acreditam que solicitar o uso do preservativo pode gerar desconfiança sobre seu próprio comportamento e prejudicar o casamento.

Nesse sentido, o uso de preservativos é também representado por alguns homens como uma forma de confirmação de que a pessoa está infectada, como aparece no relato abaixo. Para o entrevistado, tem que fugir de pessoas que usam preservativo:

Você vai saber que a pessoa está doente se ela usar camisinha. Aí sabe! Não pode mexer não, tem que largar pro lado. Tem que largar pro lado... Junior

Estudo de Oliveira *et al.* (2004) sobre prevenção em DST, com agentes comunitários de saúde (22 mulheres e dois homens), mostrou que representam a mulher como submissa, fraca, passiva, dependente e sentimentalista, o que prejudica a negociação do uso do preservativo com o parceiro. Os agentes comunitários, assim como as mulheres do presente estudo, acreditam que sugerir o uso do preservativo poderia indicar uma traição, gerar desconfiança e estranhamento no seio do casal.

Para não correr riscos de se infectar, algumas mulheres afirmam a necessidade do uso de preservativo masculino, mas o veem como fator gerador de desconfiança sobre a fidelidade no casal, e sequer sabem da existência de preservativo feminino.

Depende do parceiro, tem que usar o preservativo, né? Não tem outro jeito. A camisinha, de homem. Tem de mulher? Lulu

O pessoal fala: o negócio de camisinha, camisinha! Eu, graças a Deus, não usei, não. Eu não usei porque eu queria ter filhos. Joana

Eu uso, mas tem muitas vezes entre o casal, muitas vezes a mulher quer usar, mas... O meu esposo mesmo chega pra mim e fala: “Porque você quer usar preservativo? Você tem outro homem?” Então, a gente tem ainda esse preconceito, do marido chegar e falar isso, né? Eu não questiono se ele tem outras mulheres porque hoje eu vejo que ele não tem. Antes, eu não confiaria, mas hoje... Não é que a gente confia, a gente tem sempre uma desconfiança! A gente não confia porque é homem, né? Mas, por ele já ter sido uma pessoa assim... e pelo que ele fala pra mim hoje, que jamais traria ou faria certas coisas pra trazer doença pra dentro de casa. Às vezes, eu me previno e, às vezes, termino de fazer uma relação sem a camisinha. Não quero que ele me largue. Chiquita

As mulheres entrevistadas não exigem, portanto, o uso de preservativo aos companheiros e afirmam nem ter conhecimento do preservativo feminino. Vale refletir sobre a necessidade de pesquisas que desvelem os motivos de seu uso e da criação de hábito de fazer sexo seguro por esse meio, tanto pelos homens como pelas mulheres.

Em relação ao preservativo feminino, sua introdução no Brasil deu-se a partir de 1997, com o intuito de aumentar a autonomia das mulheres para praticarem o sexo seguro. Porém, o que se observa é a pouca difusão do método, sendo explicado pela pouca indicação e orientação dos profissionais de saúde para o uso (OLIVEIRA *et al.*, 2008); pelas dificuldades de seu manuseio; além de desconforto e ruído durante a relação (BRASIL, 1999b).

A realização de exames anti-HIV pelo casal também legitima, para as mulheres, a decisão de não usar o preservativo durante as relações, sobretudo quando o parceiro mostra desejo de ter um filho, confundindo-se com o seu desejo de agradar esse parceiro:

Eu tomava pílula e ele usava camisinha, no início. Depois, nós não usamos camisinha. A gente fez exame, aquele da... aquele que tem, da aids. Resolvemos que não ia usar mais...Porque... não sei, era melhor do que com a camisinha. Juliana

Aí eu parava de usar porque eles falavam que queria ter filho e aí, eu como trouxa, parava. Aí, engravidava. Mas antes, eu pedia a eles pra fazer exame pra ver se tinham alguma coisa, alguma doença. Fernanda

Outras representações encontradas dizem respeito à transmissão porque o espermatozóide está infectado ou a pessoa tem um ferimento, está machucada ou “goza demais”, talvez se referindo à fricção das mucosas provocando lesões, além da imagem de que existe ou não

uma “compatibilidade natural” entre os parceiros. Para se prevenir, o seguro é ter limites ou encontrar parceiros “compatíveis”.

É transmissível. Tem espermatozóide infectado, aí pega doença. Bruno

Se uma pessoa está machucada, passa aids através de relação sexual. Também muita gente faz sexo gozando demais e aí vai passando pras pessoas e vai tendo as doenças todas. Pode provocar doença. Eu tenho o meu limite. Dentro do meu limite. E tem a pessoa certa, não são todos que são igual a gente, né? Tem uns que são compatíveis com a gente. Trombeta

Os entrevistados relataram, ainda, fazer prevenção das IST e HIV/Aids como se fosse prevenção de gravidez e também com uso de medicamentos anteriormente ao ato sexual:

Tem prevenção com a ligação (de trompas), tem a camisinha, o preservativo. E tem alguns comprimidos pra gente também tomar. Tarica

Olha, na época, que eu tinha meus 17, 18 anos, não tinha essas doenças venéreas não, mas tinha proteção pra se defender. Eu protegia. Tomava remédio. Tomava remédio pra não pegar doença venérea, antes do sexo. Nunca peguei doença venérea nenhuma, graças a Deus... nenhuma! Gabriel

Abstinência também aparece como forma de prevenção. Dessa forma, o sexo é representado como meio de se infectar com alguma doença. Portanto, evitá-lo é método para não se ter uma IST ou aids.

Não transar com a pessoa assim, né? Não transar. De outra forma (de prevenção), eu sei não. Fernando

Masturbar é melhor que ter doença! Depois que tem (relação sexual), fica..., né não? Trombeta

Antes, eles não usavam camisinha, eu não usava anticoncepcional, e me engravidavam. Prefiro não ter nada para poder proteger dessas doenças. Tem que evitar o contato da pessoa com a gente. Beijo na boca, isso não pega, e sexo não pega se estiver usando camisinha. Mas o melhor é não fazer. Nilda

As representações acerca da transmissibilidade das IST e do HIV são as mesmas circuladas no início da epidemia e, portanto, a prevenção ocorrendo pela simples escolha do parceiro, em detrimento do uso contínuo de preservativos. A sujeira, o sexo impuro, a promiscuidade, a aparência “desleixada”, são representações presentes nas diversas populações desde o início da epidemia de aids e foram identificadas por vários autores, dentre eles Alves (2003);

Andrade e Nóbrega (2005); Barbará *et al.* (2005); Flores-Palácios e Leyva-Flores (2003); Giami e Veil (1997); Joffe (1998a); Souza Filho e Henning (1989) e Thiengo *et al.* (2005), como citado anteriormente. Tais representações remetem os sujeitos, na maioria das vezes, a maneiras incorretas de se pensar o risco de transmissão e resultam em aumento de sua vulnerabilidade no cotidiano.

Como a população em geral (ALVES, 2003; BRÊTAS, *et al.*, 2009; SOUZA FILHO; HENNING, 1992; OLIVEIRA *et al.*, 2008; THIENGO *et al.* 2005), as pessoas com transtornos mentais representam o uso do preservativo como necessário, mas há uma boa quantidade de justificativas para o não uso. A maior vulnerabilidade desse grupo está no fato de que suas capacidades de negociação são diminuídas socialmente, mais do que a dos demais. A perda do afeto e a destruição de uma imagem de si pesam para as mulheres, que querem ser amadas e não somente ter relações sexuais sem envolvimento. Para os homens, a prevenção parece ligada mais a um fato de um instante, por oportunidade e disponibilidade de se conseguir uma parceira que os aceitem, o que também se relaciona à auto-imagem e vontade de ser aceito, mesmo que somente para o ato sexual, do que à atitude, propriamente dita, de se proteger. Ora, um e outro estão, portanto, sujeitos ao risco de infecção, com nenhuma ou pouca reflexão e com nenhuma ou pouca postura de proteção.

#### **5.2.2.2 – Transmissão pelo contato com sangue**

Alguns entrevistados referiram transmissão das IST e aids pelo contato com o sangue de outras pessoas, sendo possível nas transfusões de sangue e no compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, não havendo diferenças de representações entre homens e mulheres, nesse sentido.

Se tiver contato com o sangue do outro, pega. Lelena

Eu acho que é necessário estar usando preservativo, não usando seringa dos outros, e injeção, na hora que tomar, ficar olhando se é descartável ou não. Graça

Pega com uso de droga pela seringa. A seringa vem com o que eles aplicam na veia... Juliana

Porém, alguns poucos acreditam que a transmissão ocorre somente pelo sangue, sem ligar a infecção aos outros fluidos corpóreos.

É uma doença que transmite do sangue. Ah, só pelo sangue... Paulo

O uso ou presença do uso de drogas ilícitas por pessoas próximas foi narrado como rotineiro para os sujeitos entrevistados, sobretudo os homens. Existem, então, representações sobre prevenção de IST e HIV/Aids que emergem dessa experiência. Dentre essas representações, o não compartilhamento de seringas para os usuários de drogas é considerado fundamental para não se infectar:

Tem transmissão através de drogas injetáveis. Aids, né? Já vi muitos usarem, sem cuidado nenhum. Tadeu

Aparecem, ainda, nos discursos, representações de prevenção de infecções pelo sangue transfundido. A idéia é de que deve haver melhor preparo do sangue nos serviços de transfusão, com realização de sorologia para alguns agravos, embora os sujeitos não tenham conhecimento de como seja feito:

Pelo sangue, pela injeção, pela seringa. Se tomar na mesma seringa do outro... E doação de sangue tem que ser bem tratada pra não poder passar a doença no sangue. O sangue tem que ser bem tratado pra dar pra outros. Fazer exames, olhar, ver se não tem nada... Fernanda

As representações de transmissibilidade pelo recebimento de hemoderivados contaminados dos bancos de sangue, presentes no início da epidemia, ainda permanecem nos discursos. Parece, que o alto número de casos de contaminação até o início da década de 1990 (SILVA; BARONE, 2006), com ampla divulgação pela mídia, principalmente, nos casos de pacientes hemofílicos, ancora tais representações.

A incidência de casos de transmissão de HIV e Hepatite C por transfusão sanguínea ainda acontece no Brasil e também no restante do mundo, porém com frequência bem inferior à do início da epidemia (FERREIRA *et al.*, 2001). Vale lembrar que, além do HIV, a hepatite C também teve disseminação pela contaminação de bolsas de sangue, inclusive mais

significativa que o HIV (SILVA; BARONE, 2006), mas não há, nas entrevistas, referências a esse fato.

O governo brasileiro tomou medidas importantes, desde a última década, para controle da coleta e distribuição dos hemoderivados, realização de testes para identificação de doenças e uso obrigatório de material descartável nos serviços responsáveis, garantidas com a Portaria nº 1.376/1993 e Lei nº 10.205/2001 (BRASIL, 2009). Essa lei ficou também conhecida como Lei Betinho, em referência a um dos casos mais lembrados de contaminação pelo HIV por transfusão sanguínea no país.

Carrazzone *et al.* (2004) colocam, ainda, que, para minimizar as possibilidades de transmissão de infecções por transfusão sanguínea, são necessárias ações que incluem aumento da captação de doadores, seleção clínica e epidemiológica e triagem sorológica. Além disso, ações para diminuir a ocorrência de doadores infectados devem realizar-se rotineiramente para incentivar a testagem do HIV, quando bem indicado, nos Centros de Triagem e Aconselhamento que realizam os testes de forma anônima, o que contribui para garantir ainda mais segurança do sangue.

### ***5.2.2.3 - Outras formas de transmissão para as IST e o HIV/Aids***

Representações de transmissão das IST, que foram relacionadas também à aids no início da epidemia, ancoradas em conceitos e informações errôneas sobre transmissibilidade, foram construídas pelo medo, desconhecimento da doença e pelo caráter epidêmico e mortal do evento.

Algumas representações de transmissão, principalmente do HIV/Aids, ainda hoje presentes na sociedade, também foram relatadas por esse grupo de entrevistados, com conteúdo muitas vezes precursor de preconceito, proveniente de outras epidemias de doenças transmissíveis como a tuberculose e a lepra, e que apontam o desamparo e a vulnerabilidade social das pessoas em face das doenças (CLARO, 1995).



Além de pegar transando, tem outras formas. Aliás, pra mim, tirar sangue é uma forma, às vezes até banheiro. Breno

Sei lá, a gente vê assim, uns falam que pega até no sentar... por exemplo, se a pessoa tiver com aquela doença, diz que pega, né? É. Eu até acredito, sabe? Até num beijo, num abraço, né? Pode pegar, se a pessoa está infectada. Neneco

Eles falam que pela boca pega, eu nunca tive, não. Walter

Se não sentar no vaso, se não por a bunda no vaso... Tem muita gente que mija ali e pega doença. Pega doença que não cura. Isso que gera aids. Já vai sentando no vaso e aí pega essa transmissão lá, que transmite a doença. Trombeta

Eu tô sentado aqui, a pessoa vem, sentou aqui... Se ela usar um copo, a pessoa não lavar o copo... No mesmo copo. É. Até uma roupa, passar prum colega seu sem lavar... Otávio

Pega sentando... Sentar na cadeira. Ou na cadeira ou no banco. A pessoa saiu, a gente vai e senta e pega. Os outros falam, né, que pega. Mas, eu não tenho esse negócio comigo, não. Vestir roupa dos outros também não deve ser bom. Usar roupa dos outros não deve ser bom. Joana

Beijo também pega doença. Quem tem aids, quem tem HIV também, beijar na boca transmite. Igual minha tia teve... Beijar na boca, nosso Deus, tá doido! Edir

A doença pega na relação sexual, no beijo, e de sentar no vaso. Celina

Eu acho que é pelo beijo. Acho que não tem outro jeito... Nilda

Pela saliva tem jeito de pegar aids, porque, às vezes, está com infecção na boca e o outro beija... Pela saliva eu acho que pega. Eu acho, né? Pela saliva. Fernanda

As representações parecem vir do mistério insondável de algo que não se vê, não se controla, desconfia-se, provoca medo, mas não se sabe onde se encontra. Ter certeza demais não é possível e as frases do tipo: “os outros é que dizem que pega, mas comigo não tem disso” ou repetir várias vezes: “eu acho, não é?”, como se quisesse a confirmação do interlocutor, estão nos discursos com essa função. Na falta de certezas, o melhor é considerar como verdade mesmo aquilo que não está claro.

As representações com inclusão de falta de informação ou informação incorreta sobre a transmissão também aparecem em estudos realizados com mulheres (FERNANDES *et al.*, 2000); adolescentes (BRÊTAS *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2005) e com idosos (LAZZAROTTO *et al.*, 2008), sendo de transmissibilidade pelo beijo na boca e no rosto;

abraço; pessoas na rua; sabonetes e toalhas; banheiro e assentos sanitários; falta de higiene; e beber no mesmo copo. Nesses estudos, as informações aparecem de forma mais incorreta nas pessoas mais velhas (acima de 40 anos); sendo que, para os idosos, a representação de transmissão da aids pela picada de mosquito esta presente.

### **5.2.3 – Representações sobre Risco e Educação Preventiva para as IST e HIV/Aids**

Nesta categoria foram agrupadas as representações dos entrevistados sobre risco e percepção das práticas de educação preventiva face às IST e o HIV/Aids. Dividiu-se em duas subcategorias: risco face às IST e o HIV/Aids e percepção da educação preventiva, conforme FIG 4.

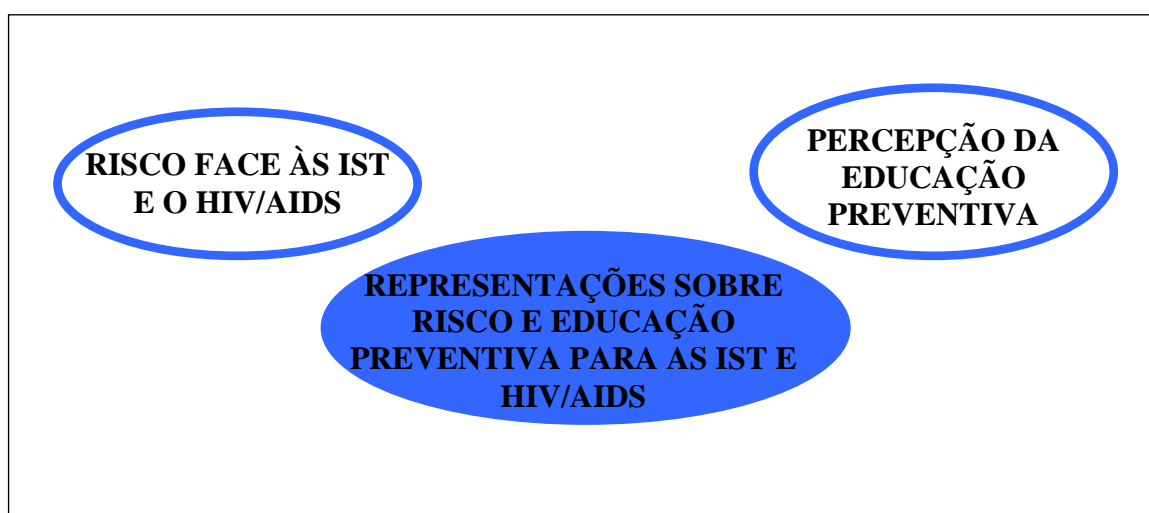


FIGURA 4 – Representações sobre risco e educação preventiva para as IST e HIV/Aids

#### **5.2.3.1 – Risco face às IST e o HIV/Aids**

Os entrevistados, em sua maioria, identificaram a presença do risco para infecção pelo HIV e outras IST por meio das relações sexuais. Porém, tanto homens quanto mulheres não promovem a incorporação da necessidade do uso de preservativo, em uma tentativa de minimizar o risco reconhecido. Há, ainda, relativa negação de vulnerabilidade individual destes entrevistados, estando o risco presente somente para “os outros”.

Em relação ao uso de drogas injetáveis, a referência ao risco pelo compartilhamento de seringas e agulhas é mínima, mesmo para os entrevistados que afirmaram uso de drogas em algum momento da vida. Há reconhecimento de que pode haver transmissão por esta via, mas ninguém se sente verdadeiramente incluído, mesmo fazendo uso de drogas (QUADRO 1 e 2).

Outro ponto instigante refere-se à inobservância de risco nas situações de abuso sexual, embora tenha havido relatos importantes dessa ocorrência. De fato, nenhum entrevistado, homem ou mulher, relacionou a violência sofrida (QUADRO 1 e 2) ao risco para a infecção pelo HIV/Aids e as demais IST.

Na mesma vertente de uma reflexão cada vez mais presente nos debates atuais acerca da adesão individual na prevenção das IST e HIV/Aids (BOZON; DORÉ, 2007), há o relato de Quinzinho de 72 anos, viúvo, analfabeto e que vive só, que aponta a presença do risco para todas as pessoas da sociedade, pela falta de cuidado da pessoa com o outro:

A gente tem que pensar na gente e pensar no próximo também, porque o mesmo sangue que corre aqui corre na senhora, corre em outro qualquer. Se todos pensassem isso, o nosso mundo era um mar de rosas. Mas é que ninguém não pensa. Quinzinho

Tal temática apresentada remete aos diversos problemas sociais, econômicos e ambientais contemporâneos, que tanto se tem discutido na atualidade, buscando reaver posições e atitudes que favoreçam o coletivo e não só o individual. Logicamente, os passos dados têm sido curtos em relação ao que é realmente necessário avançar para o desenvolvimento mundial, em todos os aspectos, porém não se deve deixar de reconhecer o que já foi alcançado. As representações sobre o outro e ao coletivo estão revestidas, hoje, de uma ética chamada de “ética da pós-modernidade”, na qual os interesses imediatos do indivíduo devem ser respondidos a qualquer custo e no menor tempo possível, sobrepondo os interesses dos outros, da coletividade, no curto, médio, ou longo prazos.

Se a pós-modernidade tem significado abertura para a “aceitação das diferenças” (LYOTARD, 2002), “valorização da subjetividade, reconhecimento dos mais variados movimentos e organizações sociais, ampliação dos espaços de liberdade e criatividade, multiculturalismo, novas formas de expressão, e debate sobre o meio ambiente e formas alternativas de produção e de vida” (PATRUS, 2006), também definiu uma retificação do

niilismo, do profundo relativismo e da racionalidade tecnicista e instrumental da sociedade, que fundam a alienação dos sujeitos e do próprio Estado em relação à sociedade.

O compromisso e responsabilidade em relação ao outro, se mais presentes na sociedade, de certo mudariam os rumos da história mundial e trariam avanços sociais importantes. Relembrando a história da disseminação mundial do HIV/Aids, em que o preconceito e estigma foram “incentivados”, em detrimento do estímulo à proteção específica individual contra o HIV e o cuidado aos infectados (HERZLICH; PIERRET, 1988), cabe-se pensar que estas últimas atitudes, provavelmente, teriam diminuído as proporções da pandemia que se espalhou pelo mundo.

Uma intervenção de base comunitária em um município da região amazônica, apresentada por Benzaken *et al.* (2007), foi inspirada na pedagogia da autonomia de Paulo Freire (1996) e explorou a capacitação de profissionais do sexo para constituírem-se agentes de saúde e multiplicadoras de conhecimento sobre a aids. Segundo os autores o projeto tem sido desenvolvido desde 1997, quando se previu um possível aumento da transmissão de HIV no município, pelo incentivo ao turismo ecológico. Como resultados, obteve-se diminuição das taxas de incidência das principais IST e a manutenção em baixo nível da epidemia de HIV/Aids, o que demonstra a importância da autonomia e responsabilização dos sujeitos na promoção à saúde individual e coletiva.

Sobre as demais posturas dos entrevistados em relação à percepção do risco, os achados mostram que este é representado diferentemente entre os gêneros. Para os homens, o risco é identificado nas relações sexuais, e mais especificamente, nas mulheres como “transmissoras”.

Contudo, a maioria dos homens nega haver risco para si próprio de se infectar pelo HIV e outras IST, afirmando serem “espertos” ou “cobra criada”. O risco, presente nas relações com mulheres, pode ser diminuído se avaliações estéticas de “asseio” e “beleza” forem positivas; número de parceiros da mulher de interesse for baixo; e se o tempo de conhecimento entre eles permitir mais informações sobre o comportamento da mulher.

Eu acho que tenho risco de pegar aids? Eu acho, né. Que tenho. Porque quero transar. Luis Carlos

Hoje o senhor acha que tem algum risco de pegar aids? Do jeito que tá... vem as coisas aí, acho que pode correr risco, né. Posso ser contaminado pela sexualidade, né. Não é qualquer um que pode? Neneco

Ah, tem risco, corre risco. Corre risco, corre risco de pegar. É. Corre risco de pegar sem camisinha, né? Paulo

Eu acho que tem. Todo mundo tem, os pacientes que trata aqui. Tem risco, tem gente que tem. Numa época em que as meninas iam todo dia ao quarto com o B. (referindo-se a relações sexuais na Instituição na qual está hospitalizado). Nossa! Edir

Não acho que corro risco porque eu, graças a Deus, reservo muito o meu corpo, não tem que dizer assim que eu vou fazer bagunça com uma e com outra porque eu não quero. O que é meu eu não quero pra ninguém, e não quero o de ninguém pra mim. Quinzinho

Não corria risco não. Antes eu saía com viúva, mulher que ninguém tinha saído com elas e com menina novinha que eu era o primeiro homem dela. Agora também não tenho não, porque agora eu sei me prevenir, né? Wesley

Não tenho medo de pegar doença. Eu faço exame, de ano em ano, eu faço exame de sangue. Eu só não tinha feito HIV. Felipe

Olha, não tinha risco pra pegar porque essas mulheres desdeixadas pra lá, pra mim não valem nada! Não vale nada! Que mulher que mantém relação sexual com um com outro, eu passo longe delas. Gabriel

Essa questão desse casamento me deu nojo de mulher que transa com um, transa com outro. Fiquei enojado com isso. Tenho antipatia disso. Então, automaticamente, pra manter relação sexual, primeiro eu vou ter que conhecer a menina, ver se ela é uma pessoa direita. Porque transar não é sinônimo de sem-vergonhice, mas galinhagem é sinônimo de sem-vergonhice. Se eu chegar a ter uma parceira é porque já a observo há um tempo. Sou gato escaldado. Não tenho medo de pegar doença. Também, uai.. eu não transo. Aí eu brinco: “de aids, desse mal não morro”. Eu não transo e pico eu não tomo. Breno

Eu procuro a pessoa adequada pra não pegar porque antigamente eu peguei (uma IST) e fiquei com medo. Então já vou na pessoa certa pra não pegar nunca mais. Eu tenho medo de pessoal de rua. Nunca usei preservativo. Se eu não escolher, aí vai acontecer igual o que me deu da outra vez que eu peguei isso. Depois que eu fiz, não peguei mais. Otávio

Analisando as falas apresentadas, percebe-se que, para os homens “cuidar do corpo”; realizar “exames médicos periódicos” (não necessariamente o anti-HIV) e manter relações sexuais, mesmo sem uso de preservativo, com mulheres “virgens”, “viúvas”, “direitas” e “féis”, os livra de qualquer risco para as infecções pelo HIV e IST.

A relação com mulheres “direitas”, que não são “de um e de outro”, também é vista positivamente em estudo de Alves (2003). Para os homens rurais entrevistados do estudo, a mulher compete um comportamento bem exemplar, para que esta tenha chance de ser vista como uma mulher passível de compromisso sério.

Tais mulheres apresentam diferenciação, segundo os homens entrevistados do presente estudo, em relação às “outras” “desdeixadas”, pois as primeiras são consideradas melhores porque são “limpas”. Porém, pelos seus relatos explicita-se que a maioria das relações sexuais acontece com profissionais do sexo, que se dividem entre as “de rua”, que são “perigosas”, e as de “cabaré”, que exigem o uso de preservativo. No momento de escolher os homens, no entanto, não necessariamente optam pelo sexo seguro.

Em relação às contínuas relações pagas pode-se afirmar, como já apresentado em outra categoria e relembrando relatos de João, que: “elas dão pra mim porque eu pago” e de Felipe: “elas são as únicas que aceitam a gente, mas não tem amor, nem carinho”, que estas não acontecem por uma escolha autônoma, mas sim pela falta de opção destes homens, que vivem uma condição estigmatizante.

No estudo citado de Alves (2003) os homens rurais também apresentam uma visão negativa das mulheres profissionais do sexo, pela exigência de pagamento pela relação sexual, por terem vários parceiros, fazerem “sexo apressado” pensando nos próximos clientes, além de considerarem arriscado transar com elas, entendendo que estas representam um maior risco para que eles adquiram IST e HIV/Aids. A autora coloca, ainda, que esta preocupação com as infecções aparece também em relação à possibilidade de infectarem a esposa ou a “pessoa certa”, e os seus filhos, o que não apareceu no discurso dos pacientes entrevistados. Para os homens com distúrbio mental, o seu risco de infectar outras pessoas não está presente talvez pela falta de concretização do risco ou porque não conseguem ter alteridade que leve à preocupação com o bem estar da companheira. Para os entrevistados do presente estudo, a preocupação de risco nesse contexto não existe ou é esquecida no momento que têm a oportunidade de manterem uma relação sexual.

Para as mulheres com transtorno mental entrevistadas, a manutenção da virgindade e abstinência, além de parceria fixa, são representações de invulnerabilidade. O risco, no entanto, aparece de forma mais real do que para os homens, principalmente ao terem relações

sexuais com seus maridos sem preservativo, considerando a suposta ou reconhecida infidelidade de seu parceiro que “nunca é 100% confiável”. Além disso, a não utilização de preservativo, constante submissão às decisões do homem e uso de bebidas alcoólicas estão nas suas narrativas e são consideradas como situações de risco.

Me protejo com meu marido. Não confio em homem, não. Graça

Eu tenho medo, mas acho que não corro risco de pegar doença, não. Por causa que eu só tenho ele, meu parceiro, né. Juliana

Já corri risco sim, mas agora não tenho mais, não transo com ninguém. O rapaz com o qual eu vivi sete anos, acabou me contando que ia com outras, mas dizia que não levava a relação até o fim. Ele não era mentiroso, ele falava as coisas pra mim, mas eu achava que ele era... porque geralmente, todo homem é mentiroso, né? Fiquei sem usar, até que eu encontrei uma camisinha na sua bolsa. Eu perguntei: “onde você arrumou essa camisinha e porque você arrumou essa camisinha?” Ele não era mentiroso, ele conta tudo, mas negou que tinha comprado a camisinha. Eu insisti, ele falou assim: “eu comprei sim, foi no hotel”. “Isso quer dizer que você transou com alguém. Então pra mim não serve, porque eu não vou transar com você sem camisinha porque eu não te traio”. Aí, acabou. Ita

Você acha que você corre algum risco de pegar alguma dessas doenças? Não. Não, acho que tenho risco. Porque eu não transo com ninguém. Nilda

Eu corro risco sim, porque é o programa (trabalho) que eu procurei. Mas aí, na hora que eu bebo, eu fico com medo de engravidar e de pegar doença. Vera

Ah, eu não poderia pegar porque eu não sou boba, eu não aceito eles com doença... Eu fico sabendo que eles têm doença porque às vezes a gente sabe, né?... Mas eles têm que falar também porque senão eu não vou ficar sabendo. E aí, eu não aceito! Quem me chamar pra fazer o negócio e tiver alguma doença, eu não aceito! Então pronto: se eu não aceitar, aí eu não vou pegar aids. Eu me protejo assim, né? Você não vai pegar se não fizer, né? Tarica

As posturas aqui são todas de que não há risco porque têm atitudes de proteção, mas ao descreverem os fatos e suas explicações, constata-se a ineficácia de tais atitudes. No Brasil, o número de casos de aids é de 506.499 pessoas (notificados desde 1980), sendo que, deles, 65,8% (333.485) são homens e 34,7% (172.995) são mulheres. Observa-se que o número de mulheres infectadas aumenta gradualmente a cada ano e há incremento da categoria “heterossexual”, sendo que, até 1995, eram 14,4% de homens infectados heterossexuais, passando a 45,7%, em 2008 (BRASIL, 2008a).

Estes dados confirmam a atual vulnerabilidade à infecção pelo HIV das mulheres com parceria fixa. Giacomozzi (2004), em estudo de representações sociais de mulheres, sobre confiança no parceiro e prevenção para as DST/aids, encontrou que, após estabelecimento de relação de confiança e intimidade com o companheiro, dispensam o uso de preservativos nas relações sexuais. No mesmo estudo, mulheres sem parceiros fixos aparecem como mais atentas às práticas de prevenção, inclusive por sentirem medo de se infectar.

As mulheres, portanto, embora demonstrem ter conhecimento dos riscos e das infecções, não fazem uso de proteção no seu relacionamento conjugal por terem sentimento de segurança no casamento e confiança em seu parceiro, colocando-se em posição mais vulnerável.

Nesse sentido, Giacomozzi (2004), afirma que há várias dificuldades vividas pelas mulheres para negociarem o uso de preservativos com os parceiros fixos. Primeiramente, pela submissão histórica da mulher ao homem e receio de conflitos pela sua dependência financeira no casal; aceitarem, sem discussão, o pretexto de que a camisinha incomoda ou reduz o prazer sexual; além do medo de julgamento e questionamento a respeito de sua fidelidade. No caso das mulheres com agravos mentais, o espaço de negociação parece ser ainda menor, inclusive pelo sentimento de inferioridade existente em relação ao parceiro e haver descrição de relações muito agressivas no interior do casal, que impedem explicitação franca e respeitosa entre os parceiros.

Conclui-se, portanto, que embora os entrevistados conheçam os riscos de infectar-se pelo HIV e IST por meio das relações sexuais, as formas utilizadas para diminuí-los é subjetiva, com avaliação do comportamento e física do parceiro pretendido, além da confiança no companheiro(a), ao invés do uso objetivo e contínuo do preservativo. Vale ressaltar que as queixas sobre o preservativo existem, com representações de que relação sexual com ele é igual “chupar balas com o papel”, além de que “o homem diz que não sente prazer”, sem que, no entanto, a maioria o tenha experimentado.

Estes aspectos favorecem a vulnerabilidade destes sujeitos, uma vez que os coloca em situações de risco, por meio de relações desprotegidas consentidas ou não. Isto exige dos profissionais de saúde, incluindo aqueles responsáveis do Estado pela educação em saúde veiculada pelos meios de comunicação, a capacidade de inventar modos de adesão que cada



sujeito com agravo mental possa assumir, comprometendo-se com o parceiro, e dentro dos contextos próprios do grupo.

### **5.2.3.2 – Percepção da educação preventiva**

Apesar da importância da prevenção em IST/aids insistentemente anunciada pelos órgãos de saúde do governo, o Projeto PESSOAS, em seu eixo quantitativo, verificou que existem poucas atividades educativas de prevenção nos serviços públicos de saúde mental do Brasil (BRASIL, 2008b).

Com intuito de conhecer, do ponto de vista dos pacientes acompanhados em instituições de saúde mental, as práticas para educação em saúde que estariam sendo desenvolvidas nos serviços, os participantes entrevistados do eixo qualitativo do projeto, foram questionados sobre a ocorrência e conteúdo de tais atividades, e o interesse dos mesmos no assunto.

Nos relatos, os entrevistados revelaram que, em geral, não recebem informações, nos serviços de saúde freqüentados, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, seus métodos de prevenção e controle, com algumas exceções. Não há, também, diálogos sobre sexualidade e relacionamento amoroso. Tais conhecimentos provêm “da vida”, dos amigos e, sobretudo, da televisão, que parece ter um papel mais importante na formação destes sujeitos do que o ensino formal por meio de escolas, ao qual a maioria nem teve acesso.

Ouvi falar na televisão e na escola. Pouquinho na escola. E com os amigos.  
Edvaldo

Olha, eu sempre estudei sobre isso. Nas farmácias, quem estava contaminado, então, eles chegavam e compravam remédio na farmácia e a farmácia explicava o sentido. Gabriel

Já. Sempre fui informado e sempre tive noção do perigo da aids, da gonorréia, da sífilis, do cancro, tudo. Sempre propaganda do Ministério da Saúde, sempre... na televisão, todos os meios de comunicação já existe isso desde muito tempo. Tadeu

Porque é doença sexualmente transmissível, né? Normal... eu fiquei sabendo assim... Na rua. Bruno

(Onde que você aprendeu essas coisas sobre sexo, sobre doenças transmissíveis?) Aprendi na vida. Eu aprendi sozinho, através de um amigo. Com a vida, tantas coisas que a vida deu experiência pra mim. E na televisão. Trombeta

Como foi descrito anteriormente, os entrevistados dizem ter informações, mesmo mostrando que algumas são bastante confusas, sobre a infecção pelo HIV e outras IST. No entanto, a maioria, apesar de desconfiar da situação, gostaria de participar de atividades educativas sobre sexualidade e prevenção de doenças nos serviços de saúde, sobretudo para “ajudar os outros”.

No CAPS não tive informação sobre sexo, sobre sexualidade. Nunca conversaram sobre isso, não. Será que teria jeito? Totonho

Não recebi informação aqui no serviço sobre sexo, sobre as doenças, mas gostaria. Wesley

Lá no CAPS, sobre aids, sexo, a gente conversa. Sempre tem reunião lá, sempre a gente conversa. Eu acho muito importante essa conversa. O pessoal lá perguntou quem se interessava, eu falei, que eu. Eu penso muito em mim, penso nos meus filhos e penso nos outros também. Saber pra ajudar as pessoas, porque se eu sei... Quinzinho

Dentre os homens, os que não o querem têm vergonha de ouvir falar no assunto em público por questões morais, sentindo-se constrangidos.

Eu não acho importante (falar sobre sexo, sexualidade lá no CAPS) porque geralmente as cidadãs são tudo gente de família. Dá vergonha na gente. Otávio

Os homens consideram as atividades de educação em saúde mais necessárias que as mulheres, como verificado nas falas a seguir. As mulheres justificam tal postura por acreditarem “saber o suficiente” ou por “não quererem mais relações sexuais”, considerando que estas foram desagradáveis, em algum momento da vida.

Algumas que acreditam saber o suficiente, afirmam:

Eu aprendi na televisão. Falava muito. Aí, meu pai foi conversar comigo sobre isso. Sei direito. Juliana

Sobre as doenças sexualmente transmissíveis nunca aprendi, não. O que aprendi foi na rua. Também todo mundo falava. Helenice

Eu não gostaria que conversassem sobre isso aqui no serviço. Acho que não precisa mais não. Já nem quero saber de sexo. Falar disso e ouvir os outros falando é falta de vergonha. Celina

Nunca ninguém falou sobre como se prevenir, não. Nem no centro de saúde, CERSAM, não. Eu acho importante, né? Mas eu já sei. Agora, saber de sexo não quero mais, não. Fernanda

Porém, algumas consideram interessante poder ouvir e falar sobre sexualidade e sobre prevenção de IST e HIV/Aids, sem poderem explicar as razões e outra considera que é bom “levar a informação para outras pessoas”.

Eu estudei no colégio, algumas coisas eu fiquei sabendo se não me engano. Eu já li também, eu já li. E gostaria que o pessoal daqui do serviço conversasse mais sobre isso. Gostaria. Lelena

Não tive informação aqui, não. Eu gostaria. Gostaria pra orientar as pessoas. Eu gostaria de ter mais informação. Nilda

Chama a atenção, portanto, a falta de expressão quando o assunto é sexualidade, tanto entre os homens como entre as mulheres com agravos mentais, como um tabu que a sociedade tem. Aqui, os entrevistados demonstram terem absorvido suficientemente o imaginário de interdição do assunto, permeado pela vergonha, pela baixa comunicação nas relações pessoais e, sobretudo, pelo medo que se tem de o “louco” ser capaz de desrespeitar limites e normas sociais (JODELET, 2004), além da falta de informações corretas e claras sobre as doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids.

Segundo Ferreira e Gepsaids (2008), o grau de informação sobre a infecção pelo HIV/Aids não é, por si só, suficiente para que uma pessoa modifique o comportamento e adote uma postura mais protetora em relação a si própria. Entretanto, estes autores afirmam que a falta de informações básicas contribui, de forma substancial, para aumentar a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

De fato, os entrevistados reconhecem a existência de riscos e percebem a necessidade destes conhecimentos para proteção de sua saúde, embora o sentimento de invulnerabilidade esteja presente, sobretudo para os homens. Esse sentimento de invulnerabilidade parece estar presente não só dentre os entrevistados, mas é difundido na população em geral, considerado como uma característica do ser humano, mais ou menos pronunciada, de representar a vida e a luta contra a morte. Le Breton define os estudos que integram tais pressupostos na linha da “sociologia do risco”, afirmando a existência de um eixo positivo do risco na vida, em contraposição àquele da epidemiologia e do setor saúde, em geral. Este, segundo o autor, ao apontar a prevenção como seu centro, está dizendo de uma “racionalidade que desarme

meticulosamente os perigos, como uma imagem antecipada do imaginário da doença, da morte, do acidente, do desastre ecológico ou da catástrofe natural, (...) afim de prever o pior e suspender antecipadamente seu eventual aparecimento” (LE BRETON, 1995, p. 25). Na sociologia do risco, Le Breton lembra, portanto, que, há outro eixo, o do risco como desafio, como uma medida para o sujeito se sentir vivo, invulnerável e mais forte que a morte, o que, muitas vezes, leva-o a se testar e a testá-la, de maneira mais ou menos refletida. Talvez, tal sentimento de invulnerabilidade, que parece ser bastante acentuado entre os entrevistados, dificulte a incorporação em suas rotinas de cuidados necessários para prevenção e promoção da saúde.

Ora, o risco é uma noção socialmente construída, variável no lugar e no tempo, apreendida psicológica e cognitivamente em diversos graus pelas pessoas, o que fala a favor de informação, construção e reflexão coletivas, além de acompanhamento individual, no que se refere à sexualidade e, conseqüentemente, ao risco de infecção pelo HIV/Aids e outras IST.

Embora as pessoas com transtorno mental tenham acompanhamento periódico nas instituições de saúde mental e as políticas de saúde no Brasil incluam a importância da atenção integral, a educação em saúde, as informações sobre métodos de prevenção e controle não acontecem com regularidade. Considerando os aspectos relativos às suas condições clínicas e psicológicas, além dos aspectos objetivos de desvantagem sócio-econômica que indicam maior vulnerabilidade para as IST e HIV/Aids, os profissionais de saúde devem encontrar caminhos para incluir atividades que propiciem a autonomia, a decisão mais equilibrada e o direito a uma sexualidade saudável dessas pessoas.

A educação em saúde, importante na realização de prevenção de agravos e promoção da saúde, é reconhecidamente importante no campo da saúde coletiva e devem ser específicas ao grupo e ao seu contexto de vida. Entretanto, Merchán-Hamann (1999) chama a atenção para práticas de educação para a saúde utilizadas, principalmente destinadas à prevenção do HIV/Aids, que apresentam uma “dissociação paradoxal” entre a teoria e a prática. O autor coloca que houve um desenvolvimento de abordagens educacionais, de estratégias e métodos de intervenção que não foram acompanhados por avanços nos modelos teóricos que incorporaram as noções de subjetividade, deixando-os ainda “sujeitos a algumas das premissas deterministas e reducionistas da psicologia behaviorista ou comportamentalista”

(MERCHÁN-HAMANN, 1999), o que parece não construir mudanças enriquecedoras e consistentes.

Para Merchán-Hamann (1999, p.86):

É comum, particularmente no campo da prevenção de HIV/Aids, a utilização do termo “intervenção comportamental” quando, na realidade, os comportamentos estão imersos em um oceano mais profundo, vasto e complexo, que envolve percepções, valores, sentimentos, representações simbólicas e relações de poder.

Os serviços de saúde, responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes, parecem estar engessados no manejo desta temática, desprezando o conhecimento já produzido, ignorando a natureza sexual inerente ao ser humano e negligenciando a assistência integral, além de fechar os olhos para abusos entre internos nas enfermarias.

Melo *et al.* (2007) mostrou que nos 26 serviços de saúde mental pesquisados pelo projeto PESSOAS, somente em 26,9% existiam programas de educação sexual; 31% indicaram oferecer programas e atividades de educação específicas para IST, sendo que 25% destes consideraram-nas pouco satisfatórias ou insatisfatórias. Mesmo com acompanhamento de sujeitos sabidamente portadores da infecção pelo HIV houve distribuição de preservativos em apenas 30,8% das instituições. Esta falta de distribuição é justificada pela mesma ser realizada em unidades básicas e pelos serviços de saúde mental pesquisado não terem programas de educação sexual. Além disso, os serviços são considerados local impróprio para relações sexuais, com pressuposto que os pacientes não mantêm relações sexuais durante a internação.

Acredita-se que muitas ações que poderiam ser implantadas junto à distribuição de preservativos nos serviços de saúde mental são negligenciadas, deixando essas pessoas submetidas ao sexo desvalorizado e desprotegido. O uso consistente de preservativo não é tarefa fácil, mas necessária, devendo ocorrer distribuição de preservativos nos serviços de saúde mental, acompanhados de aconselhamento nos programas de educação em saúde sexual.

### **5.3 Síntese das Representações sobre HIV/Aids entre os Entrevistados do Projeto PESSOAS e de Outros Grupos Populacionais**

A síntese da análise das representações sobre o HIV/Aids de pessoas com transtornos mentais e dos achados encontrados na literatura, sobre os demais grupos populacionais, estão nos QUADRO 3, 4 e 5, seguindo ordem cronológica dos dados.

QUADRO 3

Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: origem da aids, exposição ao risco e percepção do próprio risco – literatura e PESSOAS

	SOUZA FILHO; HENNING (1989)	GIAMI; VEIL (1997)	JOFFE (1998a)	FLORES-PALACIOS; LEYVA-FLORES (2003)	THIENGO <i>et al.</i> (2005)	ALVES (2003)	COELHO (2006)	OLTRAMARI; CAMARGO (2004)	GIACOMOZZI; CAMARGO (2004)	ANDRADE; NÓBREGA (2005)	PROJETO PESSOAS (2010)
Sujeitos/ Ano da coleta de dados	Hetero, homo e bissexuais Brasília-DF/ 1989	Enfermeiras e assistentes sociais França/ 1989-90	Jovens África do Sul e Inglaterra/ 1990	Jovens universitários México/ 1999-2000	Adolesc. soropositivo e negativo Rio de Janeiro-RJ/ 2000	Homens da zona rural Recife-PE/ 2001	Homens soropositivos Belo Horizonte-MG/ 2001-03	Profissionais do sexo Florianópolis-SC/ 2003	Mulheres com parceiro fixo Florianópolis-SC/ 2003	Homens hetero Fortaleza-CE/ 2003	Pessoas com transtorno mental Brasil/ 2006
Origem da aids	Dos “outros” (não especificados); Não sabe	Das pessoas com sexualidade errada	Práticas sexuais aberrantes; Prod. de laboratório Má higiene	Muito antiga	...	...	...	...	...	...	Produto de laboratório
Exposição ao risco	Todos	Homossexuais; Múltiplos parceiros; Toximaníacos; “Vítimas inocentes”	Os outros; Homossexuais; “Vítimas inocentes”	Todos	Pessoas desacreditadas; Não confiáveis	Homem, pois não escolhe, Mulher promíscua; Homossexuais;	...	Travestis; Moças que trabalham na rua; Homens casados que procuram prostitutas; Outros, nos quais não se confia	Homens, pelos comportamentos impulsivos	Os “outros”, culpados	Pessoas com múltiplos parceiros; Sem higiene; Mulheres promíscuas
Percepção do próprio risco	...	Não se sentem em risco	Não se sentem, pois mantêm “práticas puras”	Pouco risco	...	Não se percebem em risco	...	Sim, o preservativo pode romper durante o “programa”	Não, pois têm parceiro fixo	Não, está distante do seu cotidiano	Homens não se sentem em risco; Algumas mulheres sim, pela infidelidade do parceiro

QUADRO 4

Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: HIV/Aids - doença, sinais e sintomas, consequências da doença e sociais – literatura e PESSOAS

	SOUZA FILHO; HENNING (1989)	GIAMI; VEIL (1997)	JOFFE (1998a)	FLORES-PALACIOS; LEYVA-FLORES (2003)	THIENGO <i>et al.</i> (2005)	ALVES (2003)	COELHO (2006)	OLTRAMARI; CAMARGO (2004)	GIACOMOZZI; CAMARGO (2004)	ANDRADE; NÓBREGA (2005)	PROJETO PESSOAS (2010)
Sujeitos/ Ano da coleta de dados	Hetero, homo e bissexuais Brasília-DF/ 1989	Enfermeiras e assistentes sociais França/ 1989-90	Jovens África do Sul e Inglaterra/ 1990	Jovens universitários México/ 1999-2000	Adolesc. soropositivos e negativos Rio de Janeiro-RJ/ 2000	Homens da zona rural Recife-PE/ 2001	Homens soropositivos Belo Horizonte-MG/ 2001-03	Profissionais do sexo Florianópolis-SC/ 2003	Mulheres com parceiro fixo Florianópolis-SC/ 2003	Homens heterossexuais Fortaleza-CE/ 2003	Pessoas com transtorno mental Brasil/ 2006
HIV/Aids - doença	Epidemia grave	Humanidade em perigo; Sem distinção entre HIV e aids	Conspiração; Arma	Doença incurável; Contagiosa	Doença perigosa; O HIV “transforma-se” em aids; Tem que manter segredo	...	Sujeira; Segredo; Morte social	Fatalidade; Doença; Distinção entre HIV e aids; Pior doença do mundo	...	Punição moral; Ameaça	“Micróbio que come a pessoa”; Negligência em relação ao outro; Sujeira
Sinais e sintomas	Alterações corporais externas e internas; Infecções	...	...	...	Emagrece; Caem os cabelos; Sinais dermatológicos	Faz a pessoa secar	Doente; Fraco; Caquético; Feio	No estágio terminal caem os cabelos; Perda de peso	...	Emagrecimento	Emagrece; Caem os cabelos; Deixa a pessoa acamada
Consequências da doença	Tratamento; Tratamento paliativo	Medo; Rapidez da morte; Punição	...	Tristeza; Sofrimento; Morte; Medo das hospitalizações	Desespero; Medo; Morte rápida; Inevitável	Mata aos poucos	Morte anunciada	Medo; Fatal	...	Medo; Morte imediata	Medo; Sofrimento; Sem cura; Mata
Consequências sociais	...	Estigma	...	Solidão	Discriminação; Preconceito	...	Preconceito; Estigma	Viver sem problema	...	Discriminação Preconceito	Preconceito; Estigma



QUADRO 5

Representações sobre o HIV/Aids de grupos populacionais: transmissibilidade e prevenção – literatura e PESSOAS

	SOUZA FILHO; HENNING (1989)	GIAMI; VEIL (1997)	JOFFE (1998a)	FLORES-PALACIOS; LEYVA-FLORES (2003)	THIENGO <i>et al.</i> (2005)	ALVES (2003)	COELHO (2006)	OLTRAMARI; CAMARGO (2004)	GIACOMOZZI; CAMARGO (2004)	ANDRADE; NÓBREGA (2005)	PROJETO PESSOAS (2010)
Sujeitos/ Ano da coleta de dados	Hetero, homo e bissexuais Brasília-DF/ 1989	Enfermeiras e assistentes sociais França/ 1989-90	Jovens África do Sul e Inglaterra/ 1990	Jovens universitários México/ 1999-2000	Adolesc. soropositivos e negativos Rio de Janeiro-RJ/ 2000	Homens da zona rural Recife-PE/ 2001	Homens soropositivos Belo Horizonte-MG/ 2001-03	Profissionais do sexo Florianópolis-SC/ 2003	Mulheres com parceiro fixo Florianópolis-SC/ 2003	Homens hetero Fortaleza-CE/ 2003	Pessoas com transtorno mental Brasil/ 2006
Transmissibilidade	Relação sexual; Sangue; Drogas injetáveis	Via sexual	Práticas sexuais	Relação sexual sem proteção ou degenerada; Prostituição; Homossexualidade; Infidelidade	Relação sexual; Uso de drogas; Transfusão de sangue	Assento; Beijo; Seringa; Relação sexual;	Relações sexuais com multi-parceiros, homossexuais e Desprotegidas	Sexo; Relação sexual com uso de álcool e drogas; Sexo com parceiro fixo, sem preservativo	Relação sexual fora do contexto do casamento	Relação sexual desprotegida	Relação sexual; Uso de drogas; Transfusão sanguínea
Prevenção	Preservativo; Abstinência; Seringa descartável; Parceiro fixo; Evitar grupos de risco	Preservativo (sem a própria prática)	Responsabilidade	Preservativo	Preservativo; Seringa descartável; Conhecer o parceiro; Realização de exames; Evitar grupos de risco	Preservativo (sem a própria prática); Parceira saudável, avaliada fisicamente	Preservativo, preferência pela abstinência	Preservativo; Realizar exame	Preservativo para quem não tem parceiro fixo	Preservativo, (sem a própria prática); Escolha de parceiras	Preservativo (sem a própria prática); Avaliação física e comportamental do parceiro

Verificando esses achados percebe-se que as representações sobre o HIV/Aids dos diversos grupos populacionais, incluindo as pessoas com transtornos mentais, são muito próximas. Observa-se, ainda, que, mesmo com o passar dos anos, com a evolução da epidemia, dos conhecimentos sobre o vírus e sobre a síndrome, obtidos pela ciência, as representações principais se modificaram muito lentamente, contribuindo para a manutenção de vulnerabilidades psicossociais em todos os grupos da população. O exemplo clássico é sobre o uso de preservativo, considerado necessário para se proteger do HIV, mas não usado porque a representação corrente é de que “o sujeito não se sente em risco, o risco é do outro”, presente na maioria dos estudos analisados.

Acreditava-se, ao início do presente estudo, que haveria diferenças significativas nas representações entre pessoas com transtorno mental e outros grupos da sociedade, mas isto não é explícito e deve ser relativizado. Pode-se afirmar que há diferenças de intensidade na maneira de vivenciá-las porque essas representações são narradas como “verdades absolutas” para os sujeitos do presente estudo, o que deve ser refletido como um aspecto importante que acresce à vulnerabilidade de pessoas com transtornos mentais. Refletir estratégias de educação em saúde que tenham as representações como eixo metodológico e como conteúdo, para gerar possibilidades de reconstrução de identidade e de percepção de responsabilidade como sujeito social, é um caminho de continuidade do presente estudo.

## *Considerações Finais*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender representações de pessoas com transtorno mental acerca do HIV/Aids e das demais IST, comparando-as, ainda, com as representações de demais grupos populacionais, com o pressuposto de serem diferentes.

Os resultados encontrados, divididos em três categorias: 1) Representações sobre as IST e o HIV/Aids; 2) Representações sobre transmissibilidade e prevenção das IST e do HIV/Aids; e 3) Representações sobre risco e educação preventiva para as IST e HIV/Aids, apresentaram um conhecimento importante sobre as formas de pensar e agir das pessoas com transtorno mental frente a estes agravos.

Incluem-se, neste conhecimento, os aspectos psicossociais, tais como: a dificuldade de vivência de sexualidade plena; a frequente exposição a abusos físicos e sexuais; a dificuldade de manter relacionamentos estáveis; a procura por profissionais do sexo; e o sentimento de inferioridade em relação às outras pessoas. Em relação às infecções, encontram-se: a falta de informações corretas sobre as doenças, a procura por tratamentos inadequados e a dificuldade de uso de proteção individual. Em relação ao risco, verificou-se a crença na invulnerabilidade desses sujeitos e a falta de ações de educação em saúde nas instituições de acompanhamento. Acredita-se que se possa usar o conjunto desses dados para contribuir para o cuidado integral dessas pessoas. Faz-se necessário, em próximos estudos, incluir aqueles sobre adequação de métodos de abordagem de educação em saúde para pessoas com transtornos mentais, de forma individual e coletiva.

No que se refere às IST e HIV/Aids, cabe frisar que não foram encontradas diferenças entre as representações dos sujeitos com transtorno mental entrevistados e aquelas encontradas na literatura dos diversos grupos populacionais.

As representações de IST como “doença ruim”; de pessoas sujas; transmitidas pelo sexo; que são difíceis de tratar, mas trata-se na farmácia; que dá vergonha e que são de pessoas que “vai com um e com outro”; além das representações específicas sobre o HIV/Aids de doença que provoca medo, morte, preconceito e estigma, e que pode transmitir, também, pelo sangue e

uso de seringas, são descritas desde o início da epidemia, tendo poucas variações de alguns elementos que ora aparecem mais fortes, ora não.

Dessa forma, a maior vulnerabilidade dos participantes do estudo, confirmada no estudo quantitativo, não se deve somente às maneiras de representar a doença em si, mas sim às representações sobre seu estar no mundo, a ambiguidade entre ser forte e fraco, vulnerável e invulnerável, esperto ou submisso; às maneiras, portanto, de se posicionar diante da vida.

Exemplifica-se com o fato de a representação mais importante sobre a prevenção das IST e aids ser o exame visual do parceiro(a), verificação de suas condições de higiene, com rápida análise física, o que indica que representações que mulher “limpa”; “homem limpo”; que têm cuidado com o corpo; que “tomam banho” e têm “todos os dentes”, não têm doença. Essas representações legitimam a decisão do não uso do preservativo, expondo estes sujeitos ao risco de se infectarem.

Além disso, observa-se que as pessoas com transtorno mental parecem, de alguma forma, querer testar o limite, no sentido de enfrentar certos obstáculos, arriscar na vida, “aceitando” a essência natural do ser humano de se colocar, a todo instante, à prova de algo, para se sentir mais forte do que a morte, o que pode ocorrer com qualquer outra pessoa na sociedade.

Em relação ao gênero, merece atenção a situação das mulheres entrevistadas, que relataram tentativas e ocorrência de abusos sexuais constantes, muitas vezes por agressor do próprio núcleo familiar. Além disso, percebe-se que as mulheres que, em geral, têm parceiro fixo, diferentemente dos homens, têm pouca ou nenhuma autonomia sobre suas decisões, acatando as preferências do companheiro por subordinação e dominação. Agrava-se tal fato, por muitas vezes, a infidelidade desse companheiro, mantendo o sexo desprotegido com a esposa. Portanto, para essas mulheres, as relações sexuais sem o uso de preservativo não se dão por mera irresponsabilidade, mas sim ancoradas na forma como as relações de gênero se estabelecem socialmente.

Dessa forma, os programas e ações para educação em saúde para as IST e HIV/Aids alcançam uma importância real, para que se consiga reconstruir as representações destes sujeitos e interferir na tendência que se verifica atualmente. Faz-se necessário, para tanto, realizar,

primariamente, um trabalho com os profissionais de saúde envolvidos com a assistência na saúde mental, buscando reconstruir as questões que envolvem significações, crenças, tabus e preconceitos em relação às pessoas com transtorno mental, modificando os conceitos hoje utilizados na maioria das instituições.

Ainda é importante considerar que a aids apresenta forte imbricação nos aspectos socioculturais e políticos que envolvem os sujeitos em seus contextos, não sendo a responsabilidade somente individual pela contaminação ou exposição ao vírus HIV. Dessa forma, espera-se que ações e programas realizados em educação em saúde sexual e IST sejam problematizados como uma construção histórica, para se elaborar e implementar estratégias de prevenção específicas para as pessoas com transtorno mental.

Acredita-se que tais atividades podem reduzir a vulnerabilidade dessas pessoas, uma vez que aumentam o acesso à informação, possibilitam melhor apreensão da informação, por estarem direcionadas a um público específico, além de influenciarem positivamente as práticas sexuais para que os sujeitos tenham sexo seguro.

Além disso, a distribuição de preservativos nas instituições de saúde, aliadas às atividades de educação, buscando e realizando a atenção integral, é também um direito dos usuários dos serviços de saúde mental.

Finalmente, espera-se que este trabalho ajude a compreender um pouco mais sobre o mundo das pessoas com transtorno mental, permitindo a construção de políticas públicas voltadas para esses sujeitos, possibilitando que deixem de “sentir caladas suas dores” (Trombeta).

## *Referências*

## REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A. **Evolução Histórica das políticas de saúde no Brasil** (Adaptado). Belo Horizonte: UFMG/ Faculdade de Medicina/ NESCON. Caderno de Textos. 2002. 12 p.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v 10, n20, p.299-316, jul/dez 2006.
- ALVES, M. F. P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.
- AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ANADON, M.; MACHADO, P. B. **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Salvador: Uneb, 2001.
- ANDRADE, L. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 2, p. 121-126, 2005.
- ANDRADE, L. H. S. G. *et al.* Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p.50-71, 1999.
- AZZI, I. C. S. Realidade: uma razão que não se explica, mas se crê. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, dez. 2007.
- BÁRBARA, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 331-339. 2005.
- BARTHES, T. **A aventura semiótica**. Tradução Mario Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339p.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. **Rev Saúde Pública**. n. 41 (Supl. 2), p. 118-26. 2007.
- BLANCHET, A.; GOTMANN, A. **L'enquete ES sés methodes: l'entretien**. Paris: Nathan, 1992. 112p.
- BRANDÃO, J. C. T. Sintomatologia da loucura. Perturbações físicas e elementares. Instintos e vontade. *Brazil Médico*, p. 349-50, p. 357-8; p. 41-2. 1888-89. In: ENGEL, M. G. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 3. p. 547-63, nov. 1998-1999.



BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Sangue e hemoderivados**. Manuais e publicações. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sangue/legis/index.htm>. Acesso em janeiro 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Aids – DST**. Ano V - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007; Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. Brasília. Dezembro 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil**: análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 252p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em: <http://www.dst.com.br>. Acesso em: Maio de 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids vinte anos - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro**. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo pelo Dr. Pedro Chequer. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE.htm>. Acesso em Março 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2002. 61p Disponível em <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/f4413ba8f1b9ed3735dec6499be24e9c.pdf>. Acesso em Março 2008.

BRASIL. **A resposta brasileira ao HIV/Aids**: Experiências exemplares. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF, 1999a. 180p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aceitabilidade de condom feminino em contextos sociais diversos**: relatório final de pesquisa. Brasília, DF, 1999b. Disponível em <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/Aceitabilidade-do-Condom-Feminino-em-Contextos-Sociais-Diversos>. Acesso em Dezembro 2008.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Conhecimento de DST/aids por estudantes adolescentes. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-7, 2009.

BOZON, M.; DORÉ, V. (Org.). **Sexualité, relations et prévention chez les homossexuels masculins, un nouveau rapport au risque**. Paris: ANRS, Col. Sciences Sociales et Sida, mai 2007. 106p.

CAMARGO, B. V. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Revista de Ciências Humanas – Especial**, Florianópolis: EDUFSC, p. 97-110, 2000.

CAMARGO, B. V. **Representações sociais do preservativo e da AIDS**: spots publicitários escritos por jovens para a televisão francesa. In: MADEIRA, M.; JODELET, D. (Orgs). AIDS e Representação sociais: à busca de sentidos: EDUFRN, 1998. p. 17-46.

CARRARA, S. A. geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. III, n. 3, p. 391-408, nov. 1996 / fev. 1997.

CARRAZZONE, C. F. V. *et al.* Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 2, 2004.

CARVALHO, C. M. L. *et al.* Aids e saúde mental: revisão bibliográfica. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 16, n. 4, p. 50-55, 2004.

CARVALHO, I. S.; COELHO, V. L. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 10, n. 2, Aug. 2005.

CLARO, L. B. L. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1995. 110 p.

COELHO, A. B. **Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da aids.** 2006. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

COELHO, H. C. *et al.* Seroprevalence of Hepatitis B virus infection in a Brazilian jail. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, junho 2009.

COURDURIES, J. Conjugalité et prévention du sida chez les gays. In: BOZON, M.; DURÉ, V. (Org.). **Sexualité, relations et prévention chez les homossexuels masculins, un nouveau rapport au risque.** Paris: ANRS, Col. Sciences Sociales et Sida. p. 45-56, mai 2007.

COURNOS, F. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J psych*, v.15, p. 229-2. 1991.

COURNOS, F.; MCKINNON, K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the united states: a critical review. **Clinical Psychology Review**, v. 17, n. 3 , p. 259-269, 1997.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, Aug. 2006.

DAMASCENO, D. O. *et al.* Representações sociais das DST/aids elaboradas por gestantes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; v. 18, n. 1, p. 116-23. 2009.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser lês entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion.** Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 287p.

ENGEL, M. G. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História**,

**Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 3. p. 547-63, nov. 1998-1999.

FERNANDES, A. M. S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16(Sup. 1). p. 103-112, 2000.

FERREIRA, M. P. *et al.* Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

FERREIRA, M. P. & GEPSAIDS. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**. n. 42 (Supl 1), p. 65-71. 2008.

FLORES-PALACIOS, F.; LEYVA-FLORES, R. Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*. n. 45, supl. 5, p. 624-631. 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREITAS, M. I. F. *et al.* Projeto PESSOAS – Práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. Cap. 7. p. 85-108. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil**: análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 252p.

FREITAS, M. I. F. **A gestão do seguro de vida de casais após a infecção pelo HIV**. Belo Horizonte: UFMG, Programa de Cooperação Técnica SIDA Brasil – França, 1998. 87p. Relatório de Pesquisa.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GIACOMOZZI, A. I. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais com mulheres. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis EDUFSC, n. 35, p. 79-98, abril de 2004.

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

GIAMI, A. **O anjo e a fera**: sexualidade, deficiência mental, instituição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203p.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007.

GIAMI, A.; VEIL, C. Enfermeiras frente à aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Ed. ULBRA, 1997. 333p.

GIDDENS A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10 (supplement 1), p. 146-155, 1994.

GOFFMAN, E. **Asiles**: études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Les Éditions de Minuit, 1968. 447p.

GOMES, R. *et al.* Informações e valores de jovens sobre a Aids: avaliação de escolares de três cidades brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 381-388. 2005.

GRASSI, L. Risk of HIV infection in psychiatrically ill patients. **Aids care**. n. 8, p. 103-16, 1996.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* **PROJETO PESSOAS – Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental**: um estudo multicêntrico nacional. GPEAS/FM/UFMG. 100p. 2007. Relatório Técnico Final.

GUEDES, D. D.; MONTEIRO-LEITNER, J. Modelos de apego, homossexualidade masculina, e depressão: um relato de experiência. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 12, n. 3, dez. 2007.

GUTIERREZ, G.; ALMEIDA, M. B. Cultura e lazer: uma aproximação habermasiana. **Lua Nova**, São Paulo, n. 74, 2008.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em seis jornais franceses. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(Suplemento), p. 71-101, 2005.

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**. 2 ed. Paris: PUF. 2004.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: JODELET, D. (Org). *As representações sociais*. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed da UERJ, p. 17-44. 2001.

JODELET, D. Representações do contágio e a AIDS. In: MADEIRA, M.; JODELET, D. (Orgs). **AIDS e Representação sociais**: à busca de sentidos: EDUFRRN, 1998. p. 17-46

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S (Orgs). **Textos em representações sociais**. 4ed, Petrópolis: Vozes, p. 297-322. 1998a.

JOFFE, H. Degradação, desejo e “o outro”. In: ARRUDA, A. (Org.). *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes, p. 109-128. 1998b.

KEHL, R. A esterilização sob o ponto de vista eugênico. *Brazil Médico*, p. 13:23, p. 150-58. 1921. In: ENGEL, M. G. *As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social*. História, **Ciências, Saúde – Manguinhos**, n. 3. p. 547-63, nov. 1998-1999.

LAZZAROTTO, A. R. *et al.* O conhecimento de HIV/Aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, 2008.

LE BRETON, D. **La sociologie du risque**. Paris: PUF, Collection QSJ, n. 3016, 1995.

LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, July 2006.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. São Paulo: José Olympio, 2002. 132p.

MAGRO, J. B. F. **A tradição da loucura**. Belo Horizonte: COOPMED, 1992. 159p.

MCKINNON, K.; CURNOS, F.; HERMAN, R. HIV among people with chronic mental illness. **Psychiatric Quarterly**, v. 73, n. 1, 2002.

MELO, A. P. S. *et al.* Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17(1/2 Supl 4): p. 240-48. 2007.

MERCHAN-HAMANN, E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999.

MIRANDA, M. C. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez, 1994. 172p.

MOHR, J. J.; FASSINGER, R. E. Sexual orientation identity and romantic relationship quality in same-sex couples. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 32, p. 1085-1099. 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareshi. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

MOSCOVICI, S. **The phenomenon of social representations**. In: Sá, CP. Núcleo central das representações sociais. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 181p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 2 ed. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 208p.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Record: Rosa dos Tempos. 5ª. ed. Rio de Janeiro, 1996. 496p.

O GRITO (EDVARD MUNCH). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2010. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=O\\_Grito\\_\(Edvard\\_Munch\)&oldid=18522244](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=O_Grito_(Edvard_Munch)&oldid=18522244)>. Acesso em: 15 jan. 2010.

OLIVEIRA, D. C. Análise da produção de conhecimento sobre o hiv/aids Em resumos de

artigos em periódicos brasileiros de Enfermagem, no período de 1980 a 2005. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 654-62. Out-Dez 2006.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, set-out 2004.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. T. **Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais.** In: MOREIRA, A. I. S.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social.* 2 ed. Goiânia: AB, p. 163-190. 2000.

OLIVEIRA, N. S. *et al.* Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n. 1, p.107-116, 2008.

OLIVEIRA, S. B. **Loucos por sexo: um estudo sobre as vulnerabilidades dos usuários dos serviços de saúde mental.** Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria da UFRJ; 1998.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estudos de Psicologia.** v. 9, n. 2, p. 317-323. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Brasília: Centro de Documentação OPAS/OMS. 2002.

PARKER, R. (2000). **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política.** 1ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000. 160p.

PATRUS, A. Pós-modernidade e ética. **Estado de Minas**, Minas Gerais, 14 set. 2006.

PERRY, B. L.; WRIGHT, E. R. The sexual partnerships of people with serious mental illness. **The Journal of Sex Research**, v. 43, n. 2, p. 174 –181, May. 2006.

PINEL, P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, chez Richard, Caille et Ravier, 1800. In: RICCIARDI, F. A. Z. **O nascimento da loucura: concepções teóricas e asilos.** CienteFico. Ano I. v. I, Salvador, Janeiro-Julho, 2002.

PINTO, D. S. *et al.* Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2224-2233, Set. 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS; A. S.; COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes. Cap 1, p. 16-73. 1990.

ROCHA, E. C. **Os centros de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica.** In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de Saúde Mental.* 1ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SALEM, T. “Homem... já viu?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. Cap 3. p. 15-17. In: HEILBORN, M. L. (org.). **Família e sexualidade.** Editora

FGV, Rio de Janeiro, 2004. 156p.

SACKS, M. H. *et al.* HIV related risk factors in acute psychiatric in patients. **Hosp Comm Psych**, n. 41, p. 440-2. 1990.

SILVA, A. C. M.; BARONE, A. A. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, June 2006.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N.R. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, p. 75-102. 1990.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13 n. 4, p. 591-5. julho-agosto 2005.

SONTAG, S. **Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras. 1989.

SOUZA FILHO, E. A.; HENNING, M. G. Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 428-441, oct/dec 1992.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 68-76. 2005.

TRONCA, I. **As máscaras do medo: lepra e aids**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2000.

TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. IN: MADEIRA, M.; JODELET, D. (Orgs). **AIDS e Representação sociais: à busca de sentidos**: EDUFRN, p. 17-46. 1998.

VIANNA, P. C. M.; FREITAS, M. I. F. Família, doença mental e infecção pelo HIV. **Rev. Min. Enfermagem**, [S.l.], v. 11, p. 132-138, 2007.

VOLVAKA, J. *et al.* Assessment of risk behaviours for HIV infection among psychiatric in patients. **Hosp Comm Psych**, n. 43, p. 482-5. 1992.

WEINHARDT, L. S. *et al.* HIV- risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with severe mental illness and persistent mental illness. **J Nerv Ment Dis**. n. 186, p. 276-82. 1998.

WILSON, H. W.; DONENBERG, G. Quality of parent communication about sex and its relationship to risky sexual behavior among youth in psychiatric care: a pilot study. **Journal of chil psychology and psychiatry**. v. 45, n. 2, p. 387-395, 2004.

*Apêndices*



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa:** As representações sobre Aids em portadores da doença e de agravos mentais: riscos e prevenção.

Estamos lhe convidando para participar da pesquisa intitulada “AS REPRESENTAÇÕES SOBRE AIDS EM PORTADORES DE AGRAVOS MENTAIS NO BRASIL: RISCOS E PREVENÇÃO”, incluída na pesquisa nacional "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional" sobre a presença de algumas doenças (infecção pelo HIV/Aids, sífilis, hepatite B e C) entre usuários de serviços de atenção em saúde mental. Este grande estudo está sendo desenvolvido pelo (\_\_\_\_\_) em colaboração com outros hospitais e serviços de saúde do Brasil. Está sendo promovido pelo Ministério da Saúde (Coordenação Nacional de DST/AIDS e Área Técnica da Saúde Mental) e desenvolvido sob a coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais em colaboração com outros hospitais e serviços de saúde de Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

#### **SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:**

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. O pessoal deste serviço conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que você tenha. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para você guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com este serviço.

#### **OBJETIVOS DO ESTUDO:**

Algumas doenças como o HIV/Aids, a sífilis e a hepatite podem ser transmitidas através das relações sexuais quando um dos(as) parceiros(as) está infectado(a), através de transfusão de sangue ou compartilhamento de agulhas ou seringas, da mãe para o bebê ou através de acidente de trabalho. Para que possamos entender melhor este problema no Brasil, e conhecer mais sobre os comportamentos, os hábitos e sobre a ocorrência dessas doenças entre os portadores de sofrimento mental, precisamos entrevistar pessoas em tratamento em serviços como este. Desta forma, se você concordar em participar neste momento, teremos uma conversa com você.

#### **PROCEDIMENTOS:**

Sua participação será feita em uma conversa que irá durar cerca de uma hora e será **gravada**. Nesta conversa você falará livremente sobre seus conhecimentos e atitudes em relação às doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco e vulnerabilidade para o HIV, além do uso do preservativo. Deverão ainda ser tratadas questões sobre sua rotina diária, relações afetivas e vida sexual. É importante que você saiba que as informações fornecidas na gravação serão **confidenciais**. Você será identificado com um **nome fictício**. Esta etapa também foi aprovada previamente por cada serviço participante e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

#### **CONFIDENCIALIDADE:**

A participação no estudo pode envolver algum grau de perda de privacidade. No entanto, você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa estão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

**POSSÍVEIS RISCOS:**

O único risco potencial de participar nesta pesquisa seria um possível desconforto com algumas questões mais sensíveis sobre atividades sexuais e uso de drogas.

**POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:**

O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir um entendimento mais amplo do problema estudado, contribuindo para a melhoria da atenção saúde, na promoção e prevenção da Aids.

**CUSTOS:**

Não há nenhum custo para você em participar do estudo. Você receberá dois vale-transportes para auxiliar na sua locomoção até o serviço

**OUTRAS INFORMAÇÕES:**

Você pode contactar a Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora do Projeto pelo telefone 3248-9835 ou 36 ou no serviço de saúde onde você está sendo atendido, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

**CONSENTIMENTO**

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício médico-psicológico poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO PARTICIPANTE\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Este Centro Participante da Pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL  
PELA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevista



### Eixo qualitativo do Projeto Pessoas

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Maria Imaculada de Fátima Freitas - coordenadora

Suely Broxado de Oliveira

Nesta parte da pesquisa, o objetivo é compreender as representações e práticas acerca das IST e Aids de pessoas com sofrimento mental.

A questão central da pesquisa está relacionada à vulnerabilidade destas pessoas, que, acredita-se, é maior do que na população em geral. Porém, elas têm noções de risco, percepções de perigos no dia-a-dia e maneiras de se prevenirem ou buscá-los. Que maneiras são estas? Em que elas se apóiam?

No eixo qualitativo, busca-se, então, compreender como os doentes mentais vivem suas vidas sexual e afetiva e em que contextos sociais (com quais riscos percebidos ou despercebidos), considerando a singularidade e a subjetividade envolvidas na construção social do risco frente a estes agravos.

**Roteiro da entrevista – Depois de ter lido o TCLE, de o entrevistado tê-lo assinado, iniciar a entrevista, já gravando, falando data e hora de seu início, local (nome do serviço e cidade) e seguindo o roteiro.**

**Preencha, por escrito, as respostas até a questão 10.5, além de gravar as respostas. As questões 11, 12 e 13 são norteadoras, portanto centrais em relação ao objetivo da pesquisa.**

**As demais serão colocadas separadamente para aprofundar a discussão ou caso não tenha havido referência anterior na narrativa do entrevistado.**

**ESTA É UMA ENTREVISTA ABERTA E EM PROFUNDIDADE, COM DELIMITAÇÃO DE TEMAS A SEREM TRATADOS, QUE O SERÃO DE ACORDO COM A ESTRUTURA DE RELATO DO ENTREVISTADO**

1) Nome:

2) Idade:

3) Sexo:

4) Situação conjugal:

5) Profissão:

6) Residência:

Escolaridade:

7) Com quem você mora:

8) Quantas pessoas moram na sua casa:

9) Tem filhos? 9.1) Quantos?

10) Trabalha atualmente?

10.1) Em que?

10.2) Quanto ganha?

10.3) Se não trabalha atualmente, desde quando parou de trabalhar?

10.4) Em que trabalhou antes?

10.5) Se não trabalha, você tem alguma renda? Com o que?

10.6) De quanto é esta renda?

11) Gostaria que você me falasse sobre seu acompanhamento psiquiátrico, da sua doença, de como ocorreu, me contando o que você pensa da sua situação. (Caso o entrevistado não se refira à família, insira a questão, peça para ele falar das pessoas com as quais conta/ apóia-se para seguir o tratamento, das dificuldades que enfrenta para isto).

12) Das pessoas com as quais você convive, em quem você confia para conversar sobre sua vida, para contar suas histórias, sobre sua vida amorosa e sexual, seus medos, suas dificuldades. (Caso ele se refira a nomes de pessoas, pedir para descrever cada um, buscando compreender a “teia de relações sociais” do entrevistado).

13) Já que você está me falando das pessoas que você considera na sua história, também gostaria que, a partir de agora, você me contasse sobre sua vida amorosa e sexual, dos seus namoros, dos seus amores, dos seus parceiros sexuais. Fale-me o que você pensa sobre sexo, como você faz sexo, de que você gosta ou não. Fale-me, então, como é sua vida sexual e afetiva. (Perguntas de relance: quando começou a ter relações, o prazer que tem com o sexo ou não, o interesse por parceiros do sexo oposto ou do mesmo sexo, existência de violência sexual, parceiros atuais, etc.).

14) Ao falar de sexo, você falou (ou não) de doenças que são transmitidas (que se “pega”) através das relações sexuais. Você conhece algumas destas doenças; já ouviu falar delas; já teve alguma? Fale-me sobre elas e sobre o que você pensa dos riscos que você tem de pegá-las (ou não). (Se o entrevistado não descrever situações de proteção ou de risco de infecção, pergunte sobre isto na sua história de vida e também sobre o uso de álcool e drogas).

15) Conte-me sobre as maneiras que você tem de se proteger das doenças que são transmitidas através de relação sexual. (Caso o entrevistado não fale, insira a questão do uso da camisinha, busque saber o que ele pensa e sabe sobre ela, se usa ou não usa, se tem estratégias para prevenção que ele reconheça como tal...).

16) Gostaria que você me falasse das outras maneiras que você conhece que apresentam risco para pegar estas doenças. Como você acha que se protege delas? (aqui, se o entrevistado não tocou no assunto ainda, é o momento para inserir a questão da religião/ crença religiosa e prevenção/ crença de prevenção e de baixo risco. Além disso, puxe assunto sobre o risco na vida em geral - comportamento recatado ou arriscado).

17) No acompanhamento aqui no serviço (CAPS ou Hospital), você recebe informações sobre sexo, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobre riscos e possibilidades de prevenção? Se não recebe, não conversa, você gostaria que isto acontecesse? O que você acha importante que seja conversado com você?

**APÊNDICE C – Numeração e pseudônimos dos entrevistados**

<b>NÚMERAÇÃO</b>	<b>PSEUDÔNIMO</b>
E1	Trombeta
E2	Tadeu
E3	Felipe
E4	Fernanda
E5	Isnex
E6	Juliana
E7	Gabriel
E8	Lelena
E9	Vera
E10	Edir
E11	Nilda
E12	João
E13	Celina
E14	Helenice
E15	Jofre
E16	Morena
E17	Dedé
E18	Tarica
E19	Adriano
E20	Bruno
E21	Lulu
E22	Reginaldo
E23	Ravena
E24	Nana
E25	Walter
E26	Junior
E27	Wesley
E28	Ita
E29	Breno
E30	Fernando
E31	Tatiana
E32	Joana
E33	Chiquita
E34	Otávio
E35	Totonho
E36	Quinzinho
E37	Neneco
E38	Chiquito
E39	Carlito

*Anexas*

**ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, ETIC 125/03**

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

**Parecer nº. ETIC 125/03**

**Interessado: Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP após cumprimento das solicitações da diligência, aprovou no dia 20 de abril de 2004 o projeto de pesquisa intitulado « **Estudo de Soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em Instituições Públicas de Atenção em Saúde Mental: Um Estudo Multicêntrico Nacional.** » eo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Presidente do COEP/UFMG**

## ANEXO B - Aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP 592/2006



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## PARECER Nº 592/2006

Registro CONEP: 12637 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 125/03 Processo nº 25000.002950/2006-01  
 Projeto de Pesquisa: "Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em Instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional". Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental)". Termo de Consentimento (etapa quantitativa e etapa qualitativa)  
 Pesquisador Responsável: Dr. Mark Drew Crosland Guimarães  
 Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
 Área Temática Especial: (Trata-se de Projeto enviado pelo Ministério da Saúde)  
 Patrocinador: Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, UNESCO-DST – AIDS 914/BRA/3014.

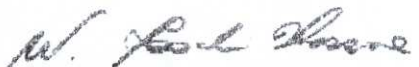
Ao se proceder à análise das respostas ao parecer CONEP nº 245/2006, relativo ao projeto em questão, considerou-se que:

- a) foram atendidas as solicitações do referido parecer apresentação de nova folha de rosto, cronograma atualizado, cópia do parecer ETIC 195/04 do CEP, substituição dos cópias ilegíveis das declarações de participação das instituições selecionadas, relação atualizada dos participantes da equipe e informações quanto à reunião de capacitação e treinamento entre outros;
- b) A versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresentada contempla as adequações solicitadas, inclusive quanto a inclusão de assinatura de representante legal do paciente, além da informação de que os materiais utilizados serão descartáveis.
- c) O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- d) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado

Brasília, 22 de maio de 2006.

  
 WILLIAM SAAD HOSSNE  
 Coordenador da CONEP/CNS/MS