

HIV/AIDS E RELACIONAMENTOS CONJUGAIS

Lirene Finkler

Dissertação apresentada como exigência parcial
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação do
Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Junho de 2003

Agradecimentos

À Nelci de Brum, por sua coragem...

Aos casais, pela disposição em falar sobre sua intimidade.

À equipe do CTA/COAS, que me acolheu e ao projeto, viabilizando as entrevistas,
Psicóloga Lúdia, Assistente Social Lúcia e Enfermeira Vilma.

Aos meus pais, Lidia e Ireno, pela vida, e por seu esforço em propiciar que seja uma
ótima vida!!

Àqueles que tiveram paciência com a luz acesa à noite, ou com minha pouca
disponibilidade de tempo para outras vivências.

Àqueles que não tiveram paciência e me fizeram criar o tempo para essas outras
vivências.

À Iara, por me ajudar a respeitar meu esforço.

À Marli Kath Sattler, Laíssa e Rodrigo Eschiletti Prati, Alessandra Ghinato Mainieri e
Alice Diesel Silveira, pela disponibilidade, pelo apoio afetivo e pelas
contribuições teóricas... musicais... gastronômicas...

À Pricilla Braga, pelo auxílio na finalização e revisão da dissertação.

Ao CNPQ, por viabilizar financeiramente a execução deste trabalho.

Ao professor orientador William B. Gomes, por apostar na capacidade de superação das
dificuldades.

SUMÁRIO

Resumo	05
Abstract	06
APRESENTAÇÃO	07
<i>ESTUDO I - Suscetibilidade de infecção por HIV/HIDS e relacionamentos conjugais</i>	
Resumo	10
Abstract	11
I. INTRODUÇÃO	12
II. MÉTODO	17
2.1 Casais participantes	17
2.2 Instrumento	19
2.3 Procedimentos	19
2.4 Análise dos dados	20
III. RESULTADOS	21
3.1 Motivo do exame	21
3.2 Informações sobre HIV/AIDS	24
3.2 Percepção de risco	27
IV. DISCUSSÃO	36
<i>ESTUDO II - Uma nova aliança conjugal? HIV/AIDS e práticas preventivas em relacionamentos conjugais</i>	
Resumo	39
Abstract	40
I. INTRODUÇÃO	41
II. MÉTODO	46
2.1 Casais participantes	46
2.2 Instrumento	48
2.3 Procedimentos	48
2.4 Análise dos dados	49
III. RESULTADOS	50
3.1 Práticas preventivas anteriores à testagem	51
3.2 Práticas preventivas posteriores à testagem	56
IV. DISCUSSÃO	69
DISCUSSÃO GERAL	72
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	
Anexo A - Um olhar sistêmico para o relacionamento conjugal	82
Anexo B - Abordagens preventivas	85
Anexo C – Considerações metodológicas	98

Anexo D – Descrição dos casos	101
Anexo E - Primeira redução dos dados: temas presentes nas entrevistas	107
Anexo F - Protocolo de entrevista	111
Anexo G - Folheto informativo aos aconselhadores	112
Anexo H - Folheto informativo aos casais	113
Anexo I - Consentimento informado	114
 LISTA DE TABELAS	
Tabela 1 - Características gerais dos casais	18 e 47
Tabela 2 - Motivo do exame e sorologia indicada em exame	22

RESUMO

Dificuldades na prevenção do HIV/AIDS em relacionamentos heterossexuais estáveis recomendam estudos deslocando o foco do individual para o interacional. Entrevistouse 15 casais heterossexuais, que realizaram conjuntamente testagem voluntária em serviço de saúde pública. Foram realizados dois estudos: o Estudo 1 explora aspectos da motivação para a realização da testagem sorológica, conhecimentos sobre HIV/AIDS e susceptibilidade percebida; o Estudo 2 descreve e analisa práticas preventivas adotadas nos períodos anterior e posterior à testagem para HIV. Os dados foram analisados através de procedimentos qualitativo-fenomenológicos: descrição qualitativa, análise indutiva ou temática e análise crítica ou interpretação. Os resultados indicam que padrões relacionais entre gêneros e dificuldade na relação conjugal influenciam a vivência da suscetibilidade de infecção e a adoção de práticas preventivas. Os riscos de infecção são negados ou desvalorizados, mesmo em casais sorodiscordantes, por dificuldades com o tema sexualidade e por padrões de comportamento de gênero: homens expõem-se a risco para afirmar sua masculinidade; mulheres para manter relacionamentos afetivos. Implicações para prevenção são discutidas, destacando a importância do desenvolvimento de intervenções com ambos os cônjuges que levem em conta dinâmicas dos relacionamentos e formas de comunicação necessárias para construção e manutenção de comportamentos preventivos.

Palavras chave: HIV/AIDS - casais - comportamento sexual - susceptibilidade - prevenção.

ABSTRACT

Difficulties in HIV/AIDS prevention in stable heterosexual couples point out the need for studies that change the focus from the individual to the interaction. This study interviewed 15 heterosexual couples that voluntarily presented themselves for HIV testing, at a public health service. This dissertation is composed by two studies: the study 1 explores aspects of the motivation to test for HIV, knowledge about HIV/AIDS and susceptibility perceived; the study 2 describes and analyses preventive practices adopted before and after voluntary HIV testing. Data were analyzed through phenomenological-qualitative procedures: qualitative description, inductive or thematic analyses and critical analysis or interpretation. Findings suggest that genre relational patterns and difficulties in couples relationship have influence on HIV susceptibility experience and the adoption of preventive practices. Even serodiscordant couples denied or minimized infection risks because difficulties with the subject sexuality or genre behavior patterns: men expose themselves at risk by trying to reaffirm their masculinity; women abdicating prevention in order to keeping the relationship. Prevention impact are discussed, suggesting to develop intervention with both, men and women, taking into account relationship dynamics and communication patterns needed to construct and to maintain preventive behavior.

Key words: HIV/AIDS - couples - sexual behavior - susceptibility - prevention

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação tem foco na díade conjugal e na difícil problemática da prevenção à infecção por HIV/AIDS. Apoiando-se nas contribuições terapêuticas da Teoria Sistêmica e nas abordagens preventivas que vêm sendo mundialmente utilizadas para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos sexualmente responsáveis, este estudo examinou procedimentos relacionais e comunicacionais presentes em negociações para a prática de sexo mais seguro em casais, tendo como marco o período de testagem para HIV. O interesse da pesquisa está na “dimensão dinâmica da singularidade do casal, a qualidade emergente do casal que não é observável se nos situarmos unicamente no plano da estrutura das personalidades individuais” (Miermont & cols, 1994, p. 121). A partir da perspectiva sistêmica e comunicacional, a pesquisa privilegia o estudo das interações entre os membros da díade conjugal, voltando-se para o processo de comunicação com relação ao HIV. Pretende acessar essa ‘singularidade interacional’ a partir dos padrões comunicacionais do casal que se percebe vulnerável à infecção, considerando aspectos pragmáticos e semânticos. O interesse está no desenvolvimento das regras relacionais e na expressão atualizada dessas regras, em especial com o foco na experiência sexual e preventiva.

A pesquisa orienta-se pelas seguintes perguntas: 1) O que os casais conversam, em seus momentos de intimidade, sobre os riscos do HIV/AIDS? 2) Como abordam o tema e que métodos preventivos adotam? 3) Reconhecem em seu estilo de vida maior ou menor risco de contaminação? 4) As conversas sobre o risco do HIV/AIDS trazem dificuldades para a relação? 5) A possibilidade real da contaminação traz mudanças nos padrões de negociação quanto à prevenção? 6) Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo e com o outro na parceria conjugal?

Neste estudo, utilizamos o contexto da AIDS como revelador de experiências de relacionamento conjugal. A interface com o adoecer, a questão da forma de contágio, se entrelaçam com questões globais da conjugalidade: monogamia, fidelidade, as relações entre os gêneros, papéis sexuais, expectativas com a relação amorosa, as coisas que se

faz “por amor”. Lança-se um olhar sobre a intimidade alheia, já que é ali que os riscos, a vulnerabilidade, a suscetibilidade ao vírus se concretiza. E é também no espaço da intimidade que a prevenção pode ocorrer. Para acessá-la, utilizou-se o referencial fenomenológico, que orientou as aproximações por diversos ângulos do objeto em estudo. Assim, para delimitar a primeira descrição fundamental do problema, foram realizadas revisões de literatura na área da relação conjugal e na área das abordagens preventivas globalmente utilizadas. A opção pela realização de entrevistas com a díade conjugal mostrou-se adequada por permitir acessar os conteúdos, assim como a relação em si, através da interação do casal durante a mesma.

Os participantes desta pesquisa estavam em período de testagem para HIV e freqüentavam juntos o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Esse fato serve como marcador de que uma percepção de risco concreta e, até certo ponto, compartilhada, foi estabelecida pelos membros do casal. Nesse sentido, este estudo diferencia-se daqueles que avaliam as intenções hipotéticas de ação diante do HIV/AIDS, pois circunscreve experiências conscientes e reais envolvidas na realização do teste e nos comportamentos adotados a seguir; trata efetivamente de intenção fenomenológica, isto é, a ação consciente para certo objetivo.

Optou-se por apresentar a pesquisa geral através de dois estudos que versam sobre a questão geral da passagem dos processos perceptivos quanto ao risco e a prevenção da infecção por HIV (reconhecimento da vulnerabilidade/suscetibilidade) para os processos expressivos, as práticas/ações preventivas propriamente ditas. Assim, o primeiro estudo analisa a Suscetibilidade de Infecção por HIV/AIDS e Relacionamentos Conjugais e está dividido em três sub-temas: 1) Motivo do Exame; 2) Informações sobre HIV/AIDS e 3) Percepção de risco. O segundo estudo foca as Práticas Preventivas adotadas pelos casais em dois momentos distintos: 1) no período anterior e 2) no período posterior à testagem. Aspectos conceituais básicos da Teoria Sistêmica, com o foco na relação conjugal, assim como a revisão global de estudos sobre Abordagens Preventivas à Infecção por HIV são apresentados em capítulos anexos. Através desses referenciais de base foram construídas as especificidades dos dois estudos aqui apresentados. As histórias de vida dos casais participantes desta pesquisa, condensadas a partir dos dados coletados nas entrevistas, estão resumidas no anexo D. Apresentamos, após, um exemplo da primeira redução dos dados, demonstrando o tratamento dado às entrevistas e as categorias temáticas originadas da

inter-relação entre os dados da entrevista e o referencial teórico estudado. Ao final do trabalho, desenvolve-se uma discussão geral, apontando alternativas que potencializem a comunicação de casais e seu papel na prevenção da infecção por HIV.

ESTUDO I

Suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS e relacionamentos conjugais

RESUMO

Dificuldades na prevenção do HIV/AIDS em relacionamentos heterossexuais estáveis recomendam estudos deslocando o foco do individual para o interacional. Entrevistouse 15 casais heterossexuais, que realizaram testagem voluntária em serviço de saúde pública, sobre negociações para prática de sexo mais seguro. A descrição qualitativa indicou que os casais apresentaram diferentes graus de clareza quanto à suscetibilidade de risco: afirmação de não suscetibilidade; admissão de suscetibilidade; e inserção contraditória e ambígua. A análise indutiva concentrou-se em dois aspectos da suscetibilidade contraditória e ambígua: franqueza com o parceiro quanto aos cuidados de prevenção e risco de rompimento do relacionamento. A análise crítica mostrou que padrões relacionais entre gêneros e dificuldade na relação conjugal influenciam a vivência da suscetibilidade de infecção. Implicações para prevenção são discutidas.

Palavras chave: HIV/AIDS - casais - suscetibilidade - prevenção

ABSTRACT

Difficulties in HIV/AIDS prevention in stable heterosexual couples point out the need for studies that change the focus from the individual to the interaction. This study interviewed 15 heterosexual couples that voluntarily presented themselves for HIV testing, at a public health service. The interview asked about couple's negotiation on using safe methods for sexual intercourse. The qualitative description showed that the couples presented three different levels of understanding on risk of susceptibility: denying the risk, admitting the risk, or ambivalence about risk. The inductive analysis concentrated in two susceptibility implications of ambivalence: lacking of directness when talking about prevention and risk of relationship rupture. The critical analysis concluded that relational pattern between genres and marriage relationship difficulties have influence on the way people experience infection susceptibility. Implications of findings on prevention programs are discussed.

Key words: HIV/AIDS - couples - susceptibility of risk - prevention

I. INTRODUÇÃO

O combate à epidemia da AIDS, desafio específico do nosso tempo, tem centralizado os esforços de diversas áreas da ciência. O objetivo principal é a cura, mas enquanto ela não é encontrada, permanece a necessidade de desenvolver tecnologias de intervenção com caráter preventivo, que fortaleçam, nos diversos grupos populacionais, as condições para a diminuição da vulnerabilidade à infecção e exposição a situações de contágio. Uma das alternativas de maior alcance, mas também das mais desafiadoras, é o fortalecimento das práticas de sexo mais seguro. O aumento do número de infecções em relacionamentos heterossexuais e as dificuldades para viabilizar sexo seguro em relacionamentos estáveis recomendam o desenvolvimento de estudos que desloquem o foco de pesquisa do individual para o interacional, privilegiando o relacionamento conjugal.

Pesquisas sobre tecnologias psicológicas, comportamentais ou educacionais, visando práticas que evitem a exposição ao vírus e, assim, à infecção ou reinfecção, vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo. Guardadas as especificidades regionais, constata-se como alternativas principais: 1) encorajar as pessoas a diminuir o número de parceiros; 2) promover o uso de preservativos (adotado como modelo de sexo mais seguro); e 3) realizar o tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Como indicam as pesquisas, essas alternativas encontram barreiras, como a oposição ao uso de preservativos de um ou ambos os parceiros, com dificuldades gerais relacionadas à negociação para seu uso, em especial na adolescência e em relacionamentos heterossexuais estáveis, a não avaliação de risco, o constrangimento (vergonha de propor o uso) e a possível diminuição do prazer (Brasil, 2000; Heise & Elias, 1995; Hobfoll, Jackson, Lavin & Britton, 1994). Essas barreiras são permeadas pelas culturas sexuais específicas a cada grupo populacional.

Ações preventivas efetivas requerem conceitos teóricos adequados para reconhecer as causas e a base dos comportamentos de risco relacionados ao HIV. Dentre as teorias que vêm sendo utilizadas como matriz para as estratégias preventivas utilizadas mundialmente, adaptadas ao contexto das DST/HIV/AIDS, estão: Teoria da Aprendizagem Social (Social Cognitive Theory), Modelo de Crenças na Saúde (Health Belief Model), Teoria da Ação Racional (Theory of Reasoned Action), Protection

Motivation Theory e AIDS Risk Reduction Model (AIDSCAP, 2002; Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barrett, Peterman & Bolan, 1997; Brito, 1998; Ford & Norris, 1995; Hobfoll & cols., 1994; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). Estes modelos baseiam-se principalmente em princípios cognitivos e comportamentais e foram desenvolvidos nas últimas décadas, com o objetivo de compreender os comportamentos relacionados a diversos riscos à saúde, sendo adaptados para buscar alcançar a complexidade dos riscos derivados dos comportamentos sexuais.

A revisão desses modelos teóricos permite delinear quatro níveis de intervenção que reconhecidamente facilitam os comportamentos preventivos: 1) Nível Informativo/Cognitivo (conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e práticas preventivas), 2) Nível Motivacional (atitudes pessoais e do parceiro, envolve o reconhecimento de sua própria vulnerabilidade e avaliações de custo/benefício físico, psicológico e econômico), 3) Nível Comportamental (desenvolvimento de habilidades práticas e contexto de controle do comportamento, principalmente autoeficácia comunicativa e sexual) e 4) Controle Social (inclui a importância da participação da rede de apoio e da rede cultural que sustenta e dentro da qual ocorre a exposição ao risco). Cabe destacar que os comportamentos são governados por normas subjetivas, construídas a partir de normas sociais que delimitam a possibilidade de determinado comportamento em determinado contexto. Apesar de o corpo desses modelos teóricos não destacar os determinantes sócio-culturais do comportamento, é fundamental sua consideração ao planejar estratégias preventivas adequadas temporal e contextualmente. Na esfera da prática, esses modelos se operacionalizam em diferentes estratégias de prevenção, como programas com foco individual, educação por pares, capacitação e formação de multiplicadores que atuem nas redes sociais, formação de agentes de saúde. Como matriz de programas e abordagens preventivas, esses quatro níveis podem compor a elaboração de programas, assim como estruturar as análises voltadas para casais. Neste estudo não se faz uma opção por um dos referenciais teóricos, mas procura-se considerar os níveis de intervenção como forma de integração de aspectos considerados centrais nas diferentes teorias acima referidas.

Inicialmente, as intervenções preventivas globais não estiveram voltadas especificamente para a prevenção em relações conjugais ou uniões consensuais consideradas estáveis, uma vez que a monogamia implícita nessas relações era

considerada fator de proteção. A crença de que as relações conjugais, supostamente monogâmicas, isentavam de risco dificultou a percepção da vulnerabilidade existente para pessoas em relacionamentos estáveis, principalmente para as mulheres (Campos, 1998; Kelly & Kalichman, 1995; Strebel, 1995). Essa marcada exclusão das relações estáveis do foco das abordagens preventivas modificou-se na década de 90, com a crescente feminização da epidemia. Buscou-se, então, adaptar as táticas gerais de prevenção à realidade dos relacionamentos heterossexuais estáveis, enfatizando o uso de preservativos como modelo de sexo mais seguro. Esse modelo, que surgiu dos grupos homossexuais americanos, utiliza forte apelo à proteção do corpo e à responsabilidade mútua, procurando também erotizar o uso do preservativo. Esse tipo de estratégia preventiva vem apresentando baixa eficácia em muitos países do chamado Terceiro Mundo, como no Brasil, devido a erros já identificados, como não levar em conta a cultura sexual e os contextos sociais e culturais onde as decisões sobre o sexo são tomadas. A ênfase na decisão e motivação individual é característica das intervenções preventivas desenvolvidas na América do Norte e Europa, mas essas noções de autonomia e responsabilidade individual são estranhas à nossa cultura, sendo questionável a adequação desse discurso e dessa estratégia para o contexto brasileiro (Barbosa, 1995; Paiva, 1994; Parker, Herdt & Carballo, 1995; Knauth, 1997; Pimenta, Passarelli, Brito & Parker, 2002). Assim, o casamento e as relações estáveis são vistos como incompatíveis com o uso de preservativos, já que sua utilização sugere a ruptura com o modelo monogâmico de sexualidade no casamento (Both, 1997; Willig, 1995). Guimarães (1994) afirma que homens e mulheres “consideram o uso de preservativos mais apropriado para relações casuais ou em fase inicial de conhecimento, sobretudo como método contraceptivo” (p. 224). Entretanto, mesmo nesses casos, a utilização de preservativos está longe de ser sistemática. Um estudo que examinou a frequência de sexo extramarital e risco de infecção por HIV entre americanos adultos casados, por exemplo, encontrou baixos níveis de uso de camisinha entre os sujeitos que referiram sexo extramarital (Choi, Catania & Dolcini, 1994). Da mesma forma, estudo sobre o comportamento sexual da população brasileira indicou alto índice de exposição da população sexualmente ativa, principalmente pelo não uso de preservativos nas parcerias estáveis (Brasil, 2000).

A negociação do sexo mais seguro tem se mostrado de difícil implementação em relacionamentos heterossexuais de longa data onde a monogamia não pode ser garantida

(Maxwell & Boyle, 1995; Obbo, 1993; Pitts, Bowman & McMaster, 1995). Colaboram, neste sentido, as questões de gênero, ou seja, a construção social do masculino e do feminino. O estabelecimento do masculino como ativo e o feminino como passivo organiza as interações e as possibilidades de negociação relacionadas ao sexo. Diversos estudos, em diferentes culturas, indicam que esse desequilíbrio de poder é um aspecto importante a afetar as decisões de mulheres quanto ao sexo mais seguro, principalmente aquelas acima dos 30 anos (Maxwell & Boyle, 1995). O padrão moral diferenciado para os sexos, naturalizando a prática sexual extraconjugal masculina, é comum em diferentes culturas. A conclusão apóia-se em pesquisas realizadas em países africanos, como Zimbabwe (Pitts & cols., 1995) e Uganda (Obbo, 1993), sul-americanos, como mostram pesquisas brasileiras (Both, 1997; Campos, 1998; Knauth, 1997), norte-americanos (Levine & cols., 1993) e europeus (Buunk & Bakker, 1997). Com exceção de Buunk e Bakker (1997) que consideram esses padrões sexuais diferenciados em termos estritamente da teoria da evolução das espécies, os demais assumem uma visão sócio-cultural, sugerindo que a redefinição dos papéis de gênero é possível e necessária para o estabelecimento de práticas de negociação preventiva efetivas.

O desequilíbrio de poder torna a negociação de sexo mais seguro um dos mais críticos problemas para as mulheres (Campos, 1998), pois, mesmo sabendo das práticas sexuais extraconjugais de seus parceiros, o que permitiria perceber-se em risco, as mulheres apresentam dificuldade em apontar uma alternativa de prevenção (Barbosa, 1995). A noção de risco estaria profundamente vinculada aos atributos femininos de passividade e fidelidade; tais atributos estabelecem uma relação de gênero e uma relação de poder que dificulta a prevenção da AIDS e coloca as mulheres em risco de estigmatização quando ousam ser ativas, questionando e propondo práticas sexuais, como o uso de preservativo (Both, 1997).

A negociação para prática de sexo mais seguro exige dos casais um conjunto de trocas comunicativas muito específicas. Como um sistema, o casal desenvolve mecanismos de regulação emocional e comportamental próprios, definidos em grande parte através da comunicação. O estabelecimento da relação envolve acordos conscientes e inconscientes e a definição de regras de interação dos indivíduos entre si, assim como do casal com os sistemas familiares e sociais circundantes. As regras relacionais são mediadoras da interação, definem a qualidade da comunicação, a

compreensão da realidade e o conceito de si (Anton, 1998, 2002; Carter & McGoldrick, 1995; Miermont & cols., 1994; Pincus & Dare, 1981).

O presente estudo analisa o contexto da prevenção e da negociação para a prática de sexo mais seguro, permeada pela ação de buscar a testagem voluntária em conjunto pelo casal. Testagem e aconselhamento voluntários são alternativas preventivas utilizadas mundialmente, incluindo testagem quanto ao HIV e orientação pré e pós-teste (Chippindale & French, 2001), método adotado pelo sistema de saúde pública no Brasil. O potencial preventivo desses procedimentos tem sido reconhecido através de estudos em diversos países (Brasil, Tailândia, EUA, por exemplo, e em especial no continente africano), estando associados com redução de comportamento de risco e menores taxas de soroconversão entre casais sorodiscordantes (Painter, 2001; Roth & cols., 2001). A decisão de testar-se é influenciada por fatores individuais, relacionais e ambientais, sendo o medo da reação do parceiro e dificuldades de comunicação entre o casal importantes barreiras apontadas por mulheres quanto ao compartilhamento do resultado do exame (Maman, Mbwambo, Hogan, Klinzo & Sweat, 2001).

Neste estudo, utilizou-se o período da testagem como marco revelatório dos aspectos experienciais de casais que se apresentaram para realizar juntos a testagem para HIV. A pesquisa orienta-se pelas seguintes perguntas: O que os levou a buscar a testagem? O que os casais conhecem sobre HIV/AIDS? Os casais conversam, em seus momentos de intimidade, sobre os riscos do HIV/AIDS? Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal? Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo e com o outro na parceria conjugal? A premissa básica da pesquisa é que o cuidado consigo mesmo e com o outro na parceria conjugal diante da contaminação ainda é restrito, devido a informação insuficiente, compromisso ambíguo com a relação, e insegurança relacional para discutir a prática segura do sexo.

II. MÉTODO

2.1 Casais Participantes

Foram entrevistados 15 casais heterossexuais¹ que estavam realizando testagem para HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado. Os casais participantes viviam juntos, casados ou em união estável, por um período mínimo de 9 meses e máximo de 14 anos (Tabela 1). A faixa de idade foi dos 17 aos 66 anos. Em alguns casos havia casamentos anteriores e filhos desse(s) relacionamento(s). Alguns casais possuíam filhos em comum, e 5 mulheres estavam grávidas no período da entrevista. O nível de escolaridade predominante era o ensino fundamental incompleto, havendo ainda informantes com ensino médio completo e com curso superior completo. Os casais residiam em bairros da periferia de Porto Alegre ou da região metropolitana, fazendo parte dos chamados grupos populares (camadas de renda baixa e média-baixa). Os casais moravam em unidades domésticas nucleares independentes (casal e filhos) ou com familiares. Dois casais viviam em casas separadas: um casal vivia junto apenas 4 dias por semana e em outro caso o marido estava preso.

¹ Foram convidados a participar da pesquisa cerca de 40 casais. Destes, alguns foram excluídos por serem casais de namorados (procurava-se casais estáveis), alguns não demonstraram interesse na participação, outros marcaram entrevista e não compareceram. Três casais não realizaram a entrevista por ao menos um de seus membros estar sob efeito de álcool ou drogas. Três casais realizaram atendimento de apoio, pois estavam mobilizados pelo recente conhecimento de seu estado soropositivo e não tinham condições emocionais de responder às questões da pesquisa. Efetivamente, foram entrevistados 15 casais heterossexuais que estavam realizando testagem para HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado, conforme descrito neste estudo.

Tabela 1 - Características gerais dos casais

Casal	Idade		Sorologia		Tempo de Casamento	Filhos em comum	Casamentos Anteriores		Filhos de casamentos anteriores		Escolaridade ****		H
	H*	M	H	M			H	M	H	M	H	M	
1	18	21	-	-**	7m	0	0	1	0	0	F I	F	Comércio da fa
2	37	33	+	J	2a e 3m	G***	1	2	2	3	?	?	Desemprega Foi garçon
3	35	35	+	-	14a	2	0	0	0	0	?	?	Micro-empres
4	38	36	+	-	10a	1	1	0	1	0	M I	S I	Desemprega Foi viajante mecânico
5	25	27	-	-	2a e 6m	0	1	0	0	0	M	M I	Segurança
6	34	37	+	?	3a e 6m	0	1	1	1	2	F I	F I	Agricultura no presídio
7	33	25	+	-	4a	1 G	0	0	0	0	F I	F I	?
8	32	17	+	J	2a e 5m	G	?	0	0	0	F I	F I	Operário constr civil
9	26	18	?	?	1a	0	1	0	0	0	M I	F I	Músico
10	35	28	-	+	2a	0	2	2	3	2	S	M	Vendedor
11	31	48	?	?	10a	0	0	1	0	3	?	?	Comércio da fa
12	48	66	?	?	5a separados há 3m	0	1	1	2	3	F	F I	Motorista ôni
13	24	20	?	?	5a	1	1	0	0	0	F I	F I	Auxiliar de proc desemprega
14	23	31	?	?	8m	G	2	1	4	2	F I	F I	Oficina mecân
15	24	22	?	?	2a 6m	G	0	0	0	0	M	M	Informática

* H: Homem / M: Mulher

** - : Resultado negativo para anti-HIV / + : Resultado positivo para anti-HIV / J: Período de janela imunológica

*** G: Gravidez

**** F: Ensino Fundamental / M: Ensino médio / S: Ensino superior / I: Incompleto

2.2 Instrumento

Para acessar a comunicação e a história do casal foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Anexo F). A entrevista iniciava com perguntas relacionadas ao início do casamento (como se conheceram), passando pelo motivo da procura do teste para HIV naquele momento (vivência da infecção e práticas relacionadas), finalizando com a filosofia sobre a relação a dois e pontos positivos do relacionamento conjugal. Essa seqüência propiciava o aquecimento apropriado à sensibilidade do tema, deixando o casal mais à vontade para as questões que tratavam de temas ansiogênicos, como a testagem e os motivos que os levaram a realizá-la, permitindo estabelecer um ritmo de comunicação entre o casal e a entrevistadora. As questões finais, voltando-se para os pontos fortes da relação a dois, favoreciam um fechamento com o foco em aspectos positivos da relação, diminuindo o nível de ansiedade.

2.3 Procedimentos

Os casais informantes foram convidados a participar deste estudo a partir de seu contato com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-COAS) Estadual, localizado junto ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Estado do RGS (ADS)². O convite para participação deu-se através de dois procedimentos distintos: 1) durante o aconselhamento pós-teste pelos próprios aconselhadores, através de Folheto Informativo aos Aconselhadores (Anexo G); ou 2) após palestra que antecedia a testagem, pela própria entrevistadora. No primeiro caso, os aconselhadores haviam sido previamente informados sobre a pesquisa e sobre o perfil dos casais candidatos. No segundo, os casais eram solicitados a permanecer na sala, quando se apresentavam os objetivos da pesquisa, com distribuição de Folheto Informativo aos Casais (Anexo H). Era informado que, após a coleta de sangue, os casais que desejassem participar

² Algumas explicações quanto ao funcionamento do CTA/COAS mostram-se necessárias. Este é um serviço gratuito de sorologia para o HIV. Cada pessoa que busca o centro para testagem quanto ao HIV passa por orientação pré e pós teste. A primeira atividade é um encontro em grupo, com duração de cerca de 1 hora e meia, onde são fornecidas informações sobre HIV/AIDS, formas de infecção e de prevenção. Segue-se a coleta do sangue. O resultado do exame está disponível após vinte dias, quando é feito o aconselhamento pós-teste. Este é feito individualmente, podendo o paciente optar por acompanhamento do cônjuge ou de familiar. No aconselhamento pós-teste as situações concretas de vida e de risco do paciente são investigadas. Se o resultado do exame for positivo, após serem respondidas as dúvidas e avaliadas as reações iniciais do paciente, este pode ser encaminhado para acompanhamento médico no próprio ambulatório. Também é feita uma segunda coleta de sangue, seguindo normas do Ministério da Saúde. Se o resultado do exame for negativo, avaliam-se as mudanças de comportamento necessárias para a manutenção desse resultado e a viabilidade de sua implementação; questões relacionadas à janela imunológica são avaliadas. No período da pesquisa o CTA contava com 3

retornariam à sala de palestra para a entrevista. As entrevistas foram registradas em gravação de áudio e transcritas literalmente.

2.4 Análise dos dados

Para esta análise foram considerados aspectos das entrevistas esclarecedores para o entendimento do contexto da percepção de risco em relacionamentos conjugais. As análises foram realizadas em três etapas reflexivas (Gomes, 1998; Lanigan, 1988, 1997; Patton, 1980): 1) descrição das narrativas dos casais elaborada através da demarcação exaustiva das falas em unidades temáticas (Bardin, 1979) para que nada do que foi dito fosse deixado de fora e nem engrandecido ou diminuído por escolhas do pesquisador (Gomes, 1998); 2) identificação de temas que se apresentam com potencialidade de esclarecer os elos que interligam as experiências vividas pelos casais, de acordo com os elementos fornecidos pelo contexto da descrição, designada por Patton (1980) de análise indutiva; 3) análise crítica ou interpretativa dos temas identificados através de confronto com a descrição, a literatura e a experiência do pesquisador com a situação em foco (Kvale, 1983, 1994; Lanigan, 1988, 1997).

III. RESULTADOS

Os participantes desta pesquisa estavam em período de testagem para HIV e freqüentavam juntos Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Público. Esse fato serve como marcador de que uma percepção de risco concreta e, até certo ponto, compartilhada, foi estabelecida pelos membros do casal. Nesse sentido, este estudo diferencia-se daqueles que avaliam as intenções hipotéticas de ação diante do HIV/AIDS, pois circunscreve experiências conscientes e reais envolvidas na realização do teste e nos comportamentos adotados a seguir.

3.1 Motivo do Exame

Descrição

Os motivos que levaram os casais deste estudo a procurar o teste para HIV podem ser reunidos em três grupos: 1) percepção de risco, 2) encaminhamento médico, 3) pressão do grupo social (Tabela 2). A percepção de risco verbalizada estava relacionada a relações sexuais desprotegidas anteriores ao atual relacionamento, uso de drogas injetáveis, soropositividade do atual cônjuge e situação de acidente de trabalho. O encaminhamento médico estava relacionado à presença de doenças oportunistas, a longos períodos de adoecimento sem definição do diagnóstico e à rotina pré-natal de gestantes. A pressão do grupo social explicitava-se na forma de boatos, surgidos no âmbito familiar ou na comunidade do casal, insinuando que um dos cônjuges estaria com AIDS; o exame tinha como objetivo provar a falsidade de tais boatos. Os motivos não eram excludentes, e muitas vezes foi necessária a sobreposição de dois deles para que o casal efetivamente tomasse a decisão de realizar o exame. São exemplos dessa sobreposição os motivos que levaram os casais 1, 2 e 14 a fazer o teste. O período pré e pós testagem caracterizou-se por um desejo ambivalente de saber e ao mesmo tempo de não saber sobre a sorologia verdadeira.

Tabela 2 - Motivo do exame e sorologia indicada em exame

<i>Casal</i>	<i>Motivo do exame</i>	<i>Sorologia*</i>	
		H	M
<i>1</i>	Ambos percebiam em seu passado risco por relações heterossexuais desprotegidas, principalmente ele, cuja última namorada era usuária de drogas. Chegaram a conversar sobre fazer o teste, mas sempre adiavam essa decisão, até surgir um boato, na vizinhança em que moram e na cidade natal dele, de que ele estaria com AIDS. Isso o levou a tomar a decisão de fazer o exame. Ao acompanhá-lo, ela decide também se testar.	-	-
<i>2</i>	Encaminhamento médico por doenças oportunistas. Ele percebia risco por ser usuário de drogas injetáveis - muitos amigos haviam morrido – mas só fez o teste por recomendação médica. Buscou o resultado do 1º exame após um ano.	+	J
<i>3</i>	Encaminhamento médico por doença oportunista (Ele).	+	-
<i>4</i>	Encaminhamento odontológico após longo período de adoecimento sem definição do diagnóstico (Ele).	+	-
<i>5</i>	Acidente de trabalho. Ela é auxiliar de enfermagem e picou-se com agulha.	-	-
<i>6</i>	Encaminhamento médico por doença oportunista (Ele). Havia feito o teste a mais tempo, mas o presídio não o informou do resultado até ter tuberculose, há três meses.	+	?
<i>7</i>	Encaminhamento médico após anos de adoecimento sem definição do diagnóstico (Ele).	+	-
<i>8</i>	Percepção de risco por uso de drogas injetáveis (Ele). O casal fez o primeiro exame há um ano e buscou o resultado após onze meses. Fazem novo exame porque mantiveram práticas de sexo desprotegido no período; ela engravidou.	+	J
<i>9</i>	Percepção de risco por experiências sexuais desprotegidas anteriores ao casamento (Ele e ela). Houve preocupação desde que começaram a transar sem preservativo.	?	?
<i>10</i>	Percepção de risco pelo cônjuge ser soropositivo. Ele está fazendo o teste pela primeira vez por estar convivendo há cerca de dois anos com companheira soropositiva (há 10 anos), apesar de sempre terem usado preservativo.	-	+
<i>11</i>	Motivação pessoal por perda de peso e sintomas popularmente associados à AIDS (Ela). Vê risco em transfusões de sangue realizadas no passado.	?	?
<i>12</i>	Contradizer boatos (Ele e ela). Ele recebeu bilhete avisando que ela está com AIDS. Ela recebeu telefonema dizendo que ele está com AIDS. Ele fez o exame para deixá-la mais tranqüila, ela para ter uma prova para os familiares, caso o boato estoure.	?	?
<i>13</i>	Contradizer boatos (Ele). A mãe dela soube por um espírita que ele está com o vírus, “está tomado”, que pegou através do crack.	?	?
<i>14</i>	Encaminhamento médico – Gestante. Ela refere muito medo de ter contraído o vírus HIV com seu antigo companheiro, que era casado e tinha outras amantes além dela. Tinha vontade de fazer o teste, mas esse desejo só se concretizou a partir da solicitação médica, por ela estar grávida.	?	?
<i>15</i>	Encaminhamento médico – Gestante.	?	?

H: Homem / M: Mulher

- : Resultado negativo para anti-HIV

+ : Resultado positivo para anti-HIV

J: Período de janela imunológica (relativo aos três primeiros meses após a infecção, quando podem não ser detectados anticorpos)

?: Resultado não disponível no momento da entrevista

Análise Indutiva

A descrição localizou três motivadores para a realização do exame, que podem ser identificados como de ordem interna, como é o caso da percepção de risco, e de ordem externa, como é o caso do encaminhamento médico e da pressão do grupo social. No entanto, a ocorrência de comportamentos ambivalentes que podem postergar a realização do teste ou a procura dos resultados foi o ponto escolhido para uma análise indutiva. O Casal 8, por exemplo, fez uma primeira testagem, mas buscou o resultado somente 11 meses depois, deparando-se com o resultado positivo em um dos cônjuges. Essa ambivalência atua mesmo quando o casal compartilha a consciência do risco. As histórias dos casais indicaram que a percepção de risco compartilhada é uma forma de controle interno do casal para a tomada de decisão, mas que não se mostrou de todo efetiva. Torna-se necessária alguma forma de controle externo, como o encaminhamento médico ou a pressão do grupo social para facilitar e desencadear a ação. Nesses casos, a motivação para a realização do exame que aparece na superfície não envolve uma consciência relacionada à AIDS, mas uma resposta imediata ao adoecimento do corpo, ou uma resposta imediata às suspeitas do grupo social dos casais, garantindo uma suposta honra.

Análise crítica

Qual o impacto de saber que as pessoas ficam ambivalentes para a prevenção? Reconhecer a ambivalência é fundamental para buscar a compreensão dos mecanismos que estimulam, adiam ou impedem a ação. Como já constatado no estudo de Maman e cols. (2001), o medo da reação do parceiro, as dificuldades de comunicação entre o casal, os padrões de tomada de decisões e de atitudes com relação à testagem mostraram-se como barreiras impedindo ou adiando a testagem e, quando esta ocorre, a revelação do resultado ao parceiro. Mas, tanto quanto esses fatores, a ansiedade permeia essa ambivalência, e a postergação protege quanto ao medo maior, que é saber que se está com AIDS. Os dilemas existenciais que permeiam esse período poderiam ser apresentados em algumas perguntas: Para que testar-se? O que é pior, saber ou não saber? O que mudaria em mim e/ou no relacionamento com a testagem? Como é conviver com a dúvida? Principalmente, se não houver mais dúvida, terei certeza de quê?

Com efeito, não saber a sorologia e conviver com a dúvida gera uma enorme quota de sofrimento, pois há uma luta para evitar que a morte, uma certeza abstrata e

distante para todos, passe a ser uma certeza concreta e imediata. Conservar dúvida ou fingir que se esqueceu do problema pode trazer a falsa sensação de que ele não existe. De fato, a dúvida e a postergação aumentam os prejuízos físicos para aqueles que estiverem infectados por HIV, com a consequência imediata de impedir o início do tratamento. Conforme estudo realizado com indivíduos soropositivos, a ameaça a vida é experienciada em múltiplos estressores, como o confronto com o diagnóstico, o medo da revelação, a não previsibilidade da condição física, hipervigilância a sintomas físicos, grande transformação emocional, e restrição de planos de vida (Hsiung & Tsai, 2000). É necessário proporcionar espaços que favoreçam uma postura ativa diante desses estressores, de modo que ações mais saudáveis, como a realização de testagem e o compartilhamento com o parceiro, possam acontecer.

As opiniões do grupo social dos casais parecem ter impacto como fator motivacional para a realização do exame, facilitando que o controle interno venha à consciência e se transforme em ação, superando a ambivalência. Essa influência do grupo social pode ocorrer sob a forma de coerção e ameaça de perdas sócio-afetivas, como exemplificado pelas situações de boatos. Entretanto, em uma modalidade ideal, o grupo favoreceria os aspectos de saúde e auto-estima pelo conhecimento da sorologia e possibilidade de ação sobre ela, através dos tratamentos disponíveis. Nesse sentido, a alternativa de baixar a ansiedade quanto à testagem através de campanhas da mídia e do atendimento pré-teste seriam estratégias que poderiam favorecer a redução da ambivalência e facilitar a ação. Entretanto, a clarificação quanto a aspectos da doença AIDS também pode levar a outro extremo defensivo, a minimização da doença. A AIDS passa a ser vista por parte da população como apenas mais uma doença crônica tratável, para a qual não são necessários maiores esforços de prevenção.

3.2 Informações sobre HIV/AIDS

Descrição

Antes de realizar o teste, os participantes já possuíam informações generalizadas sobre AIDS e formas de prevenção, adquiridas principalmente a partir de campanhas veiculadas na mídia (TV, jornais, reportagens e revistas), mas também através de amigos, da escola e de acompanhamento médico. As principais formas de transmissão citadas foram: relações sexuais, uso de drogas injetáveis e transfusões de sangue; nem todos sabiam da transmissão vertical (da mãe para o bebê). O conhecimento da transmissão através de relação heterossexual era dominante; referências à transmissão

por relações homossexuais não foram enfatizadas. Havia dúvidas esparsas sobre os riscos de contrair o HIV beijando na boca, pegando o filho no colo, bebendo no mesmo copo, dando as mãos ou em uma cesariana. Como forma de prevenção, foram referidos o uso de preservativos (principalmente masculinos, mas também femininos) e o não uso de drogas (ao invés do não compartilhamento de seringas). A diferença entre ser portador do vírus HIV e ser doente de AIDS nem sempre era conhecida, levando à crença de que o contato com o vírus levaria imediatamente à enfermidade, à degeneração física e à morte. Também havia desconhecimento sobre o período de janela imunológica e sobre a possibilidade de reinfecção entre portadores. Casais com o mesmo tipo de informação podiam tanto se considerar bem informados quanto mal informados. Em alguns casais, o nível de informação não coincidia e cada cônjuge possuía informações diferentes.

Análise indutiva

Três aspectos apresentam relevância para o entendimento das práticas de casais: 1) o fato de que os informantes têm informações básicas e suficientes para localizar risco nas relações heterossexuais, conhecendo as formas de prevenção; 2) a forma como essas informações são obtidas (individualmente, através da mídia), o que traz implicações para seu compartilhamento com o outro (cônjuge); 3) o fato de haver disparidade no nível de informação dos membros da díade.

Apesar do domínio de informações básicas e suficientes, percebe-se que os casais fazem uma leitura particular dessas informações, que é permeada por representações populares quanto à sexualidade e à doença. Isso alimenta idéias errôneas, das quais uma das mais graves é o desconhecimento da diferença entre ser portador do vírus e ter a doença AIDS, o que implica numa percepção de risco distorcida.

O fato de as campanhas da mídia serem referidas como forma primordial de obtenção de informação traz implicações para seu compartilhamento, podendo tanto dificultar quanto facilitar a discussão do tema. A dificuldade principal reside na forma individual e passiva dessa modalidade, já que a informação não advém de uma troca relacional, como ocorre com um amigo, professor ou médico. As habilidades de falar sobre o assunto e de expressar a opinião não são exercitadas por essa via e precisam ser desenvolvidas para a troca com o(a) companheiro(a). Por outro lado, há casais para os quais as campanhas de TV serviram como estímulo para a troca de comentários sobre

AIDS. Essas conversas estavam relacionadas a conhecidos ou pessoas da vizinhança que se suspeitava estarem infectadas, não chegando o casal a considerar-se vulnerável à AIDS.

A troca de informação entre os parceiros assume importância quando o foco é a suscetibilidade à AIDS em relacionamentos conjugais. Verificou-se que havia disparidade no nível de informação entre os cônjuges: um sabia mais que o outro, ou um tinha determinada informação e outro não. Isso ficou explícito através da utilização do singular ou do plural na fala dos casais: “Ah, isso *a gente* sabia!” ou “...isso *eu* sabia” (Casal 7). Muitas campanhas reforçam a tomada de decisão individual, mas um casal com níveis diferentes de conhecimento, ou com informações contraditórias, pode despotencializar todo o trabalho feito com um dos membros da díade. Assim, alternativas que potencializem a circulação das informações entre os cônjuges podem favorecer a qualificação do nível de informação do casal e também da troca conversacional.

Análise crítica

A análise indutiva formulou duas novas perguntas: Afinal, essas informações eram trocadas entre os cônjuges? Se os casais conversavam sobre o tema da AIDS, por que mantinha-se discrepância no nível de informação dos cônjuges? Os dados deste estudo reeditam uma constatação geral dos estudos com o foco na prevenção: ter informações sobre a AIDS e sobre prevenção não leva automaticamente a atitudes e ações preventivas (Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Hobfoll, & cols., 1994; Ford & Norris, 1995). Especificamente no Brasil, estudo sobre o comportamento sexual da população brasileira indicou um descompasso entre o bom nível de informação da população e o grau de exposição ao HIV, mediado por uma baixa percepção de risco (Brasil, 2000). De outra parte, a descrição e a análise indutiva apontam o contexto que permeia a aquisição e troca da informação como fundamental para que a mesma possa fazer parte concretamente da vida dos casais. Implica em estabelecer uma forma de vínculo onde o compartilhar - de informações, de medos, de ansiedades - possa estar presente, e onde as disparidades no conhecimento do casal possam ser equilibradas.

O uso de preservativos ocorre em um contexto interpessoal, e a habilidade de comunicação com o parceiro sobre sexo mais seguro é fundamental para a tradução de conhecimento (informação) e preocupação com o HIV (motivação) em ação (comportamento). Muitas das propostas preventivas, principalmente as veiculadas

através da mídia de massas, têm dado grande ênfase à informação sobre modos de transmissão e de prevenção, pressupondo que a partir da qualidade dessa informação serão desencadeadas a motivação e a ação. Como aponta a literatura, assim como o conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e práticas preventivas, a habilidade de comunicação e negociação com o/a parceiro(a) favorecem a negociação para a prática de sexo mais seguro (Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barret, Peterman & Bolan, 1997; Ford & Norris, 1995; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). Mas, para tanto, é necessário que o casal possa perceber sua própria vulnerabilidade, a partir de sua vida pregressa e do contexto do relacionamento atual. Os casais reconhecem a relação heterossexual como possível fonte de transmissão. Mas, esse reconhecimento de que a transmissão se dá por via sexual faz com que as pessoas a incluam como uma possibilidade em suas vidas? Isso os levaria a incluir as relações com o cônjuge entre as situações de risco?

3.3 Percepção de Risco

Descrição

As entrevistas mostraram três modalidades de percepção de risco: 1) admissão de suscetibilidade; 2) afirmação de não suscetibilidade; e 3) inserção contraditória e ambígua. Essas modalidades estão entrelaçadas com a possibilidade de compartilhamento ou não do risco percebido entre o casal.

A primeira modalidade é a de casais que compartilham a mesma percepção de risco, considerando tanto os fatores pessoais (situações de seu próprio passado ou presente) quanto os riscos relacionados ao cônjuge (situações de vida do parceiro). Esses casais reconheciam que haviam se exposto a risco através de relações sexuais desprotegidas e de atividades profissionais (risco ocupacional). Por exemplo, nos casais 1 e 9, ambos os cônjuges preocupavam-se com as experiências sexuais desprotegidas anteriores a este relacionamento, referentes a si e ao outro. O casal 5 reconhecia risco ocupacional em ambos os cônjuges: ela, por ser auxiliar de enfermagem, ele, por ser viajante, permanecendo semanas afastado de casa só na convivência de homens, o que incentivaria o sexo extraconjugal.

A segunda modalidade é a de casais em que ambos os cônjuges não se percebem em risco, nem quanto a si, nem quanto ao parceiro ou parceira. Os argumentos são indicadores de uma percepção de risco baseada em critérios parciais ou mesmo equivocados: não fazer parte de grupo de risco, conhecer os parceiros anteriores e estes

não terem adoecido, não ter filhos que pareçam estar doentes, estar atualmente ou vir de um relacionamento estável, poucas parcerias sexuais, ter casado virgem e este ser o único parceiro (somente mulheres), não ser usuário de drogas, ser doador de sangue. Esses casais tendem a reconhecer alguns riscos específicos, ignorando outros, como ilustram as histórias a seguir.

A história do Casal 4 exemplifica a situação em que o passado sexual desprotegido é desconsiderado baseando-se na noção de grupo de risco. Durante o casamento ele teve algumas amantes, de modo geral sem prevenção. A partir de propagandas da mídia que diziam que “AIDS mata”, passou a usar preservativo em relações casuais, mas à medida que a relação com a amante ficava estável, a tendência era abdicar do uso.

M: Eu nunca imaginei [que tivesse o risco de contrair o vírus].

H: Nem passou pela minha cabeça. Eu pensava assim: “tenho certeza que eu não tenho”.

M: Bem pelo contrário, eu até achava que isso era coisa de menos esclarecidos, né, de um nível cultural mais baixo.

H: Eu diria assim, isso aí tá no antro da sem-vegonhice, naqueles veados da Farrapos, nessas pessoas... Pessoas normais não tem AIDS, assim... Mas não é. Tem muita gente, pelo que eu sei... médico, doutor, isso, aquilo. Não é só no pobre.

A história do Casal 13 exemplifica como as práticas sexuais prévias ao relacionamento são descartadas da noção de risco. Percebe-se que as relações extraconjugais e as relações sexuais anteriores nem sempre eram levadas em conta como situações de risco. Os argumentos para isso envolviam a crença de que se pode perceber o desgaste físico de uma pessoa com o vírus da AIDS ou que a infecção seria visível em filhos nascidos dessas relações anteriores. Há nestas histórias uma dificuldade recorrente em reconhecer a diferença entre ser portador do vírus HIV ou doente de AIDS sem sintomas, e doente de AIDS em fase terminal. Após uma das muitas brigas e separações temporárias do casal, o companheiro esteve com outra mulher. Ele afirma que houve uma única relação sexual, que usou camisinha, mas que esta estourou. A mulher ficou grávida.

P: Mas antes de conhecer ela [a atual esposa] tu tinha vida sexual, ou não?

H: Eu tinha vida sexual no caso. Tá, mas a pessoa, no caso, que eu andei, que eu saiba tá muito bem até hoje, mora perto, lá. Porque as namorada que eu tive

foram tudo de perto, elas tão muito bem até hoje, sabe, elas nunca decaíram, nunca ficaram doente, nunca nada, entendeu? No caso, ela [a atual esposa] pensa, no caso, se eu tenho, Deus que me perdoe se eu tive, ela diz que é dessa mulher, entendeu.[...] [Só tive sexo com ela] uma vez e ela ficou grávida. Então se aconteceu isso só essa vez e ela, no caso, eu peguei, no caso, e ela já tinha, então a criança tinha que nascer com AIDS, não tinha? [...]

P: Dos outros relacionamentos teus tu não vê risco?

H: Não vejo risco nenhum.

P: Tu vê [dirigindo-se à mulher]?

M: Não.

A história do Casal 7 mostra como a confiança na habilidade de selecionar parceiros não infectados encobre o risco das relações sequenciais estáveis desprotegidas. O argumento de que teve poucas relações sexuais, ou que sempre foi fiel a cada namorada também é utilizado. O risco existiria somente para os promíscuos, mas a definição de promiscuidade pode ser muito particular.

P: [Sobre o modo do HIV ter entrado na vida do casal.]

H: Eu acho que poderia ter a ver com a minha vida anterior, no caso. Só que eu acho estranho porque eu nunca fui uma pessoa de levar a vida promiscuamente [...] Eu acredito que uma pessoa prá poder se contaminar com uma doença ela, geralmente, com doenças sexualmente transmissíveis, ela tem que viver uma vida promíscua. Ela tem muita chance de se contaminar com muita coisa, ela... eu digo, penso... e diante dessas dúvidas todas...

P: Mas tu tiveste namoradas, então?

H: Ah, isso eu tive umas cinqüenta ou mais na vida.

Uma possibilidade, ainda, era a percepção de risco estar relacionada aos filhos, mas não ao próprio casal, como exemplificam excertos das entrevistas dos casais 3 e 6.

Casal 3 - H: Não, a gente só falava [sobre camisinha]! A gente só falava. Até o meu gurizinho, o meu filho, né [dirigindo-se à esposa]? Ele tem oito anos, daí até ele diz: “né mãe, quando tem namorada tem que tê camisinha.”, “não, tem que tê camisinha!”. A gente conversa, tudo, explica.

P: Mas na relação de vocês nunca fez parte?

M: Não.

H: Não, nunca fez parte [fala mais baixinho].

Casal 6 - *M: Porque quando começou esse problema de HIV eu comprei um livro sobre o HIV. Eu tenho filhos rapaz, eu tenho uma moça dentro de casa.[...]*

P: Mas vocês tinham medo de pegar AIDS transando com alguém, assim?

M: Não, nunca me passou isso pela cabeça.

Ainda dentro da segunda modalidade de percepção de risco - casais em que ambos os cônjuges não se percebem em risco, podemos incluir os exemplos de mulheres, como no caso do Casal 7, que se reportaram ao fato de terem casado virgens, ou do atual companheiro ter sido o primeiro parceiro sexual, como uma alusão à ausência de risco em suas vidas. Fica evidenciado o risco advindo da dupla moral existente em nossa sociedade. O argumento da parceria única é limitado, pois só dá conta do nível de percepção de risco pessoal, centrado no passado, ignorando o risco relacionado às vivências do cônjuge e à atualidade do casal.

Também o fato de doar sangue foi relacionado à não admissão de suscetibilidade. Ainda que não seja feita explicitamente com a intenção de identificar a sorologia para HIV, a doação de sangue acaba servindo para esse fim. Desta forma, o risco do passado é descartado, pois, se houvesse a infecção, esta apareceria no sangue doado. Novamente, o desconhecimento da janela imunológica leva a uma falsa segurança, procurada em um comportamento que investiga um fato já ocorrido ('terei me infectado?') ao invés de prevenir essa possibilidade.

A terceira modalidade é a percepção de risco não compartilhada, em que os casais diferem em suas avaliações: um dos cônjuges avalia risco e o outro não. As histórias dos Casais 8 e 14, a seguir, exemplificam essa situação, que traz um desafio específico para a prevenção: as situações em que um cônjuge avalia o risco e quer assumir práticas preventivas mas o outro ou desconhece ou desvaloriza essa preocupação.

No Casal 8, o homem percebia risco pessoal, advindo do uso de drogas injetáveis, e suspeitava ter o vírus há dez anos. Sua esposa não considerava risco pessoal, apesar de ter experiências sexuais desprotegidas anteriores a este relacionamento, e também não percebia risco relacionado ao cônjuge, apesar de saber que ele era usuário de drogas injetáveis. Iniciaram o relacionamento usando preservativo por iniciativa dele. O motivo real dessa iniciativa, entretanto, não foi explicitado:

P: E o que fez vocês usarem camisinha, então, no início do namoro? Por quê?

H: Prevenir. Evitar que ela se contaminar.

M: Mas eu não sabia que ele tinha, mas eu aceitava. Ele falava pra usar camisinha porque ele tinha medo de engravidar, e eu não queria engravidar.

O parceiro do Casal 14 nunca pensou em AIDS. Desvalorizava o risco, dizendo que só transou com as duas ex-esposas. A parceira considerava-se suscetível por não ter usado preservativo com parceiros anteriores, principalmente com o homem com quem viveu como amante por sete anos e que tinha ao menos três mulheres ao mesmo tempo. Também reconhecia o risco relacionado ao cônjuge, referindo que o parceiro teve outras mulheres e a fidelidade delas não podia ser garantida.

[Sobre o homem com quem viveu como amante por sete anos]

M: Só que nesse meio tempo ele pulava a cerca do lado de lá, né. Ai eu fiquei com aquele medo, né, depois que apareceu essa doença ai, sabe lá. Não tá escrito na testa, né? Como diz a doutora lá, tá no sangue, né?(...) Mas depois que começou essa, a aparecer a AIDS, né, ficava sempre com a pulga atrás da orelha, né. A mulher dele podia andar com outros também, né, e andá com ele e ele andava comigo.

[Sobre o risco do atual parceiro]

H: Eu, prá falá a verdade, prá transá mesmo assim, só minhas, minhas duas ex, né.

M: Tá, e nesse meio tempo que tu deixou da primeira e ficou com a segunda, deixou da segunda e voltou prá primeira? Quem garante que elas não pularam a cerca?

Esse não compartilhamento da percepção de risco envolve a dificuldade que muitos casais têm em explicitar tanto o risco percebido quanto o desejo de usar preservativo. Como exemplifica a história do Casal 8, alguns preferiam não verbalizar, mas deixar implícito esse desejo, fazendo com que o preservativo fosse usado sem que se falasse sobre isso.

M: A gente nem combinou. A primeira vez que a gente transou foi com camisinha. Eu nem... não falei nada. Ele já se apresentou com a camisinha, né. Prá mim foi ótimo! E no começo sempre assim, com camisinha, camisinha, camisinha.

P: Foi sempre assim?

M: É, e depois a gente já começou a se soltar mais um pro outro, né...

“Se soltar mais um pro outro” significa que eventualmente não usaram camisinha mas fizeram coito interrompido, mas também significa que ela se sentiu mais à vontade para solicitar a camisinha.

M: Não! Pega a camisinha (rindo). Eu falava sempre, né.

Análise Indutiva

A descrição apontou três diferentes níveis de consciência de suscetibilidade e de compartilhamento com o parceiro. A análise indutiva irá focalizar o entrelaçamento entre avaliar o risco, suportar a inclusão do relacionamento amoroso neste contexto e viabilizar o diálogo com o parceiro no sentido de uma decisão, seja pela prevenção ou não.

Como visto no tema 2, ter informações sobre HIV/AIDS não é suficiente para que os casais avaliem corretamente sua suscetibilidade de infecção. As análises deste estudo também confirmam dados já constantes na literatura, de que há uma tendência a excluir a relação estável do contexto do risco, levando a práticas de sexo desprotegido (Brasil, 2000; Ford & Norris, 1995). Para que o casal possa avaliar corretamente sua vulnerabilidade é necessário considerar tanto as experiências do passado quanto as possibilidades de infecção atuais. A possibilidade de sexo extraconjugal é especialmente negada; na fala dos casais deste estudo, a fidelidade é parte intrínseca do ser casal, e quebra da fidelidade implica em quebra do relacionamento. Assim, suportar a inclusão do relacionamento amoroso estável no contexto do risco exigiria uma avaliação racional, que não faz parte do ideal do amor romântico.

Na construção da relação amorosa, cada casal estabelece um padrão relacional com regras implícitas, explícitas e de transação que determinam quem estabelece oficialmente as regras, quem as aplica, quem as faz respeitar (Anton, 1998, 2002; Carter & McGoldrick, 1995; Miermont & cols., 1994). É com base nesse padrão relacional que cada casal se comportará diante da possibilidade da infecção por HIV. Como visto na descrição, quando houve convergência na avaliação da suscetibilidade entre os membros da díade, o diálogo foi mais fácil. Aparentemente, as regras relacionais tendiam à simetria, permitindo que tanto o homem quanto a mulher falassem sobre o assunto. Entretanto, quando houve divergência na suscetibilidade percebida, as regras de transação tendiam a limitar o diálogo sobre os conteúdos do risco e da prevenção. Aparentemente, a inserção contraditória e ambígua indica dificuldades no nível da relação conjugal mais do que no nível de conhecimento sobre conteúdos de HIV/AIDS.

O padrão relacional do Casal 14, mostra a desvalorização do conteúdo apresentado pela mulher, ao mesmo tempo que explicita o risco de rompimento relacional.

H: Isso é coisa da cabeça dela. Não tem porque ter medo [da AIDS].

M: Digamos assim que quando a gente gosta a gente fica cega, né?(...) Coisas assim que a pessoa pede prá gente fazer e a gente vai e acaba fazendo porque a pessoa qué, né. “Não se tu não deixá eu transá sem camisinha então eu vô procurá uma outra pessoa, termina aqui mesmo”...

O risco do rompimento da relação é um custo emocional importante, principalmente para as mulheres, que tendem a adotar comportamentos de risco para a manutenção do relacionamento afetivo, inclusive no sentido de não testar-se, como também constatado no estudo de Maman e cols. (2001). Em muitos casos, viabilizar o diálogo com o parceiro no sentido de uma decisão quanto à prevenção pode levar a decisões mais amplas, sobre a própria manutenção do relacionamento. Se a conversa sobre prevenção não for suportável para qualquer um dos cônjuges, ela deixa de ser prioritária e o convívio com a ambigüidade e a dúvida se mantém.

Análise crítica

Os modelos teóricos que procuram explicar o comportamento relacionado à prevenção da infecção por HIV valorizam o conhecimento sobre a doença, sobre formas de prevenção e a avaliação correta do próprio risco de adoecer (AIDSCAP, 2002; Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barrett, Peterman & Bolan, 1997; Brito, 1998; Ford & Norris, 1995; Hobfoll & cols., 1994; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). As intenções e decisões sobre comportamentos para a saúde são tomadas através da análise da suscetibilidade a uma doença, severidade da mesma e custos e benefícios sociais, psicológicos e fisiológicos de atividades de redução de ameaça à saúde. A significativa ausência ou discrepância na percepção de risco entre os casais deste estudo levou a comportamentos sexuais não preventivos, consistentes com esta perspectiva.

A descrição e a análise apresentadas até aqui trazem, em parte, um viés da percepção individual de risco. Knauth, Victora & Leal (1998) afirmam que esta noção supõe racionalidade do comportamento individual, e contrapõe a esta a noção de vulnerabilidade, priorizando fatores sociais e culturais. Os exemplos sobre a percepção de risco mostram a importância das inter-relações e sobreposições das percepções

individuais na formação de uma percepção de risco do casal, que pode ser compartilhada ou não. Essa, por seu turno, está permeada pelas noções do grupo social dos casais quanto ao adoecimento e ao sexo; daí a utilização de critérios parciais e equivocados para a percepção de risco, predominantes na segunda modalidade descrita. Entretanto, é no nível da interação diádica que a vulnerabilidade se concretiza.

Os estudos de Villela (1996) e Knauth, Victora & Leal (1998) mostraram como, no contexto de cultura popular, o risco faz parte da natureza aleatória dos eventos, sejam estes sociais (como perder emprego) ou biológicos (“pegar filho”, “pegar doença”), tanto no sentido da proteção quanto no sentido da infecção do indivíduo. Para as mulheres, especificamente, associar risco e sexualidade é parte do cotidiano (risco de engravidar, risco de perder filho, de perder marido). O risco passa a ter uma dimensão de destino, “no sentido de evento contingente, dado que sua possibilidade está sempre presente no mundo no qual o indivíduo se insere e de que é parte” (Knauth, Victora & Leal, 1998, p. 193). Assim, o risco de contrair uma doença, incluindo a AIDS, pode fazer parte do custo intrínseco de qualquer relação; é um evento que pode ocorrer a partir da relação (sexual ou pessoal) entre um homem e uma mulher.

Como visto na descrição, o risco relacionado ao cônjuge pode ou não ser reconhecido; quando reconhecido, parece haver um esforço para encobri-lo, pois há outros custos que precisam ser emocionalmente considerados. Além disso, se o poder decisório está nas mãos do destino, há que considerar que a relação amorosa estaria permeada do mesmo poder. Como pode o ser amado trazer riscos? Como é apontado por Knauth (1997b), é como se existissem dois tipos de AIDS, “a dos outros e a AIDS das pessoas comuns, das pessoas ‘de bem’. A primeira é vista como resultado de comportamentos condenáveis, irresponsáveis e voluntários; a segunda, é uma obra do acaso, que decorre da natureza masculina e do desempenho de um papel social (de esposa)” (p. 300).

Buscando uma interpretação do risco no espaço em que de fato se efetiva, do relacionamento conjugal, este estudo propõe a análise a partir da intersecção entre o parâmetro individual e o parâmetro diádico. O que compõe, afinal, a percepção de risco do casal? O risco do casal é o somatório dos riscos individuais de seus membros. A observação desses dois níveis e a avaliação da coincidência ou não das percepções dos cônjuges assume grande importância para aqueles que trabalham com casais e, de modo amplo, para a prevenção.

IV. DISCUSSÃO

A ação de determinar a sorologia com o cônjuge põe em avaliação a própria vida, a vida do parceiro e a relação conjugal. Podem estar incluídas questões como: meu parceiro foi ou está sendo verdadeiro comigo (conta a verdade sobre seu passado ou sobre as relações presentes); eu estou sendo verdadeira(o) comigo ao avaliar meus riscos, minha vulnerabilidade? Em última instância, pode levar à delicada pergunta: essa relação conjugal ‘vale a pena’?

Para responder às questões de pesquisa utilizou-se o período da testagem como marco revelatório dos aspectos experienciais de casais que se apresentaram para realizar juntos a testagem para HIV. Esse fato é marcador de que uma percepção de risco concreta e, até certo ponto, compartilhada, estaria estabelecida pelos membros do casal. A partir do referencial geral dos modelos teóricos que sustentam as propostas preventivas (Social Cognitive Theory, Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Protection Motivation Theory e AIDS Risk Reduction Model) analisou-se o Nível Informativo/Cognitivo dos casais (tema 2), constatando que possuem informações suficientes para reconhecer risco em relações sexuais desprotegidas. Essas informações, entretanto, podem ser desconsideradas ou transformadas por uma interpretação particular, excluindo o cônjuge e o relacionamento conjugal atual do âmbito da percepção de risco. As percepções quanto ao risco - Nível Motivacional (tema 3), podem ou não ser compartilhadas, o que traz diferentes implicações para a prevenção. Sobrepostas, as percepções individuais formam uma percepção de risco do casal, pouco desenvolvida na literatura sobre o assunto. Essa percepção não é necessariamente desencadeadora da ação de testar-se (tema 1). Pelo contrário, o controle ou estímulo do grupo social, ao reconhecer os sinais do adoecimento, parece levar a ações mais efetivas.

Retomando a questão de pesquisa: Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo e com o outro na parceria conjugal? As análises dos três temas mostram um pouco do processo pelo qual os casais passam para apropriar-se da realidade que compõe a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS. É muito difícil para um casal que inicia ou já está em uma relação com alguma estabilidade considerar a possibilidade de o HIV/AIDS fazer parte de sua relação amorosa. Tal pensamento, ainda que muito realista em nossos dias, contraria fundamentalmente a imagem idealizada do objeto de amor romântico: como poderia o meu escolhido trazer

consigo tamanho risco? Assim, a maioria dos casais sequer pensa no problema da AIDS e não a relaciona com sua vida, conversando muito pouco sobre o assunto, a não ser diante da fatídica realidade da infecção de vizinhos, amigos ou parentes. Em algum momento, entretanto, alguns casais tornam-se sensíveis ao problema e passam a pensar: isso pode estar acontecendo conosco? Isso pode estar acontecendo comigo? A partir desse questionamento são freqüentes uma série de mecanismos de adiamento para um dos passos fundamentais para lidar com o problema da AIDS: encará-lo de frente, fazer o exame e saber seu resultado. Isso envolve muita ansiedade, o que leva a processos defensivos, principalmente a negação. De modo geral, caracteriza-se por uma ténue aproximação inicial: é necessário coragem para fazer o exame, para deixar coletar seu próprio sangue e, depois, para receber o resultado. É necessária sinceridade para compartilhar de alguma forma a informação com o companheiro ou companheira e para conseguir modificar o cotidiano sexual. É necessária uma reformulação de vida. Nem todos chegam lá.

Quais as implicações para a prevenção considerando as diferentes modalidades de percepção de risco entre a díade conjugal? Em princípio, pode-se considerar que os casais que já têm consciência do risco teriam respostas mais rápidas em direção à prática de sexo mais seguro, pois possuem um contexto relacional e perceptivo que já é favorável à prevenção, necessitando apenas uma estimulação específica para desencadear essas ações. Cabe lembrar que mesmo os casais que admitem estarem suscetíveis à AIDS são ambivalentes ao concretizar as ações preventivas. Esse grupo pode beneficiar-se de campanhas que apresentem modelos efetivando a prevenção, associando a prevenção com comprometimento com o relacionamento. Maior desafio está entre casais que compartilham a mesma não percepção de risco. São aqueles que não estão sensibilizados à questão da AIDS, e reforçam um ao outro o descomprometimento com a prevenção. Necessitam sensibilização para além da informação pura e simples; é necessário que se reconheçam como possíveis portadores. Esses casais podem beneficiar-se tanto de sensibilização individual, tanto quanto de propostas preventivas que trabalhem os níveis informativo, motivacional e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de prevenção em grupos de pares ou grupos de casais, como, por exemplo, o modelo de intervenção proposto por El Bassel e cols. (2001). Há, ainda, os casais que diferem em sua avaliação: um dos cônjuges avalia risco e o outro não. Essa discrepância parece ser indicativa de tensões e problemas na relação conjugal. São estes os casais que, além da proposta de trabalho em grupos de

casais, poderiam beneficiar-se de procedimentos psicoterápicos voltados para a relação conjugal, trabalhando os acordos e desacordos explícitos e implícitos e potencializando o diálogo e o equilíbrio nas trocas do casal. Principalmente com este terceiro grupo, mas também com os demais, torna-se necessário trabalhar fortemente questões de gênero, potencializando a tomada de decisão das mulheres e desmistificando a imagem de virilidade associada ao comportamento não preventivo dos homens, assim como o potencial de comunicação do casal e de manifestação e sustentação das opiniões das mulheres.

Merece atenção, ainda, a participação do grupo social como rede de apoio que sustenta ou modifica as práticas dos casais, e dentro da qual ocorre a exposição ao risco. As pressões do grupo social dos casais tiveram influência para desencadear a ação de testar-se. As análises permitem sugerir que campanhas preventivas com foco nas comunidades podem favorecer a criação de espaços e de habilidades de diálogo entre os casais. O fato de o assunto poder ser público e compartilhado em diferentes espaços torna menos ansiogênico o diálogo sobre ele, assim como a ação a ser tomada a esse respeito. Mesmo quando o grupo social estimula a testagem motivada pelo preconceito, “para provar que não se está infectado”, o efeito é tornar necessárias conversas sobre o assunto, permitindo trocas que poderão ser mantidas, se também reforçadas por propostas preventivas voltadas para casais.

Destaca-se a importância da realização de estudos voltados para casais com relação à temática HIV/AIDS, em especial que analisem os possíveis efeitos preventivos da realização conjunta da testagem. Da mesma forma, estudos que comparem grupos de casais que buscam juntos a testagem e grupos de pessoas que estão em relações estáveis mas que realizam a testagem sozinhos(as) podem auxiliar na construção de alternativas para a prevenção, utilizando um espaço de intervenção já estabelecido no sistema público de saúde.

ESTUDO II

Uma nova aliança conjugal?

HIV/AIDS e práticas preventivas em Relacionamentos Conjugais

RESUMO

O estudo descreve e analisa práticas preventivas adotadas por 15 casais heterossexuais estáveis nos períodos anterior e posterior a testagem para HIV, realizada voluntariamente em serviço de saúde pública. Utilizou-se entrevista semi-estruturada, avaliando efeitos da realização conjunta da testagem sobre práticas e padrões de negociação para sexo mais seguro. Os dados foram analisados através de procedimentos qualitativo-fenomenológicos. Os resultados indicam que os riscos de infecção são negados ou desvalorizados, mesmo em casais sorodiscordantes, por dificuldades com o tema sexualidade e por padrões de comportamento de gênero: homens expõem-se a risco para afirmar sua masculinidade; mulheres para manter relacionamentos afetivos. Propõe-se construir intervenções com ambos os cônjuges, considerando dinâmicas do relacionamento e formas de comunicação necessárias para manutenção de comportamentos preventivos.

Palavras chave: HIV/AIDS - casais - prevenção - comportamento sexual

ABSTRACT

The study describes and analyses preventive practices adopted for 15 heterosexual stable couples before and after voluntary HIV testing, at a public health service. The interview, evaluate testing together as a couple effects on practices and negotiation patterns for safer sex. Data were analyzed through phenomenological-qualitative procedures. Findings suggest that even serodiscordant couples denied or minimized infection risks because difficulties with the subject sexuality or genre behavior patterns: men expose themselves at risk by trying to reaffirm their masculinity; women abdicating prevention in order to keeping the relationship. The study proposes to construct intervention with both, men and women, taking into account relationship dynamics and communication patterns needed to maintain preventive behavior.

Key words: HIV/AIDS - couples - prevention - sexual behavior

I. INTRODUÇÃO

A realidade epidemiológica da AIDS neste início de milênio caracteriza-se pela crescente feminização da epidemia. Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), 60% dos novos casos de infecção feminina, no Brasil, ocorrem entre mulheres que têm parceiros fixos. Diante dessa realidade, mostra-se relevante o desenvolvimento de estudos voltados para a sexualidade, que lancem olhar sobre as práticas de casais em termos de prevenção à infecção ou à reinfecção por HIV. Neste estudo, tomamos a diade conjugal como foco central. Utiliza-se o referencial de casal como um sistema que envolve uma conjunção entre duas individualidades, que sintetizam os sistemas familiares de origem e o contexto social mais amplo do qual participam. Como um sistema complexo, ao estabelecer a relação, o casal desenvolve mecanismos de regulação emocional e comportamental próprios, definidos através de comunicação verbal e não verbal, envolvendo acordos conscientes e inconscientes e regras de interação dos indivíduos entre si, assim como do casal com os sistemas familiares e sociais circundantes. A temática da sexualidade, foco deste estudo, é parte estruturante dessa relação, e está permeada por determinantes familiares e sociais, que se condensam nas concepções de gênero (Villela, 1996) - o que é ser homem e ser mulher para este casal neste momento específico e neste contexto social (Anton, 1998, 2002; Carter & McGoldrick, 1995; Pincus & Dare, 1981).

No início da epidemia de AIDS, até meados dos anos 90, nenhuma tática preventiva global esteve voltada especificamente para a prevenção de infecção por HIV/AIDS em relações conjugais ou uniões consensuais consideradas estáveis, uma vez que a monogamia implícita nessas relações era considerada fator de proteção. A crença de que as relações conjugais, supostamente monogâmicas, isentavam de risco dificultou a percepção da vulnerabilidade existente para pessoas em relacionamentos estáveis, principalmente para as mulheres (Campos, 1998; Kelly & Kalichman, 1995; Paiva, Latorre, Gravato, & Lacerda, 2002; Strebel, 1995). A noção de grupos de risco, enfatizada no início da epidemia, além de contribuir para a disseminação do preconceito, ajudou na constituição da AIDS como “doença do outro” (Daniel & Parker, 1991), dificultando a percepção de risco pessoal principalmente para aqueles que mantinham relacionamentos heterossexuais estáveis. Com a crescente feminização da epidemia, buscou-se adaptar as táticas globais de prevenção à realidade dos relacionamentos heterossexuais estáveis, enfatizando o uso de preservativos como

modelo de sexo mais seguro. Esse modelo, que surgiu dos grupos homossexuais americanos, utiliza forte apelo à proteção do corpo e à responsabilidade mútua, procurando também erotizar o uso do preservativo. Esse tipo de estratégia preventiva vem apresentando relativa eficácia em muitos países do chamado Terceiro Mundo, como no Brasil, devido a erros já identificados, como não levar em conta a cultura sexual e os contextos sociais e culturais onde as decisões sobre o sexo são tomadas. A ênfase na decisão e motivação individual é característica das intervenções preventivas desenvolvidas na América do Norte e Europa, mas essas noções de autonomia e responsabilidade individual são estranhas à nossa cultura, sendo questionável a adequação desse discurso e dessa estratégia para o contexto brasileiro (Barbosa, 1995; Paiva, 1994; Parker, Herdt & Carballo, 1995; Pimenta, Passarelli, Brito & Parker, 2002;). Contrapõe-se ao viés individual, a noção de vulnerabilidade, que considera os diversos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos implicados no contexto da disseminação do HIV/AIDS. Segundo o modelo proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993), a vulnerabilidade estaria associada e poderia ser avaliada a partir de indicadores de vulnerabilidade social (renda, escolaridade, acesso a serviços), individual (conhecimento sobre HIV, mudança de comportamento relatada, habilidades) e biológica (ser do sexo masculino ou feminino).

Pesquisas brasileiras têm mostrado que o desequilíbrio de poder torna a negociação de sexo mais seguro um dos mais críticos problemas para as mulheres (Barbosa, 1995; Campos, 1998; Paiva & cols., 1998; Paiva & cols., 2002). As mulheres brasileiras continuam não se percebendo vulneráveis à AIDS, principalmente ao cumprir seu papel social como esposa e mãe. Mesmo sabendo das práticas sexuais extraconjugais de seus parceiros, e portanto percebendo-se em risco, as mulheres apresentam dificuldade em apontar uma alternativa de prevenção. Para muitas, o medo de se infectar com o HIV é menor do que o receio de simplesmente sugerir a seus parceiros o uso de preservativos. A sugestão seria um indicativo de que elas sabem sobre questões sexuais, assim como poderia ser entendido como uma afronta à fidelidade do parceiro ou sinal de infidelidade pessoal. A noção de risco está profundamente vinculada aos atributos femininos de passividade e fidelidade, como indica estudo realizado com mulheres gaúchas (Both, 1997). Tais atributos estabelecem uma relação de gênero e uma relação de poder que dificulta a prevenção da AIDS e coloca as mulheres em risco de estigmatização quando ousam ser ativas, questionando as práticas sexuais. Para os casais que não têm conhecimento de sua sorologia a

negociação para a prática de sexo mais seguro leva a um paradoxo: se um dos membros da díade solicita que o parceiro use preservativo, pode ser interpretado como se desconfiasse da fidelidade do parceiro; se este concorda em usar, pode estar confirmando a desconfiança; além disso, a própria solicitação pode ser vista como um sinal de infidelidade. Já para os casais que se sabem soropositivos, ou são sorodiscordantes, a questão da fidelidade assume outro caráter, uma vez que a necessidade de uso do preservativo envolve uma realidade de risco presente e não uma possibilidade futura. Apesar disso, estudos realizados em São Paulo (Paiva & cols., 1998; Paiva & cols., 2002), indicam que as mulheres portadoras enfrentam os mesmos obstáculos que as demais: priorizam o cuidado de familiares, deixando-se em segundo plano, e apresentam dificuldade em negociar sexo seguro com o parceiro. Por colocarem-se na perspectiva relacional, a preocupação das mulheres, principalmente na fase de namoro e sedução, estaria centrada na consolidação do relacionamento conjugal, o que pode envolver, além da exposição consentida ao risco de infecção, ter um filho com esse parceiro (Villela, 1996).

As questões de gênero permeiam e sustentam os fatores citados na literatura como barreiras para a negociação de sexo seguro em relacionamentos estáveis, como a oposição ao uso de preservativos de um ou ambos os parceiros, a não avaliação de risco, o constrangimento (vergonha de propor o uso) e a possível diminuição do prazer (Brasil, 2000; Hobfoll, Jackson, Lavin & Britton, 1994; Paiva & cols., 2002). O casamento e as relações em longo prazo são vistos como incompatíveis com o uso de preservativos, já que sua utilização sugere a ruptura com o modelo monogâmico de sexualidade no casamento (Both, 1997; Guimarães, 1994; Willig, 1995). Assim, os fatores apontados como facilitadores de comportamentos preventivos, tais como conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e práticas preventivas, reconhecimento do risco, atitudes pessoais e do parceiro com relação ao uso de preservativos, e habilidade de comunicação e negociação com os parceiros sexuais, podem ser extremamente dificultados pelos padrões de comportamento esperados para cada gênero (Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barret, Peterman & Bolan, 1997; Ford & Norris, 1995; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). Esses padrões deixam ambos vulneráveis: os homens são pressionados a ser impulsivos sexualmente para se provar homens, enquanto as mulheres são pressionadas a ser não assertivas sexualmente e acatar os comportamentos sexuais masculinos (Paiva & cols., 1998).

Diante desse paradoxo, estudos da década de 90 já apontavam a importância de mudanças no comportamento masculino em suas atitudes com relação à sexualidade feminina para um controle efetivo da transmissão do HIV (Ford & Norris, 1995; Obbo, 1993; Roth & cols., 2001), assim como o necessário fortalecimento feminino em suas relações (Hobfoll & cols., 1994). Métodos preventivos voltados para mulheres, que reforçam a independência da decisão e controle femininos, tais como antimicrobicidas e a camisinha feminina, vem sendo estudados e aperfeiçoados mundialmente, em especial a partir de 1998. No Brasil, por exemplo, realizou-se pesquisa em cinco capitais, incluindo Porto Alegre, envolvendo 1.800 mulheres, que apontou cerca de 80% de adesão à camisinha feminina nos três primeiros meses de uso. As dificuldades residiram no manuseio do preservativo, sendo que o diálogo entre o casal facilitou a superação deste problema, aumentando a aceitabilidade do método (Brasil, 1999; Brasil, 2002; Ehrhardt & Exner, 2000; Moore & Rogers, 2002; Paiva & cols., 1998). Contudo, essas possibilidades preventivas tendem a ser parciais, centradas em um dos membros da diáde e no fortalecimento pessoal para tomada de decisões quanto à prática de sexo mais seguro. Essas propostas apresentam limites em sua implementação concreta ao chocar-se com o comportamento do parceiro, se este não foi envolvido no processo. Nesse sentido este estudo tem como foco justamente o momento da intersecção entre as realidades masculinas e femininas, a relação conjugal.

Com uma abordagem voltada tanto para a prevenção quanto para o tratamento, o Brasil tem se destacado na política de combate e prevenção à AIDS (Bastos & Malta, 2002; Pimenta, Passarelli, Brito & Parker, 2002). No âmbito da prevenção, as principais medidas são o incentivo ao uso de preservativo masculino e a orientação para sua utilização correta, a adoção de seringas descartáveis, através de programas de redução de danos, e o estímulo à testagem, incentivando a sorologia no pré-natal; no âmbito do tratamento, assegura-se a todos acesso gratuito aos antiretrovirais (Arantes, 2002). Em ambos os casos, o acompanhamento inicia-se através de procedimentos de testagem e aconselhamento voluntários, realizados em Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA. O alcance preventivo de tais procedimentos tem sido reconhecido através de estudos em diversos países, estando associado à redução de comportamentos de risco e adoção de comportamentos sexuais mais responsáveis (Fortenberry, 2002) e a menores taxas de soroconversão entre casais sorodiscordantes (Roth & cols., 2001). Entretanto, tais resultados são por vezes contraditórios. Weinhardt, Carey, Johnson e Bickham (2000) analisaram os efeitos do aconselhamento e testagem para HIV nos

comportamentos sexuais de risco, tendo como base uma revisão meta-analítica de 27 pesquisas publicadas entre 1985 e 1997. Os resultados indicam que, após a testagem e aconselhamento, tanto participantes HIV positivos quanto casais discordantes reduziram o sexo desprotegido e aumentaram o uso de preservativo, mais do que os HIV negativos e participantes não testados. Aqueles que constataram serem soronegativos não modificaram seus comportamentos mais do que os não testados. A pesquisa conclui que a testagem e aconselhamento para HIV parece ser um meio efetivo de prevenção secundária para indivíduos HIV+, mas não oferece o mesmo resultado como estratégia de prevenção primária para indivíduos ainda não infectados. Essas pesquisas, entretanto, não especificam se a testagem foi realizada por casais ou solicitada individualmente.

Considerando os fatores já descritos na literatura, que apontam para dificuldades relacionadas à negociação para a prática de sexo mais seguro, o presente estudo tem como objetivo descrever e analisar as práticas preventivas adotadas por casais nos períodos anteriores e posteriores à testagem voluntária realizada em Centro de Testagem e Aconselhamento. Pretende-se analisar se a possibilidade real de infecção, concretizada através do teste, trouxe mudanças nas práticas e nos padrões de negociação quanto à prevenção em uma amostra de casais Porto-alegrenses.

II. MÉTODO

2.1 Casais Participantes

Foram entrevistados 15 casais heterossexuais³ que estavam realizando testagem para HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado. Os casais participantes vivem juntos, casados ou em união estável, por um período mínimo de 9 meses e máximo de 14 anos (Tabela 1). Residem em bairros da periferia de Porto Alegre ou da região metropolitana, fazendo parte dos chamados grupos populares (camadas de renda baixa e média-baixa). O nível de escolaridade predominante é o ensino fundamental incompleto, mas há aqueles que concluíram o ensino médio e um informante com curso superior. A faixa de idade vai dos 17 aos 66 anos. Em alguns casos há casamentos anteriores e filhos desse(s) relacionamento(s). Alguns casais possuem filhos em comum, e 5 mulheres estavam grávidas no período da entrevista. Os casais residem em unidades domésticas nucleares independentes (casal e filhos) ou com familiares. Dois casais vivem em casas separadas: um casal vive junto apenas 4 dias por semana e em outro caso o marido está preso.

³ Foram convidados a participar da pesquisa cerca de 40 casais. Destes, alguns foram excluídos por serem casais de namorados (procurava-se casais estáveis), alguns não demonstraram interesse na participação, outros marcaram entrevista e não compareceram. Três casais não realizaram a entrevista por ao menos um de seus membros estar sob efeito de álcool ou drogas. Três casais realizaram atendimento de apoio, pois estavam mobilizados pelo recente conhecimento de seu estado soropositivo e não tinham condições emocionais de responder às questões da pesquisa. Efetivamente, foram entrevistados 15 casais heterossexuais que estavam realizando testagem para HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado, conforme descrito neste estudo.

Tabela 1 - Características gerais dos casais

Casal	Idade		Sorologia		Tempo de Casamento	Filhos em comum	Casamentos Anteriores		Filhos de casamentos anteriores		Escolaridade ****		H
	H*	M	H	M			H	M	H	M	H	M	
1	18	21	-	-**	7m	0	0	1	0	0	F I	F	Comércio da fa
2	37	33	+	J	2a e 3m	G***	1	2	2	3	?	?	Desemprega Foi garçon
3	35	35	+	-	14a	2	0	0	0	0	?	?	Micro-empres
4	38	36	+	-	10a	1	1	0	1	0	M I	S I	Desemprega Foi viajante mecânico
5	25	27	-	-	2a e 6m	0	1	0	0	0	M	M I	Segurança
6	34	37	+	?	3a e 6m	0	1	1	1	2	F I	F I	Agricultura no presídio
7	33	25	+	-	4a	1 G	0	0	0	0	F I	F I	?
8	32	17	+	J	2a e 5m	G	?	0	0	0	F I	F I	Operário constr civil
9	26	18	?	?	1a	0	1	0	0	0	M I	F I	Músico
10	35	28	-	+	2a	0	2	2	3	2	S	M	Vendedor
11	31	48	?	?	10a	0	0	1	0	3	?	?	Comércio da fa
12	48	66	?	?	5a separados há 3m	0	1	1	2	3	F	F I	Motorista ôni
13	24	20	?	?	5a	1	1	0	0	0	F I	F I	Auxiliar de proc desemprega
14	23	31	?	?	8m	G	2	1	4	2	F I	F I	Oficina mecân
15	24	22	?	?	2a 6m	G	0	0	0	0	M	M	Informática

* H: Homem / M: Mulher

** - : Resultado negativo para anti-HIV / + : Resultado positivo para anti-HIV / J: Período de janela imunológica

*** G: Gravidez

**** F: Ensino Fundamental / M: Ensino médio / S: Ensino superior / I: Incompleto

2.2 Instrumento

Para acessar a comunicação e a história do casal foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Anexo F). A entrevista iniciava com perguntas relacionadas ao início do casamento (como se conheceram), passando pelo motivo da procura do teste para HIV naquele momento (vivência da infecção e práticas relacionadas), finalizando com a filosofia sobre a relação a dois e pontos positivos do relacionamento conjugal. Essa seqüência propiciava o aquecimento apropriado à sensibilidade do tema, deixando o casal mais à vontade para as questões que tratavam de temas ansiogênicos, como a testagem e os motivos que os levaram a realizá-la, permitindo estabelecer um ritmo de comunicação entre o casal e a entrevistadora. As questões finais, voltando-se para os pontos fortes da relação a dois, favoreciam um fechamento com o foco em aspectos positivos da relação, diminuindo o nível de ansiedade.

2.3 Procedimentos

Os casais informantes foram convidados a participar deste estudo a partir de seu contato com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-COAS) Estadual, localizado junto ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Estado do RGS (ADS)⁴. O convite para participação deu-se através de dois procedimentos distintos: 1) durante o aconselhamento pós-teste pelos próprios aconselhores, através de Folheto Informativo aos Aconselhores (Anexo G); ou 2) após palestra que antecedia a testagem, pela própria entrevistadora. No primeiro caso, os aconselhores haviam sido previamente informados sobre a pesquisa e sobre o perfil dos casais candidatos. No segundo, os casais eram solicitados a permanecer na sala, quando se apresentavam os

⁴ Algumas explicações quanto ao funcionamento do CTA/COAS mostram-se necessárias. Este é um serviço gratuito de sorologia para o HIV. Cada pessoa que busca o centro para testagem quanto ao HIV passa por orientação pré e pós teste. A primeira atividade é um encontro em grupo, com duração de cerca de 1 hora e meia, onde são fornecidas informações sobre HIV/AIDS, formas de infecção e de prevenção. Segue-se a coleta do sangue. O resultado do exame está disponível após vinte dias, quando é feito o aconselhamento pós-teste. Este é feito individualmente, podendo o paciente optar por acompanhamento do cônjuge ou de familiar. No aconselhamento pós-teste as situações concretas de vida e de risco do paciente são investigadas. Se o resultado do exame for positivo, após serem respondidas as dúvidas e avaliadas as reações iniciais do paciente, este pode ser encaminhado para acompanhamento médico no próprio ambulatório. Também é feita uma segunda coleta de sangue, seguindo normas do Ministério da Saúde. Se o resultado do exame for negativo, avalia-se as mudanças de comportamento necessárias para a manutenção desse resultado e a viabilidade de sua implementação; questões relacionadas à janela imunológica são avaliadas. No período da pesquisa o CTA contava com 3 aconseladoras. Eram atendidos cerca de 15 pacientes por dia. O número de casais que buscava juntos a testagem não é grande. Não há estatística sobre isso.

objetivos da pesquisa, com distribuição de Folheto Informativo aos Casais (Anexo H). Era informado que, após a coleta de sangue, os casais que desejassem participar poderiam retornar à sala de palestra, para a entrevista. As entrevistas foram registradas em gravação de áudio e transcritas literalmente.

2.4 Análise dos dados

Para esta análise foram considerados aspectos das entrevistas esclarecedores para o entendimento do contexto da percepção de risco em relacionamentos conjugais. As análises foram realizadas em três etapas reflexivas (Gomes, 1998; Lanigan, 1988, 1997; Patton, 1980): 1) descrição das narrativas dos casais elaborada através da demarcação exaustiva das falas em unidades temáticas (Bardin, 1979), para que nada do que foi dito seja deixado de fora e nem engrandecido ou diminuído por escolhas do pesquisador (Gomes, 1998); 2) identificação de temas que se apresentam com potencialidade de esclarecer os elos que interligam as experiências vividas pelos casais, de acordo com os elementos fornecidos pelo contexto da descrição, designada por Patton (1980) de análise indutiva; 3) análise crítica ou interpretativa dos temas identificados através de confronto com a descrição, a literatura e a experiência do pesquisador com a situação em foco (Kvale, 1983, 1994; Lanigan, 1988, 1997).

III. RESULTADOS

3.1 Práticas preventivas anteriores à testagem

Descrição

Este tema considera as práticas dos casais no período anterior à testagem, do início do relacionamento até a realização do teste. Nesse período, as práticas podiam ser de prevenção ou de não prevenção. Dentre os casais que optaram pela prevenção, esta foi feita através do uso de preservativo masculino, principalmente no início do relacionamento, prática muitas vezes abandonada. O uso de preservativo estava relacionado à percepção de risco de infecção por HIV e prevenção de gravidez indesejada. Quando usado somente para contracepção, era rapidamente substituído pela pílula. Casais que percebiam risco e iniciaram o relacionamento usando preservativo abandonaram esse comportamento preventivo por dificuldades em seu uso, pelo descrédito na efetividade da prevenção após algum evento sexual desprotegido e pelo estabelecimento de confiança. Além do uso de preservativo com o cônjuge, outra prática tacitamente referida como preventiva foi a incitação do parceiro para que fosse fiel ou usasse preservativo em relação com uma terceira pessoa.

Na história do Casal 1 havia a percepção do risco de infecção, levando a tentativas de prevenção no início do relacionamento, que não se efetivaram por dificuldades no uso do preservativo.

H: Aí na primeira vez que eu fui usar a camisinha com ela eu fiquei meio inibido. Não deu. [...]

M: A gente tentou uma vez, não deu. Tentamos duas, não deu. Aí tá, aí tentamos a terceira. A terceira também não deu. Aí na quarta eu perdi a paciência com ele (risos). Aí eu peguei toquei a camisinha pro lado, eu digo: bom, não dá com camisinha vai ter que ser sem, que daí agora eu já perdi a paciência, na quarta vez. [...] Eu perdi a paciência porque: pára prá pensar um pouquinho, eu já tava há um ano sem relação nenhuma com ninguém, então tava invicta de novo, então eu já tava subindo pra cabeça aquele desejo.[...]

H: Eu acho assim, é, porque no início eu não conhecia bem ela, aí na primeira relação, ficou meio chato usar camisinha. Eu fiquei com aquela impressão assim ó: bá, “vai ver que eu não sei colocar”, entendeu, acho que isso me

deixou nervoso. Ai depois que eu, claro, nós já tinha várias relações, eu me desinibi completamente.

As histórias dos casais 8 e 9 mostram outro argumento apresentado para abandonar a prevenção: a crença de que, após eventual experiência desprotegida, o casal já estariam infectado, não adiantando mais o uso de preservativo.

Casal 8 - P: E quando teve essa situação (ele contar que podia estar com AIDS) tu pensaste em usar camisinha a partir disso, ou não...?

M: Não... a primeira coisa que eu pensei, se ele tem, eu tenho, então eu já tenho também, então não tem porque usar camisinha.

Casal 9 - P: E ai quando é que começou a parar? Quanto tempo atrás?

H: Com o relacion - Ah, acho que... uns três meses com o preservativo, depois... mais ou menos isso.

P: E ai parou de vez ou foi devagarinho, assim?

H: Parou de vez.

P: Vocês combinaram, não vamos mais usar?

H: É, é que depois que a gente erra, assim, sei lá, já errei, se tiver que pegar uma coisa do outro já aconteceu... Mais ou menos, acho que o nosso pensamento foi mais ou menos esse mesmo.

A história do Casal 9 mostra o abandono da prevenção a partir do estabelecimento de confiança. O casal iniciou o relacionamento usando preservativo, mas interrompeu após três meses, ao irem morar juntos.

H: [...] todo começo é... o cara começa tudo, depois começa a conviver, 'não, hoje não', aquela história de preguiça, acaba esquecendo... (...) Acho que todo casal começa assim, com aquele grilo na cabeça. Primeiro se cuida bastante, depois acaba pegando uma confiança na pessoa, conhecendo a história dela, mais ou menos assim, né, e acaba relaxando, acaba indo pro brejo, todos aqueles planos de cuidar, de se preservar, acabam indo pro brejo. Ai só que depois que a gente erra, né, que a gente começa a pensar, 'pô, que eu errei no passado, tu também errou'... tipo assim, né, já teve outras experiência de transar sem camisinha, sem preservativo antes... e é por isso que a gente veio aqui hoje, prá tirá as dúvidas.

Dentre os casais que não utilizavam quaisquer práticas preventivas do início do relacionamento à realização do teste, predominava a não admissão de suscetibilidade,

mas havia aqueles que suspeitavam de soropositividade em um dos parceiros, de relações extraconjugais ou de uso de drogas injetáveis. Esses fatores, entretanto, não determinaram ação preventiva. A não prevenção decorreu de pedido de prova de amor e confiança e explicitou a incompatibilidade do uso do preservativo com o casamento ou relacionamento estável, principalmente de modo a diferenciá-lo de relações sexuais eventuais. Parece não haver motivos para desconfiar do cônjuge que está em casa, mas sim das pessoas da rua ou dos encontros eventuais. Essa idéia mostrou-se predominante entre os homens com relação a suas mulheres, como, por exemplo, na história do Casal 4:

H: Depois que eu ouvi falar em AIDS sim [passei a usar camisinha]. A não ser em casa, né. Depois que eu ouvi “AIDS mata”, mas! Podia ser ... aí que eu desconfiava mais quando era uma guria num carrão, isso, aquilo, alguma coisa, e que me cantava, eu desconfiava mais ainda, do que às vezes qualquer uma. Mas sempre com camisinha.

Assim como não usar preservativo com a parceria oficial pode ser uma forma implícita de demonstrar comprometimento com a relação, essa prática pode ser um pedido explícito de prova de amor e confiança, como mostra a história do Casal 2:

M: Inclusive quando eu disse prá ele: “eu vou dormir contigo só se tu botá camisinha” ele disse assim: “então tu não me ama, tu tem que prová que me ama se tu não usá camisinha”. Eu tive que prová, né?

O pedido de prova de amor, exemplificado pelo Casal 2, partiu do homem, soropositivo, para a mulher soronegativa, e estava relacionado ao desconforto e impotência causados pelo preservativo, levando-os ao não uso. Essa é uma prova de amor unilateral, uma vez que a expressão de amor recíproca da parte dele, como cuidado a ela, não é efetivada e aparentemente não é esperada pela parceira.

Na história do Casal 10 situação semelhante acontece. Este é o terceiro relacionamento estável para ela; seu segundo companheiro propôs o não uso de preservativo como uma forma de provarem o seu amor. Entretanto, ela era sabidamente soropositiva e ele tinha sorologia desconhecida, nunca havia se testado.

M: Eu achei maravilhoso quando ele disse: “se morre por tantas coisas, porque não se morrer de amor?” Ele não queria usar preservativo e eu assumi o risco junto. Eu podia ter insistido no uso de preservativo, mas não insisti. Achei

romântico, que era uma prova de amor. Só que eu vi que era totalmente diferente. Quem ama alguém, primeiro tem que se amar.

O relacionamento terminou, mas o casal gerou um filho, que também é soropositivo.

Análise indutiva

O tema práticas preventivas anteriores à testagem mostra que os casais podiam iniciar o relacionamento com ou sem prevenção. Quando iniciavam com prevenção, esta logo era abandonada. Os motivos da não prevenção ou de seu abandono coincidem: 1) dificuldades com uso do preservativo; 2) crença de impossibilidade de proteção após uma experiência sexual desprotegida entre o casal; 3) estabelecimento da confiança; 4) incompatibilidade do uso do preservativo com o casamento ou relacionamento estável; 5) prova de amor e confiança. A redução destaca as dificuldades com o uso do preservativo e seu significado como símbolo de confiança e valorização do relacionamento.

As dificuldades e restrições ao uso de preservativo foram eminentemente masculinas, e reiteraram muitos problemas documentados na literatura, como a redução da sensação, interrupção da espontaneidade, interferência com a atividade sexual (causando até impotência) e dificuldades em colocar os preservativos (Hobfoll & cols., 1994; Paiva & cols., 2002). Também duas mulheres mencionaram não gostar de usar o preservativo, principalmente por interferir na proximidade entre o casal, impedindo-os de “realmente sentir um ao outro”. Os homens do estudo foram enfáticos ao afirmar que não têm interesse em usar preservativos: mais do que a infecção por HIV, os homens temem parecer inexperientes ou nervosos ao não saber colocar o preservativo nas primeiras relações sexuais; principalmente, temem a perda da ereção. Também esteve presente entre os casais deste estudo a crença na responsabilidade masculina quanto ao uso de preservativo e, mais do que isso, na autoridade masculina em decidir pelo uso (Ford & Norris, 1995; Paiva & cols., 1998; Villela, 1996). As mulheres não se envolvem, de modo geral, com os processos de comprar, portar e colocar o preservativo, o que lhes causa vergonha. Há, entretanto, mulheres jovens que sempre portaram preservativos e aquelas que foram se familiarizando aos poucos, e hoje se sentem à vontade em propor o uso e em portar preservativos. Porém, a decisão final pelo não uso

foi sempre determinada pela vontade do homem, independente da aceitação direta ou contrariedade implícita da mulher.

Estudos encontraram que mesmo se os preservativos eram usados no início de um relacionamento, eram dispensados assim que a relação era percebida como “estável” (Campos, 1998; Kelly & Kalichman, 1995; Maxwell & Boyle, 1995; Roso & Bueno, 1998; Strebel, 1995). Só que esta pode logo a seguir ser substituída por outra relação monogâmica tão “estável” quanto a primeira. Parece existir uma crença enganosa na segurança de relacionamentos monogâmicos de curta duração. Como observado pelos relatos dos casais deste estudo e pela literatura, as pessoas parecem não se dar conta das inconsistências inerentes à decisão de parar de praticar sexo mais seguro quando a condição de HIV de um parceiro relativamente novo é desconhecida.

A confiança, conforme referência dos informantes, é um aspecto fundamental do “ser casal”. Entretanto, assim como essa confiança pressupõe uma segurança com relação ao outro, também implica em certo grau de risco, pois não há como garantir quais são os comportamentos reais do parceiro anteriores e fora do relacionamento. Não usar preservativo é uma forma de mostrar confiança e dar valor à relação, também demarcando a diferença com relações eventuais. A confiança, simbolicamente, expressa intimidade mas, concretamente, entre os casais desta pesquisa, resultou em práticas de sexo não seguro. Assim como no estudo de Maxwell e Boyle (1995), os casais deste estudo usaram o termo confiança como um eufemismo para monogamia. Contudo, assim como as estimativas de sexo extra marital sugerem (Berquó & Souza, 1994; Brasil, 2000; Choi, Catania & Dolcini, 1994; Orubuloye, Caldwell & Caldwell, 1997); e se confirma nos casais estudados, as relações longas freqüentemente não são monogâmicas, existindo nessas relações grandes riscos de infecção por HIV. O mecanismo da confiança a partir das mulheres, relaciona-se ao cuidar e mostrar que gosta do outro: as mulheres ignoram riscos para dar a seus relacionamentos maior credibilidade (Knauth, 1997a, 1997b; Maxwell & Boyle, 1995; Paiva & cols., 1998; Villela, 1996). A noção presente é a de que uma relação longa, por pressupor confiança, é automaticamente protetora, e que tomar a decisão de ter uma relação longa com alguém garante a sensação de segurança. Nesse sentido, o uso de preservativos em relacionamentos estáveis tem um efeito desvalorizador, prejudicando a idéia de intimidade, mas poderia ser uma forma de evitar inúmeras contaminações (Hobfoll & cols., 1994; Maxwell & Boyle, 1995; Roso & Bueno, 1998).

Análise crítica

Os motivos apresentados pelos casais para a não prevenção ou seu abandono parecem estar pautados na lógica da prevalência da vontade do homem. Vejamos, as dificuldades e restrições ao uso de preservativo são eminentemente masculinas, permeadas pelo distanciamento feminino no processo. Já o estabelecimento da confiança é aparentemente recíproco: optar pelo não uso de preservativo pode significar que homem e mulher confiam na fidelidade um do outro. Mas essa reciprocidade fica enviesada quando se considera que culturalmente é aceito e até esperado que os homens façam sexo fora da relação principal. Apesar de todos os casais falarem na importância da fidelidade, as mulheres salientam que imaginam que seus parceiros possam, em algum momento, envolver-se em relacionamentos extraconjugais, enquanto os homens não pensam o mesmo com relação às parceiras. Dessa perspectiva, o estabelecimento da confiança tende a se desenvolver do pólo feminino para o masculino: são as mulheres que, pela necessidade de demonstrar confiança em seu companheiro e valorizar o relacionamento, abrem mão da proteção através do preservativo. Os excertos dos casais deste estudo mostram que o desejo de prevenção era predominante entre as mulheres, e eram elas que tinham que abrir mão desse desejo e confiar em seus parceiros (Knauth, 1997a, 1997b; Paiva & cols., 2002; Villela, 1996).

Como visto nas análises realizadas, os motivos da não prevenção e de seu abandono são os mesmos. Isso apresenta relevância para a elaboração de programas preventivos, pois trata-se de dois públicos, ou duas situações preventivas diferenciadas. Em um nível, estão os casais que nunca se preocuparam com a AIDS, não fizeram prevenção e não têm tais habilidades desenvolvidas; em outro, estão incluídos os casais que tiveram tentativas de prevenção, mas as abandonaram. São casais já sensibilizados à temática, necessitando reforçar e resgatar as habilidades de prevenção já existentes. Nesse sentido, associar o uso do preservativo com a proteção do relacionamento principal/estável, e com expressão de afeto, como forma de cuidado, poderia corrigir a distorção que retira os relacionamentos estáveis da noção de vulnerabilidade. Ainda entre os casais que abdicaram da prevenção, a desistência após um evento sexual desprotegido deve ser devidamente esclarecida e trabalhada, uma vez que em muitos casos é necessária uma exposição repetida para que a infecção se efetive. Não há dúvida de que vale a pena proceder ao uso de camisinha, mesmo após um ou mais contatos

sexuais desprotegidos. Independentemente de uma exposição ao vírus no passado, e independentemente da sorologia, a prática atual do casal poderá favorecer a saúde ou colocá-la em risco, tanto no sentido da infecção quanto da reinfeção.

3.2 Práticas preventivas posteriores à testagem

Descrição

Este tema trata das práticas efetivas assumidas pelos casais após a realização do exame. Dado que seis entrevistas foram realizadas logo após a palestra, esses casais não possuem práticas posteriores ao exame, mas referiram sua intenção a partir do resultado do teste. Por tratar-se de ações hipotéticas, que não são objeto deste estudo, não serão detalhadas aqui. Serão consideradas as práticas dos nove casais que conheciam seus resultados sorológicos (Tabela 1). Destes, dois apresentavam sorologia negativa em ambos os cônjuges. Esses casais falaram sobre suas práticas efetivas durante o período de espera pelo resultado e sua intenção de ação a partir do conhecimento de que não estavam infectados. Sete casais conviviam com a soropositividade há um período que variava de um mês a dois anos. Esses casais falaram sobre suas práticas efetivas desde o conhecimento da soropositividade.

Os casais que apresentaram resultados negativos mantiveram o não uso de preservativo durante o período de espera pelo resultado. Mesmo quando houve um resultado falso positivo (Casal 5), continuaram a manter relações sexuais desprotegidas, pois, de modo ambivalente, não acreditavam no resultado, ao mesmo tempo em que já se consideravam ambos infectados. Após saberem dos resultados negativos, os dois casais referiram que não farão uso de preservativo neste relacionamento, pois agora conhecem sua sorologia, optando pela segurança negociada. Afirmam que usarão preservativos em relações sexuais com outras pessoas e que esse acordo passará a fazer parte da vida do casal.

Os casais que conviviam com a soropositividade descreveram suas práticas efetivas durante o período de espera pelo resultado (referente a um período no passado) e na vida cotidiana (referente ao presente). Dentre estes casais há aqueles que após saberem da soropositividade do cônjuge: 1) não estão fazendo sexo, 2) passaram a assumir práticas preventivas de modo sistemático, 3) optaram por prevenção não sistemática, e 4) não estão fazendo prevenção. Essas quatro modalidades serão descritas a seguir, utilizando como exemplo os diálogos dos casais.

A opção por não fazer sexo parece ser temporária, determinada pela necessidade de o casal receber maiores informações sobre a doença e sobre prevenção, pela debilidade física do cônjuge soropositivo, ou mesmo pelo momento pelo qual passa o relacionamento. O Casal 4, por exemplo, já apresentava baixa frequência sexual durante os últimos anos, relacionando-a ao fato de a esposa ter parado de tomar pílula, com o objetivo de emagrecer, e eles terem de usar preservativo, o que prejudicava o desempenho do marido na relação conjugal (mas não em relações extraconjugais). Sabem da possibilidade de reinfecção. Sobre o uso futuro o casal parece divergir: ele pontua o desconforto e a falta do hábito de usar preservativos, que pode prejudicar seu desempenho; ela nem cogita a possibilidade de não usarem.

H: Eu prá mim eu te diria assim, ó, quem comeu bala sem o papel, agora não vai ser fácil chupar uma bala com papel. Eu também, nunca gostei, eu odiava, odiava ao ponto de, com essa aqui mesmo, vamo usar prá não engravidar, uma coisa assim, e... não dava no couro. Sabe, não é... é a cabeça da pessoa.

M: Tu vai ter que te acostumar, né.

H: Outras estranhas, no caso assim com camisinha eu até ia, por que era aquilo, aquela primeira vez, não posso mancar, tem que ser homem, mas até em casa que já era mais costume assim, eu muitas vezes, não é? Por causa da camisinha. E sem camisinha dava jeito. Então quem chupou a bala sem papel... Tira aquela sensibilidade, tira muito.[...]

M: Não, mas eu não transo sem camisinha com ele. Ainda mais quando existe esse risco.

P: Agora não mais?

M: Não. Capaz! Eu gosto mais de mim do que de qualquer outra coisa. Correr o risco por uma... (Ri com ironia.)

A segunda modalidade é a de casais que passaram a assumir práticas preventivas de modo sistemático. Essas práticas envolvem principalmente o uso de preservativo, mas também incluem um conjunto de outras iniciativas de cuidado com o parceiro, como avisar sobre o aparecimento de feridas na boca ou genitais ou restringir a proximidade corporal. Ao assumir práticas preventivas alguns casais explicitam a ansiedade que permeia a relação sexual nessas circunstâncias, outros tratam a prevenção com aparente naturalidade.

A história do Casal 3 é um exemplo de reação de ansiedade presente nas primeiras relações sexuais de um casal que se descobre soropositivo:

H: Prá mim manter uma relação, eu não deixo nem ela ficar mais nua na minha frente, eu tenho que botar uma roupa, eu tenho medo de repente no dormir eu... sabe? [...] Sabe, depois que tu tem uma relação, por mais que saiu, de repente pode sair um pouco de esperma. Eu tenho medo de eu encostar nela, alguma coisa, e ela pegar AIDS. [...] [A esposa se emociona, chora e mostra tristeza ao falar do “preconceito que ele tem consigo mesmo”. Ela diz não ter medo, pois usam camisinha.]

Já o Casal 7, afirma ter feito prevenção sistemática, e que tal prática não gerou ansiedade maior, não havendo qualquer dificuldade no uso de preservativo. Entretanto, apesar de afirmarem veementemente que sempre usam preservativo, a esposa engravidou (está no 5º mês). Ele diz que tiveram uma suspeita de rompimento da camisinha.

Para o Casal 8, um aspecto fundamental para a manutenção do uso do preservativo é o fato de receberem uma cota mensal de 20 camisinhas no próprio Centro de Testagem e Aconselhamento, onde também fazem acompanhamento médico. Ela não vê dificuldade alguma em usar camisinha; já para ele, não é a mesma coisa, “*mas, vai fazer o quê?*”.

M: Agora se prevenir sempre, né. Mesmo não tendo (ri), não tendo camisinha, não tem...

H: Não tem sexo (M. ri).

A história do Casal 10 também exemplifica a modalidade de prevenção sistemática. Iniciaram o relacionamento com a presença clara do vírus. Conheciam-se há duas semanas quando ela contou que era portadora há cerca de oito anos. Se ele continuasse interessado, as coisas teriam que ser com os cuidados que ela exigisse. Ele refere que uma tensão erótica a mais marcou as primeiras relações sexuais do casal, uma vez que ela estava no controle.

H: Qual o homem que não fantasiou uma vez na vida ter a mulher no controle, ser quase como um objeto sexual. Era tudo embrulhadinho e com o maior cuidado (Ela ri). (...) Apesar que nos cuidamos muito. Preservativo sempre. No caso, se ela está com uma afta ou alguma coisa, ou eu, com alguma afta, um ferimento, todo o cuidado.

M: É a primeira coisa que a gente cuida bastante. A gente se cuida bastante. Qualquer até, exagerado, digamos assim, coceira, qualquer coisa na vagina, no pênis, a gente tá comunicando um ao outro. É assim, assim, assim. A gente cuida mais ainda. (...) Ele aceitou [transar], mas desde que a gente cumprisse todas as regras. Não foi uma imposição, foi uma colocação de nós dois. Eu até cheguei e disse: só assim. Às vezes a gente até comenta em sentir um o outro, sem aquela barreira de proteção...

A questão de sentir um ao outro permanece entre os casais como um limite imposto pela soropositividade. Assim, casais que não apresentam restrições ao uso do preservativo por desconforto ou dificuldade com o uso acabaram optando pela prevenção não sistemática como forma de sentir-se fazendo prevenção, mas, eventualmente, também desfrutando de uma proximidade/intimidade sexual que seria impedida pelo preservativo.

A história do Casal 6 exemplifica a terceira modalidade, prevenção não sistemática. Para eles, foram bastante difíceis as primeiras experiências com camisinha, ambos tiveram reações, como “não sentir nada”, “sentir-se como uma pedra”, “não sentir emoção nenhuma”. Achrom que é psicológico, que tem a ver com a camisinha. Ela nunca havia usado e não gosta, acha que a relação sexual “fica sem calor, se torna fria”. Ele também não gosta de camisinha, agora está usando porque são obrigados, por saberem do risco da re-infecção; mas, vez em quando, não usam.

M: De vez em quando a gente deixa pro lado, a gente esquece. Faz de conta que esqueceu... passa pula, ai uma outra a gente lembra, faz de conta que lembrou, e assim vai. (...) Nós temos que continuar usando. Se nós quiser viver bem mais do que os médicos propõe, nós temo que continuar usando. Se não é igual um poço, tira, tira a água e nunca vai secar. Ai não adianta tomar o remédio. (...) É, mas nós vamo morre igual. Morrer fazendo amor, não dá nada.

A história do Casal 6 também mostra como a necessidade de usar preservativo às vezes parece imposta de fora, quando os médicos, televisão, jornal, os livros, revistas, levantam a necessidade de usar camisinha. Mas pode também vir de dentro do relacionamento, refletindo um desejo de cuidar do outro e de si mesmo.

M: Nós descobrimos realmente que ele tinha, que eu tinha. Ai nós tomamos consciência realmente de que nós teríamos que usar.(...) Por mim mesma não usava, nós somos obrigados a usar.

H: Usamo porque somos obrigado, porque senão não usava.

P: Mas quem obriga?

M: Os médico. Não, a doença. O medo de ficar se contaminando, e eu, de repente fazer com que ele fique doente mais rápido, ou ele me fazer ficar doente mais rápido. A doença.

P: Então na verdade, quem obriga é a consciência de vocês.

M: É.

H: É, isso aí é a consciência.

M: Isso é comum, né? De vez em quando a consciência fala mais alto. De vez em quando. Não é sempre.

Para a experiência do Casal 6 a idéia que prevalece é usar camisinha, mas não sempre. A morte é vista como inevitável, mas não necessariamente associada à AIDS, uma vez que a mulher também tem câncer há seis anos. Assim, até que o inevitável aconteça, a alternativa seria “morrer fazendo amor”.

A quarta modalidade é a de casais que possuem informações, se percebem em risco, mas optam por não fazer prevenção, tendo a própria infecção como certa. Um exemplo é a história do Casal 2. O parceiro é usuário de drogas e sabe que tem AIDS há cerca de dois anos, desde que iniciaram o relacionamento. Ela está grávida e continua soronegativa. Apesar de diversas tentativas por parte da parceira, o casal não utiliza nenhuma prática preventiva; ela testa-se todo mês. No início do relacionamento houve conversas, apresentadas pelo casal como "brincadeiras", em que um propunha ao outro a realização do teste. A preocupação partiu da mulher, mas a testagem acabou não se concretizando. Estavam juntos há dois meses, sem uso de preservativo, quando souberam que ele era portador do HIV.

P: E aí, depois, quando tu soubeste que ele tinha o vírus, como é que foi feito? Ou não foi feito?

M: Olha, no começo eu embuchava ele de camisinha, mas não deu certo, o que que eu posso fazer? Já tava dentro mesmo?

P: Como é que foi que não deu certo?

M: Não, dá, ele... psicologicamente ele não consegue, ele acha que a camisinha tá matando ele. Que que eu posso fazer?

P: Então tu não gosta de usar camisinha, A.?

H: Não, não é que não goste, eu não consigo.

M: Ele se sente mal. E... eu deixei por ele, eu já tô dentro mesmo. (Voz de pouco caso)

P: Que que tu quer dizer com já tô dentro? Tu já usou esse termo algumas vezes. O que significa?

M: Eu já tô dentro. Eu já tô dentro, eu não me importo se eu tive AIDS. [...]

H: Usei, no começo usei [camisinha], só que não deu certo.

M: Não, a gente teve, a gente tentou usar.

H: Não, eu acho que não funciona, eu acho que se tivesse... que se tivesse que, tinha que ser um tipo de uma vacina, assim, né. Porque é uma coisa de... é que nem um remédio que tu não vai tomá, né. Se o teu organismo não...

M: É ele que não consegue.

H: É que prá mim se ela usar é indiferente, o problema é prá mim. É tipo uma medicação que não dá certo. Não deu certo.

M: Não deu certo prá ele. Bá...! E não sei... Ai eu larguei de mão até. Ele já tava ficando impotente por causa da camisinha. Ele ficou impotente por causa da camisinha. Então eu larguei de mão. [...]

M: Não, eu sei que eu vou ficar (soropositiva)! [Com muita naturalidade].

P: Tu sabe que vai ficar? Ou tu acha que não vai?

M: Não, eu nunca tirei a hipótese de não, sempre “Vou ficar!” Se eu tô dentro! Eu tô convivendo com o vírus, como é que eu não vou ficar? A não ser que ele não seja, tenha vírus então. (...) É, a doutora já me explicou (...) que é um caso raro o meu, mas ela tá feliz, existe, mas é um caso raro, já fazem dois anos e três meses.

Ela diz saber do risco e estar preparada para se infectar. Vai conviver com ele da mesma forma, tomando os remédios da mesma forma. Dizem que não gostariam que as práticas preventivas fossem diferentes das que fazem agora. A gravidez não mudou nada com relação à prevenção; apesar disso, ela refere desejo de usar a camisinha feminina. Nesse sentido se contradiz, pois afirma que não gostaria que nada fosse diferente e ao mesmo tempo diz ter preocupação com o bebê e que usaria camisinha feminina se tivesse condições financeiras.

M: A camisinha feminina eu vou usá, eu já disse isso prá ele.

P: Quando?

M: Quando tivé, eu vou usá.

P: Mas já tem?

M: Não, mas não tão dando ainda.

P: Não, só prá comprá.

M: Pois é, só que prá comprá eu não tenho, prá comprá. Eu já expliquei isso prá doutora: quando tivé, vai se a primeira que ela vai dá vai sê prá mim. Tá num grupo, fazendo pesquisa, aquele negócio. Eu já tô por dentro. Eu já disse prá ele, eu vou usar.

P: E daí tu vai ter que aceitar ela usando a camisinha?

H: Não, o problema (M: É ele que não consegue.) é que prá mim se ela usar é indiferente, o problema é prá mim. É tipo uma medicação que não dá certo, não deu certo. [...]

M: Eu vou usá, quando tivé eu vou usá. Eu tô decidida a usá. Eu vou colocá o DIU de novo se eu não consegui fazê a liga - o ligamento, e vô usá prá previni, né. (Pequeno silêncio) Mas se eu não tivé que usá, se eu não quisé usá também não vou.

Ela justifica seu desejo de prevenir-se como uma forma de ajudar a si e ao companheiro: se pegar AIDS ela pode adquirir uma infecção diferente das que ele já teve, provocando alguma coisa pior nele. Faria a prevenção por ele, porque se soubesse que todos os vírus são iguais, não se preocuparia.

Análise indutiva

Ao constatar que não estão infectados, os casais podem optar por duas estratégias de prevenção: passar a fazer uso sistemático de preservativo em todas as relações sexuais ou fazer uso sistemático apenas nas relações extraconjugais. Esta última é referida na literatura como “segurança negociada” (Morrill, Ickovics, Golubchikov, Beren, & Rodin, 1996) ou “pacto prévio” (Roso & Bueno, 1998) e depende de um conhecimento acurado da sorologia de ambos os parceiros, assim como de honestidade e confiança na relação. O nível de comprometimento com o relacionamento demonstra ser um importante fator a influenciar tanto a intenção de usar preservativos em contatos sexuais extraconjugais, quanto a disposição de informar o parceiro fixo sobre a prática de sexo desprotegido, tomando em consideração os

interesses de seu parceiro primário e protegendo-o contra o possível risco de infecção por HIV (Buunk & Bakker, 1997). Entretanto, as relações extra-conjugais tendem a acontecer ou exacerbar-se justamente em períodos de crise da relação principal, quando o nível de comprometimento pode estar abalado. Analisando-se as histórias dos casais deste estudo, pode-se considerar que a segurança negociada envolve riscos importantes, principalmente para as mulheres. Foram elas que sugeriram essa alternativa e pontuaram seus limites, uma vez que não confiam na disponibilidade de seus parceiros em usar preservativos nas relações extraconjugais. Por que esses homens se dispõem a usar preservativos com uma nova parceria sexual se 1) foram contrários ao uso do preservativo no início do atual relacionamento, e, de modo geral, em todos que o precederam; 2) mantêm uma recusa enfática quanto ao uso na relação conjugal; 3) apresentam reações fisiológicas como perda de ereção ou impotência? Entretanto, essa alternativa tende a ser adotada pelos casais, por motivos já analisados, como o estabelecimento de confiança e como forma de garantir status ao relacionamento, fatores que tendem a tornar o uso do preservativo incompatível com o relacionamento principal. Como já visto, considerando o custo de manter e dar status ao relacionamento, e o benefício de proteção à saúde, o risco se mantém.

Para os casais que se descobrem soropositivos, uma das primeiras opções pode ser abdicar do sexo. Como também indica pesquisa realizada com mulheres no estado de São Paulo (Paiva & cols., 2002), essa alternativa parece ser temporária e dependente da qualidade do relacionamento. Entre casais deste estudo, a revelação da soropositividade estava relacionada com frequência, à constatação de relações extra-conjugais; assim, a decisão por fazer ou não sexo com o parceiro soropositivo não envolveu apenas as ansiedades naturais da nova situação, mas explicitou sentimentos de mágoa e raiva pela forma da infecção, pela exposição da família ao risco e pela desvalorização inerente do relacionamento principal. As histórias dos casais indicam que quando há o desejo da manutenção afetiva do relacionamento, e não apenas da manutenção da sociedade conjugal em seu aspecto financeiro (“para manter os filhos”), a tendência é a retomada das relações sexuais.

A partir daí, a opção pode ser a prevenção ou a não prevenção. Todos os casais fizeram tentativas de iniciar práticas preventivas quando souberam da soropositividade. Nem todos as implementaram. O uso de preservativo tende a ser visto como uma forma de cuidado com o parceiro, mas envolve certas resistências e restrições. Em alguns

casos, a proximidade corporal gerou ansiedade no cônjuge soropositivo, explicitando a culpa de submeter o parceiro não infectado a algum nível de risco. Além disso, o preservativo parece concretizar limites subjetivos impostos pela soropositividade, como a provável redução da longevidade, alteração de planos, de projetos de vida a dois, a própria derrocada da idealização quanto à vida amorosa; esses limites concretizam-se na diminuição do contato físico e do prazer sexual, atribuídos ao preservativo. A referência de que “não dá para sentir um ao outro”, e a necessidade de resgatar o estado anterior levou alguns casais a adotarem práticas de prevenção não sistemática como um meio intermediário de atender às pressões de ambos os lados: consciência da necessidade de prevenção e necessidade de burlar essa consciência, negando temporariamente os limites da própria doença. Como também indica o estudo de Paiva & cols. (2002) o preservativo, nesse contexto, mais do que um símbolo de auto-cuidado e afeto para com o outro, pode justamente servir para lembrar o que o casal gostaria de esquecer.

Quando as restrições ao uso do preservativo são mais intensas, entra em questão a opção de não fazer prevenção. Como se pode observar a partir da história do Casal 2, assim como as práticas preventivas são principalmente desejadas pelas mulheres, são elas que abrem mão dessa vontade para privilegiar o desejo do companheiro, mesmo sendo ele soropositivo e o status sorológico da mulher indefinido, como constatado em estudo realizado no Rio de Janeiro (Guimarães, Boschi-Pinto & Castilho, 2001). Na perspectiva feminina, não é necessário se desesperar em função da AIDS, pois não é mais possível voltar atrás no tempo ou, em suas próprias palavras: “agora é muito tarde” ou “não tem mais o que fazer” (Knauth, 1997a, p.14). É surpreendente que a mesma posição, a mesma visão, as mesmas expressões utilizadas pelas mulheres soropositivas da pesquisa de Knauth (1997a) repitam-se nas falas das informantes deste estudo, uma vez que a situação apresenta uma diferença fundamental: naquele estudo, tratava-se de mulheres soropositivas, neste trata-se de mulheres que sabem não ser portadoras ou não tem certeza de sua sorologia. Mesmo (ainda) não estando infectadas, estas mulheres já consideram tarde demais, e a justificativa é que “já estão dentro mesmo”. O “estar dentro” desse relacionamento parece relacionar-se a uma decisão de passar pelas mesmas experiências e situações que o companheiro, servindo como uma prova máxima de amor. Relaciona-se também à resistência do companheiro em fazer a prevenção e à sua impossibilidade de contrariá-lo, sob o risco de terminar o relacionamento a qualquer momento, o que repete dados da literatura que remetem à problemática de gênero

(Guimarães, Boschi-Pinto & Castilho, 2001; Villela, 1996). A dificuldade das mulheres em implementar a prevenção também está relacionada à já comentada crença na responsabilidade masculina quanto ao uso de preservativo e na autoridade do homem com relação a assuntos sexuais. O uso do preservativo, um método masculino, depende de acordo prévio e explícito entre os parceiros, prática que não é usual entre homens e mulheres em nossa cultura. Entre as informantes deste estudo, mais do que a perda econômica, o risco de perda de recursos afetivos, de perda do relacionamento em si parece ter sido de influência vital para o estabelecimento de práticas não preventivas quando a mulher desejava que elas se viabilizassem.

Que implicações psicológicas estão presentes em casais que conscientemente se expõem ao vírus? A expressão “já estou dentro mesmo”, repetida por diferentes mulheres deste estudo, expressa tanto a certeza da própria infecção, ainda que o resultado do exame não esteja disponível, quanto o desejo de aproveitar, de “curtir” o tempo com o companheiro. Em alguns casos, a soropositividade é apenas uma segunda “condenação”, concorrendo com outras doenças, como o câncer. A fruição erótica entra em jogo: por que restringir se pode não haver muito tempo mais para o casal? Nesse ponto entra em questão o “morrer fazendo amor”, “prevenindo-se algumas vezes e outras não”. Estudos realizados em São Paulo (Paiva & cols., 1998; Paiva & cols., 2002) constataram aspecto semelhante: as mulheres soropositivas estudadas apresentavam dificuldade em convencer seus parceiros a se protegerem. Mesmo sabendo da soropositividade da parceira, os homens recusavam-se a usar preservativos, pelos mesmos motivos aqui apontados: não gostam, preferem compartilhar o destino da parceira por amor ou pela qualidade do prazer sexual. No caso dos homens, o significado e o valor atribuído ao desempenho sexual como sustentáculo da identidade masculina os expõe ao risco (Victora & Knauth, 1999). Para os homens deste estudo, esse padrão não gerou ambivalência específica: ou o foco é o próprio prazer, ou o foco é a própria saúde do homem. No caso das mulheres, a exposição não ocorre sem ambivalência: elas consideram o relacionamento, preocupam-se com os filhos já nascidos ou aquele que estão gerando e com o companheiro, mas poucas vezes colocam-se como centro de preocupação; o cuidado está sempre voltado para o outro. O próprio senso de identidade das mulheres está baseado em aspectos interpessoais, onde o objetivo principal é o outro mais do que a si mesmas (Barbosa, 1995; Barbosa & Villela, 1996; Papp, 1995; Villela, 1996). Mas quem é esse outro? Apesar de um forte

discurso no sentido dos filhos, os casais deste estudo incluíam gestantes e, mesmo entre esses, a prevenção não foi sistemática. O companheiro masculino, e assim, o relacionamento, parecem estar sendo priorizados. O desafio para as metodologias preventivas é justamente atuar na discrepância entre as atitudes desejáveis e as atitudes possíveis por parte de mulheres e homens com relação ao sexo e à prevenção em seus relacionamentos amorosos.

Análise crítica

O pressuposto que permeia a escolha do tema “práticas posteriores à testagem” é de que a realização do teste e o conhecimento da sorologia seria capaz de provocar algum efeito preventivo para os casais, que modificariam aspectos do comportamento e, talvez, seus padrões de negociação. Idealmente, espera-se que a testagem e aconselhamento produzam uma alteração significativa na maneira de os casais se relacionarem com a AIDS, no sentido da adoção de práticas de sexo mais seguro, além de adesão aos tratamentos indicados. Em especial casais que realizam juntos o teste, como os casos aqui considerados, teriam um ambiente propício e experiências comuns que facilitariam conversar sobre e atuar de forma a minimizar os riscos de infecção ou reinfeção (Roth & cols., 2001). O aconselhamento e testagem para HIV podem ser uma intervenção preventiva efetiva, pois dão a oportunidade de acessar o risco pessoal e promover comportamentos preventivos. Entretanto, o impacto da testagem e aconselhamento parece ser maior para aqueles que têm resultado positivo do que para aqueles com resultado negativo, atuando como prevenção secundária para indivíduos soropositivos para HIV (Morrill & cols., 1996; Paiva & cols., 2002; Weinhardt & cols., 2000). O impacto, possivelmente, não estaria no processo de testagem e aconselhamento em si, mas no resultado positivo do teste, que ressignifica as possibilidades relacionais e sexuais futuras e a própria vida. A intencionalidade existencial contida nos comportamentos dos casais, na forma ambivalente como expressam ora o desejo de proteção quanto à AIDS, ora o desejo de preservação do relacionamento afetivo com o parceiro, parecem priorizar o substrato emocional conhecido, o parceiro, mesmo que o tipo de relação estabelecida com esse parceiro possa significar risco futuro à saúde física. Isso envolve um conjunto de informações prévias sobre os riscos envolvidos numa relação sexual, tanto quanto a avaliação dos riscos envolvidos na relação com aquele parceiro em particular.

Como visto até aqui, independentemente da sorologia constatada, a opção pela prevenção envolve alteração de práticas profundamente enraizadas na cultura e nas vivências dos casais. As novas práticas dependem de negociação entre os cônjuges, o que perpassa um conjunto de limitações ligadas tanto aos padrões de comportamento esperados para cada sexo, quanto a expectativas e idealizações quanto à relação amorosa em si. A aceitação de determinadas limitações impostas pelo uso de preservativo passa pela releitura das mesmas em termos de proteção à saúde e qualidade de vida, inclusive da vida afetiva. Ao indicar sua baixa disponibilidade em assumir comportamentos preventivos, os homens também estão expondo-se a riscos, mesmo que encobrindo a consciência disso com negações e racionalizações. Assim como as mulheres fazem concessões, pondo em risco a saúde e a vida para manter seus relacionamentos afetivos, os homens parecem fazer as mesmas concessões como forma de afirmar sua masculinidade. Se usar preservativo põe em risco a ereção, o risco será assumido, como forma de garantir o desempenho sexual. A diferença está que as mulheres parecem ficar a mercê da vontade de seus parceiros, pois sexo representa poder e controle. As mulheres apresentam um nível de vulnerabilidade maior, pois continuam colocando-se em uma posição dependente do comportamento de seus parceiros.

As decisões dos casais quanto às práticas adotadas após a explicitação do risco e após a certeza da soropositividade também podem ser lidas com base nas modalidades de aliança estabelecidas. Uma nova modalidade de aliança parece estar em jogo. O adoecer juntos, o passar pelas mesmas experiências, e até morrer juntos como forma de afirmar a relação amorosa e a força desse amor, que luta contra tudo, ou tudo faz pelo prazer. Se a tendência das mulheres é privilegiar a manutenção da relação, seria possível supor que muitas mulheres iriam a um limite como este? E se os homens priorizam e sustentam sua identidade na virilidade expressa na relação sexual, iriam eles a um extremo como esse?

H: Só que, ... digamos assim... “Te amo, te amo, te amo. Vamos morrer juntos.” Ou “Te amo, te amo, te amo. Se tu pegar tu não me larga por outra.” Nós vamos saber que nós vamos morrer abraçadinhos, porque os dois são soropositivos. Entende? Seria como colocar uma aliança no dedo. Que depois ela descobriu que não foi. A aliança não foi essa. Então seria como uma aliança de casamento.

IV. DISCUSSÃO

Este estudo propôs-se a descrever e analisar as práticas preventivas adotadas por casais nos períodos anteriores e posteriores a testagem voluntária realizada em Centro de Testagem e Aconselhamento, avaliando se a possibilidade real de infecção, concretizada através do teste, traria mudanças nas práticas e nos padrões de negociação quanto à prevenção. Os resultados explicitam a grande dificuldade em assumir práticas preventivas, a despeito do risco estar sendo vivenciado não como uma possibilidade, mas na realidade vivencial do casal. Essa dificuldade não está baseada em falta de informação quanto à prevenção, mas parece ser principalmente influenciada por questões de gênero, pela dificuldade específica em lidar com o tema sexualidade e por uma forma específica de expressão de amor e confiança.

A AIDS leva a associar sexo com perigo e risco à vida. O que pode surpreender no comportamento de casais que não fazem prevenção, é a negação ou desvalorização desse aspecto, associando sexo somente com prazer e afetividade. A dificuldade está em desenvolver relações mais francas que possam evoluir até a intimidade, o que envolve a busca de uma melhor capacidade de negociação e expressão do amor, mas também uma melhor convivência com os limites reais da própria sexualidade, o que, nos dias atuais, pressupõe considerar os limites apresentados pela AIDS. Liberdade sexual, como quase tudo na vida, tem aspectos positivos e aspectos negativos: “na medida em que diversifica e expande a experiência, também diversifica e multiplica a dor que acompanha a experiência, os tipos de erro que podemos cometer e os tipos de mal que podemos fazer uns aos outros” (Marin, citado por Masters & Johnson, 1982, p.165).

Para a construção de formas de prevenção que se mostrem mais efetivas é necessário centrar esforços nos dois pólos envolvidos na relação amorosa e na negociação para o sexo mais seguro, ou seja nas mulheres e nos homens, mas não de forma cindida, responsabilizando a um ou a outro pela mudança de comportamento. Assim, para que possa existir maior equilíbrio nas negociações relacionadas às práticas sexuais, tem sido apontada a necessidade de fortalecer o conhecimento das mulheres adultas e adolescentes sobre seus corpos, sexualidade, DST's e AIDS, desenvolvendo métodos que possam estar sob o seu controle, como preservativos femininos e microbicidas. Além disso, o favorecimento de interações com grupos de outras

mulheres que lhes permita trocar experiências e desenvolver uma consciência crítica a respeito de seus papéis sexuais podem levar a uma mudança individual de comportamento, assim como possibilitar uma ação coletiva que modifique as normas sócio-culturais numa determinada comunidade. Da mesma forma, tem sido avaliada a necessidade e a efetividade de programas que desenvolvam nos homens jovens e adultos a responsabilidade em relação à família e às atividades sexuais, como descrito no estudo desenvolvido por Roth e cols. (2001). Educar os homens e os adolescentes quanto aos riscos na parceira múltipla é essencial para reduzir o risco pessoal e da mulher (Ford & Norris, 1995). Contraditoriamente, alguns grupos defendem a necessidade de desenvolver tecnologias preventivas que a mulher possa usar sem o conhecimento do parceiro (Levine & cols. 1993, Paiva & cols. 1998), reduzindo, ou mesmo dispensando a necessidade de negociação, desenvolvimento de habilidades comunicacionais ou de aprofundamento da intimidade. Nesse sentido, cabe pontuar que aumentar o poder feminino na relação com os parceiros não deve implicar em subterfúgio (fazer prevenção sem o conhecimento do parceiro), mas sim questionar e trabalhar sobre a desigualdade de poder que tal situação evidencia. Intervenções que levem em conta dinâmicas do relacionamento e padrões de comunicação necessários para a manutenção de comportamentos preventivos, como o modelo proposto por El Bassel e cols. (2001), por exemplo, podem ser desenvolvidas nos espaços voltados à saúde pública já existentes (clínicas de testagem, postos de saúde), nos programas de assistência a famílias, assim como nos crescentes espaços de atendimento clínico-psicológico a casais e famílias.

O fato de o sistema de saúde estar estimulando a testagem para HIV durante a gestação, como parte do pré-natal, levou muitos dos casais deste estudo a conhecer sua sorologia. Esse pode ser um período extremamente útil para a implementação de estratégias preventivas voltadas para casais; de modo geral, o filho é um motivador a mais para o casal fazer a prevenção. Para protegê-lo, algumas mulheres tornam-se mais incisivas em condicionar o sexo a práticas mais seguras, já que não estariam agindo em benefício próprio, mas do bebê. Por outro lado, entre os grupos sócio-econômicos mais empobrecidos, a perspectiva de ser incisiva, mas ser abandonada pelo companheiro justamente no período em que se tem um novo filho pode fazer com que a balança do custo benefício continue pendendo para o lado da não proteção. Novamente, visualizam-se melhores resultados através do desenvolvimento de formas de prevenção

e intervenção que envolvam os dois parceiros a partir da própria testagem, especialmente no período da gestação, com possibilidade de potencializar a própria relação conjugal ou parental.

Um tema levantado a partir das histórias dos casais que merece estudos para aprofundamento é o impacto da soropositividade na relação sexual em si, o que envolve o não fazer sexo e os diferentes momentos até a construção de uma nova rotina sexual que seja segura e satisfatória para o casal. Essa adaptação pode assemelhar-se ao ajustamento necessário após diagnóstico de outras doenças crônicas, como período inicial de depressão e baixa do desejo ou condição física para o sexo, com crescente ajuste à nova situação. Entretanto, dado o caráter majoritariamente sexual da disseminação do vírus, outras nuances e outros sofrimentos podem estar presentes, merecendo estudos específicos.

DISCUSSÃO GERAL

As vivências aqui retratadas refletem a realidade do crescimento do número de infecções por HIV em casais, reconhecida pela literatura e pela experiência de profissionais que lidam com a questão em seu cotidiano. Buscando uma análise conjunta dos dois estudos que compõem esta dissertação serão retomadas as questões que os originaram, analisando-as com foco na díade conjugal como objeto de intervenção para prevenção.

Partindo-se da questão “o que os casais conhecem sobre HIV/AIDS?”, verifica-se que os casais possuíam o conjunto de informações básicas e suficientes para avaliar seu risco. Entretanto, sua avaliação de suscetibilidade em muitos casos foi discordante e o nível motivacional mostrou-se insuficiente para implementar e manter os comportamentos preventivos após o estabelecimento da relação afetiva. Quando se considera “o que os casais conversam, em seus momentos de intimidade, sobre os riscos do HIV/AIDS?” verifica-se que saber sobre HIV/AIDS não significa conseguir conversar confortavelmente sobre o assunto; mesmo quando essas conversas existem, é mais fácil e suportável falar de outros (filhos, vizinhos) do que tratar da própria relação sexual e amorosa. Nesse sentido, as campanhas informativas em todos os níveis devem, necessariamente, estimular e valorizar as trocas comunicacionais entre os parceiros sexuais, principalmente aqueles em relações afetivas mais duradouras.

Há que se salientar que determinar a própria sorologia e a do parceiro põe em avaliação a própria vida, a vida do parceiro e a relação conjugal. Em especial, avaliar a relação conjugal é um processo delicado, pois implica em desidealizar o objeto de amor, olhando-o com os olhos da realidade. Mais ainda quando a realidade da relação conjugal envolve o risco da transmissão de uma doença como a AIDS, incurável, com todos os pré-conceitos e tabus ligados à sexualidade, e mesmo com fatos concretos ligados à própria sexualidade desse casal em particular (comumente, relações extraconjugais masculinas). Ainda que não tenham sido analisados em profundidade os diferentes níveis de qualidade das relações conjugais dos casais deste estudo, em muitos casos o risco de contrair HIV é apenas mais um dos riscos da relação, que pode envolver diferentes níveis de violência emocional ou sexual, dependência emocional do(a) parceiro(a), assim como diferentes implicações da perda da relação, desde

aspectos afetivos, econômicos, de segurança, até a própria sobrevivência em determinada comunidade. Por mais delicada que possa ser a qualidade da relação amorosa em questão, como tal ela envolve naturalmente algum grau, maior ou menor, de idealização romântica: como poderia o meu (a minha) escolhido (a) trazer consigo tamanho risco? Assim, estabelecer uma relação de cuidado consigo mesmo e com o outro na parceria conjugal exige um nível de valorização pessoal e ao mesmo tempo um distanciamento que permita visualizar e avaliar a relação conjugal realisticamente. Isso contradiz o caráter de romantismo ou mesmo de ímpeto e descontrole que caracteriza o desejo sexual descrito por muitos casais, justamente o que os une e o que os fez (faz) expor-se ao risco de infecção. Ora, todos os casais indicam, em um primeiro momento, que seu estilo de vida não envolveria riscos atuais por estarem em uma relação conjugal tradicional, monogâmica, permeado por afeto e confiança, pressuposto fundamental da conjugalidade. Essa afirmação de não suscetibilidade inicial é quebrada predominantemente pelas mulheres que admitem suscetibilidade advinda de necessidades sexuais intrinsecamente masculinas, que leva os homens à infidelidade. A questão é como trabalhar a inserção contraditória, as percepções que não são comuns entre os membros do casal.

É necessário viabilizar espaços onde possam ser expressas essas percepções discordantes. Obviamente pode ser extremamente delicado expressar desacordo em um aspecto sexual, mas se não falado esse desacordo será atuado e vivenciado no cotidiano do casal. O desafio é potencializar a expressão do conhecimento, das expectativas e desejos com relação à suscetibilidade e à prevenção. Se um dos cônjuges sabe e preocupa-se com a suscetibilidade, como sensibilizar o/a parceiro/a? Como transformar a confiança, expressa pelos casais como um aspecto essencial da conjugalidade e da relação de amor, em ações de confiança e não expectativa de confiança? Uma alternativa é possibilitar espaços em que casais possam dialogar e comunicar seus sentimentos, lidando com o risco de desencadear uma crise conjugal (ou explicitar a já existente). Para a prevenção da AIDS o foco é a infidelidade masculina desprotegida, que é tolerada pelas mulheres para a manutenção da relação com o companheiro. Os relatos dos casais mostram que, pelas características da própria identidade cultural masculina e feminina, as mulheres silenciam sobre assuntos sexuais, em especial sobre aspectos do comportamento masculino fora da relação amorosa, e não expressam seus sentimentos se isso puder provocar um desequilíbrio no relacionamento. Não saber (ou

não falar sobre) parece mais fácil, pois a explicitação da infidelidade sexual do companheiro implica na exposição e vivência de sentimentos intensos de desvalorização, dor e sofrimento. A vivência desses mesmos sentimentos de forma encoberta e silenciosa, entretanto, é aprendida desde cedo pelas mulheres, inclusive como parte intrínseca da conjugalidade e do ser mulher na relação conjugal. Implica em um conjunto de mecanismos emocionais no sentido da passividade e do ocultamento dos riscos emocionais envolvidos.

Destaca-se a necessidade de aumentar o poder das mulheres em suas relações sociais e afetivas, uma vez que a própria formação da identidade feminina envolve a vulnerabilidade a uma série de fatores de risco, incluindo a infecção pelo HIV. Nesse sentido, a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids, firmada pela ONU (2001), estabeleceu metas e estratégias para combate à doença, recomendando que até 2005 devem ser desenvolvidas e implementadas, de forma rápida, estratégias nacionais que: promovam o avanço e empoderamento das mulheres e o pleno exercício de todos os direitos humanos; promovam a responsabilidade compartilhada de homens e mulheres para assegurar a prática de sexo seguro; e capacitem as mulheres para que tenham controle e decidam de forma livre e responsável sobre assuntos relacionados a sua sexualidade, de forma a aumentar sua capacidade de se proteger da infecção pelo HIV. A implementação dessas estratégias deve envolver necessariamente homens e mulheres em conjunto, já que é nesse nível relacional que a vulnerabilidade irá se concretizar.

Assim, para efetivar algum nível de prevenção nos relacionamentos conjugais, há que se desenvolver formas de trabalhar com conflitos e potencializar nos relacionamentos afetivos a exposição e negociação das dificuldades, considerando que o fim da relação afetiva é apenas uma das possibilidades existentes, à partir da explicitação do conflito, mas não a única. Pelo contrário, a superação desse nível de relacionamento encoberto envolve crescimento pessoal e aprofundamento no nível de intimidade e nas possibilidades de trocas entre homens e mulheres, entre parceiros amorosos. Para potencializar a superação das regras conjugais tradicionais é necessário não apenas fortalecer o poder de negociação das mulheres, mas um aprendizado e sensibilização dos homens no sentido da valorização de seus sentimentos, suas ansiedades e reconhecimento das pressões existentes para o desenvolvimento e manutenção da virilidade. São necessários programas que desenvolvam nos homens jovens e adultos a responsabilidade em relação à família e às atividades sexuais,

incluindo os riscos da parceira múltipla. É necessário implicar homens e mulheres na valorização do espaço da relação amorosa como espaço de crescimento pessoal, de desenvolvimento de intimidade, de confiança, de resolução de conflitos e de convívio com diferenças.

De modo prático, e pensando em alcance e intervenção em saúde pública, pode-se aproveitar os espaços em que os casais já estão juntos. Uma alternativa é potencializar e estimular a investigação conjunta da sorologia, estando os centros de testagem e aconselhamento preparados para receber e trabalhar com casais e com o “aprender a conversar” (como no estudo de Roth & cols., 2001). Em especial, a testagem e aconselhamento durante o pré-natal podem ser instrumentos/espços valiosos para intervenção com casais. O sistema de saúde poderia potencializar o alcance educativo inserindo na rotina do aconselhamento os companheiros das mulheres grávidas, resgatando e valorizando a participação do homem/pai. Também os espaços de planejamento familiar, dentro dos programas de saúde da família devem, necessariamente, envolver ambos os cônjuges e estimular métodos que envolvam tanto contracepção quanto prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Da mesma forma, tratar do assunto de forma confortável e cotidiana nos espaços coletivos e comunitários das relações do casal (centros comunitários, clubes de mães/pais, programas de assistência social voltados para famílias) favorecem um contexto social onde falar sobre ser homem e mulher, sobre sexualidade e sobre o processo de testar-se possa ser naturalizado e tornado menos ansiogênico.

REFERÊNCIAS

- Aggletton, P. (1997). Behavior change communication strategies. *AIDS: Education and Prevention*, 9, 111-123.
- AIDSCAP (2002). Behavior Change: A Summary of Four Major Theories. *Family Health International - AIDS Control and Prevention Project*. Retirado em jan. 2003: <http://www.fhi.org>.
- Anton, I. L. C. (1998). *A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico e psicodinâmico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anton, I. L. C. (2002). *Homem e mulher: seus vínculos secretos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arantes, J. T. (2002). O sucesso brasileiro na luta contra a AIDS. Em: *Scientific American Brasil*, n. 4, set. 2002.
- Barbosa, R. H. S. (1995). As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. Em: D. Czeresnia, R. H. S. Barbosa, & S. Monteiro (Orgs.), *AIDS: pesquisa social e educação* (pp. 65-83). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Barbosa, R. M. & Villela, W. V. (1996). A trajetória feminina da AIDS. Em: D. Parker, R. & Galvão, J. (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS-UERJ, Relume-Dumará.
- Bastos, F. I. & Malta, M. (2002). As pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil hoje: uma análise do triênio 1997-2000. Em: Parker, R. & Terto Jr. V. (Org.) *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: Anais do Seminário Pesquisa em DST/AIDS: determinantes sócio-demográficos e cenários futuros*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bengel, J., Belz-Merk, M., & Farin, E. (1996). The role of risk perception and efficacy cognitions in prediction of HIV-related preventive behavior and condom. *Psychology and Health*, 11, 505-525.
- Berenstein, I. (1990). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berquó, E., & Souza, M. (1994). Homens adultos: conhecimento do uso do condom. Em: M. A. Loyola (Org.), *AIDS e sexualidade: O ponto de vista das ciências humanas* (pp. 161-182). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Both, N. S. (1997). *Mulheres casadas, risco e AIDS: um estudo junto a clubes de mães*. Dissertação de mestrado, UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- Boyer, C. B., Barret, D. C., Peterman, T. A., & Bolan, G. (1997). Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: Evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial. *AIDS*, 11, 359-367.
- Brasil (1999). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos (relatório final de pesquisa)*. Brasília: CN - DST/AIDS, Ministério da Saúde.

- Brasil (2000). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília: CN - DST/AIDS, Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). *Dossiê Mulher e AIDS*. Brasília: CN - DST/AIDS, Ministério da Saúde.
- Brito, I. (1998). Desafios da prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural. Em: *Boletim Epidemiológico, março a maio de 1998*. <http://www.aids.gov.br>
- Buunk, B. & Bakker, A. B. (1997). Commitment to the relationship, extradiadic sex, and AIDS prevention behavior. *Journal of applied social psychology, 27*, 1241-1257.
- Campos, R. C. P. (1998). AIDS: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. Em: C. Bruschini, & H. B. de Hollanda (Orgs.), *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil* (pp. 85-109). São Paulo: FCC; Ed. 34.
- Carey, M. P., Maisto, S. A., Kalichman, S. C., Forsyth, A. D., Wright, E. M., & Johnson, B. T (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology, 65*, 531-541.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989).
- Chippindale, S. & French, L. (2001). ABC of AIDS: HIV counselling and the psychosocial management of patients with HIV or AIDS. *British-Medical-Journal, 322(7301)*: 1533-1535.
- Choi, K. H., Catania, J. A., & Dolcini, M. M. (1994). Extramarital sex and HIV risk behavior among US adults: Results from the National AIDS Behavioral Survey. *American Journal of Public Health, 84*, 2003-2007.
- Cline, R. J., & McKenzie, N. J. (1994). Sex differences in communication and the construction of HIV/AIDS. *Journal of Applied Communication Research, 22*, 322-337.
- Daniel, H., & Parker, R. (1991). *AIDS: A terceira epidemia - ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu.
- Ehrhardt AA; Exner (2000). Prevention of sexual risk behavior for HIV infection with women. In: *AIDS, 14*, Suppl 2:S53-8.
- El Bassel, N., Witte, S. S., Gilbert, L., Sormanti, M., Moreno, C., Pereira, L., Elam, E. & Steinglass, P. (2001). HIV prevention for intimate couples: A relationship-based model. *Families, Systems and Health, 19(4)*, 379-395.
- Foley, V. (1990). *Introdução à terapia familiar* (J. O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ford, K., & Norris, A. E. (1995). Factors related to condom use with casual partners among urban African-American and Hispanic males. *AIDS: Education and Prevention, 7*, 494-503.
- Fortenberry, J. D. (2002). Clinic-based service programs for increasing responsible sexual behavior. *Journal-of-Sex-Research, 39(1)*, 63-66.

- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*, 235-260.
- Gomes, W. B. (1998). *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.
- Guimarães, C. D. (1994). Mulheres, homens e AIDS: O visível e o invisível. Em R. Parker, C. Bastos, J. Galvão, & J. S. Pedrosa (Orgs.), *A AIDS no Brasil* (pp. 217-230). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia.
- Guimarães, M. D. C., Boschi-Pinto, C. & Castilho, E. A. (2001). Safe sexual behaviour among female partners of HIV-infected men in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of STD and AIDS, 12*(5), 334-341.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional* (Z. J. Valcárcel e J. Colapinto, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1973).
- Heise, L., & Elias, C. (1995). Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. *Society and Science Medicine, 40*, 931-943.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J., & Britton, P. J. (1994). Women's barriers to safer sex. *Psychology-and-Health, 9*, 233-252.
- Hsiung, P. & Tsai, Y. F. (2000). Stressors of living with HIV/AIDS: patients perspective. *Kaohsiung Journal of Medical Science, 16*(3), 148-155.
- Kelly, J. A., & Kalichman, S. C. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *Journal of consulting and clinical psychology, 63*, 907-918.
- Knauth, D. R. (1997a). O que pensam as mulheres sobre a infecção pelo HIV: uma abordagem antropológica. *Saúde: Revista do NIPESC/UFRGS, 2*, 7-18.
- Knauth, D. R. (1997b). O vírus procurado e o vírus adquirido: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Estudos Feministas, 2*, 291-301.
- Knauth, D. R., Vitoria, C. G. & Leal, O. F. (1998). A Banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos, 9*, 171-202.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology, 14*, 171-196.
- Kvale, S. (1994). Ten standard objections to qualitative research interviews. *Journal of Phenomenological Psychology, 25*, 147-173.
- Lanigan (1988). *Phenomenology of communicology. Merleau-Ponty Thematics in Comunicology and Semiology*. Pittsburgh, P2.A: Duquesne University Press.
- Lanigan (1997). Capta versus Data: Método e Evidência. *Psicologia Reflexão e Crítica, 10*(2), 13-42.
- Lear, D. (1995). Sexual communication in the age of AIDS: The construction of risk and trust among young adults. *Social Science and Medicine, 41*, 1311-1323.

- Lemaire, J. G. (1990). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. México: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em francês em 1979).
- Levine, O. H., Britton, P. J., James, T. C., Jackson, A. P., Hobfoll, S. E., & Lavin, J. P. (1993). The empowerment of women: A key to HIV prevention. *Journal of Community Psychology, 21*, 320-334.
- Lewis, J. E., Malow, R. M., & Ireland, S. J. (1997). HIV/AIDS in heterosexual college students: A review of a decade of literature. *Journal of American College Health, 45*(4), 147-158.
- Maman, S., Mbwambo, J., Hogan, N. M., Kilonzo, G. P. & Sweat, M. (2001). Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: Challenges for HIV-1 voluntary counselling and testing. *AIDS-Care, 13*(5), 595-603.
- Mann, J., Tarantola, D. & Netter, T. (Orgs.) (1993). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS-UERJ, Relume-Dumará.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1982). *O relacionamento amoroso*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Maxwell, C., & Boyle, M. (1995). Risky heterosexual practices amongst women over 30: Gender, power and long term relationships. *AIDS-Care, 7*, 277-293.
- Miermont, J. e cols. (1994). *Dicionário de terapias familiares: Teorias e práticas* (C. A. Molina-Loza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987).
- Moore, J. S., Rogers, M. (2002) Female-controlled prevention technologies. In: O'Leary, Ann (Ed). *Beyond condoms: Alternative approaches to HIV prevention*. (pp. 47-76).
- Morrill, A. C., Ickovics, J. R., Golubchikov, V. V., Beren, S. E. & Rodin, J. (1996) Safer sex: social and psychological predictor of behavioral maintenance and change among heterosexual women. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*/4, 819-828.
- Obbo, C. (1993). HIV transmission: Men are the solution. *Population and Environment: A Journal of Interdisciplinary Studies, 14*, 211-243.
- ONU (2001). Consultado em jan 2003: <http://www.onu.org>
- Orubuloye, I. O., Caldwell, J. C., Caldwell, P. (1997). Perceived male sexual needs and male sexual behaviour in southwest Nigeria. *Social Science and Medicine, 44*, 1195-1207.
- Painter, T. (2001) Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine, 53*, 1397-1411.
- Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B., Ventura-Filipe, E., Tunala, L., Santos, N. (1998). A vulnerabilidade das mulheres é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer Salud, 3*, 34-38.
- Paiva, V. (1994). Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. Em R. Parker, C. Bastos, J. Galvão, & J. S. Pedrosa (Orgs.), *A AIDS no Brasil* (pp. 231-250). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia.

- Paiva, V., Latorre, M. do R., Gravato, N. & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 18(6): 1609-1620.
- Papp, P. (1995). Prisioneiros do papel sexual. Em Andolfi, M., Angelo, C. & Saccu, C. (Orgs.). *O casal em crise* (S. Fingi Foá, trad.). São Paulo: Summus.
- Parker, R. G., Herdt, G. & Carballo, M. (1995). Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. Em D. Czeresnia, R. H. S. Barbosa, & S. Monteiro (Orgs.), *Aids: ética, medicina e biotecnologia* (pp. 17-45). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Pimenta, M. C., Passarelli, C. A., Brito, I. & Parker, R. (2002). As pesquisas sociais sobre sexualidade e AIDS no Brasil: entre a demografia e a cultura sexual (1980-2000). Em: Parker, R. & Terto Jr. V. (Org.) *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: Anais do Seminário Pesquisa em DST/AIDS: determinantes sócio-demográficos e cenários futuros*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pincus, L., & Dare, C. (1981). *Psicodinâmica da família* (C. Rotenberg e S. Kleinke, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1973).
- Pitts, M., Bowman, M., & McMaster, J. (1995). Reactions to repeated STD infections: Psychosocial aspects and gender issues in Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 40, 1299-1304.
- Rapizo, R. (1996). *Terapia sistêmica de família: da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Roso, A. & Bueno, S. N. (1998). Confie desconfiando: uma proposta de redução de danos entre casais com risco de contrair HIV. *Psico*, 29/2, 155-164.
- Roth, D. L., Stewart, K. E., Clay, O. J., van-der-Straten, A., Karita, E. & Allen, S. (2001). Sexual practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda: Effects of a testing and counseling programme for men. *International-Journal-of-STD-and-AIDS*, 12(3), 181-188.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Spiegelberg, H. (1982). *The phenomenological movement*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- St-Lawrence, J. S., Eldridge, G. D., Shelby, M. C., Little, C. E., e colaboradores (1997). HIV risk reduction for incarcerated women: A comparison of brief interventions based on two theoretical models. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 65, 504-509.
- Strebel, A. (1995). Whose epidemic is it? Reviewing the literature on women and AIDS. Special Focus: Psychological aspects of HIV/AIDS. *South African Journal of Psychology*, 25, 12-20.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: The Falmer Press.
- Van-der-Straten, A., King, R., Grinstead, O., & Serufilira, A. (1995). Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9, 935-944.

- Victora, C. G. & Knauth, D. R. (1999). Trajetórias e vulnerabilidade masculina. *Antropolítica*, 6, 23-38.
- Villela, W. V. (1996). Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre mulheres. Em: Parker, R. & Galvão, J., org (1996). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1967).
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Johnson, B. T. & Bickham, N. L. (2000). Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1397-405.
- Willig, C. (1995). "I wouldn't have married the guy if I'd have to do that": Heterosexual adults' constructions of condom use and their implications for sexual practice. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 75-87.

Anexo A

UM OLHAR SISTÊMICO PARA O RELACIONAMENTO CONJUGAL

Os diferentes modelos de terapia familiar compartilham a noção de família como um sistema formado por diferentes subsistemas interdependentes, que se inicia à partir do estabelecimento da relação de casal. A formação do sistema casal envolve uma conjunção entre duas individualidades, “dois sistemas individuais, que sintetizam mais dois sistemas familiares cada um, além do transgeracional, e do contexto social mais amplo do qual participam” (Anton, 1998, p. 57). A partir dessa crescente complexidade, sintetizada nos indivíduos que o compõe, será formado o estilo específico do casal. Como um sistema, o casal desenvolve mecanismos de regulação emocional e comportamental próprios, definidos em grande parte através da comunicação. O estabelecimento da relação envolve acordos conscientes e inconscientes e a definição de regras de interação dos indivíduos entre si, assim como do casal com os sistemas familiares e sociais circundantes. As regras relacionais são as mediadoras da interação, definem a qualidade da comunicação, a compreensão da realidade e o conceito de si.

Segundo Miermont e cols. (1994) são três os níveis de contrato que determinam as regras relacionais entre os parceiros: “a) as regras explícitas, decididas pelos cônjuges de comum acordo; b) as regras implícitas, que não são verbalizadas de maneira manifesta, mas que não deixam de produzir efeitos metacomunicativos (comunicam sobre a comunicação); c) as regras de transações, que são negadas pelo próprio casal, mas que aparecem claramente ao observador. Estas regras estruturam-se em meta-regras que regulam os intercâmbios, definindo quem estabelece oficialmente as regras, quem as aplica, quem as faz respeitar” (p. 120). A maioria dos acordos necessários para constituir um casal é tácita e, em caso de conflito, o desacordo poderá estar relacionado a essas metadefinições (Anton, 1998, 2002; Carter & McGoldrick, 1995; Pincus & Dare, 1981; Rapizo, 1996).

Para a teoria sistêmica a comunicação é um componente essencial de qualquer relacionamento. Teóricos como Haley (1989) e Satir (1967), por exemplo, desenvolveram seus referenciais teóricos e práticos à partir de uma perspectiva estritamente comunicacional, inclusive não considerando a personalidade exceto em termos de interação (Foley, 1990). Foram Watzlawick, Beavin & Jackson (1967/1993),

entretanto, os primeiros a sistematizar um referencial pragmático das comunicações humanas, combinando contribuições da semiótica, da teoria da informação e da cibernética, o qual influenciou de forma importante as abordagens sistêmicas posteriores. Suas idéias podem ser sintetizadas na afirmação de que “a comunicação produz efeitos de sentido (ponto de vista semântico) que nascem do estabelecimento da interação (ponto de vista pragmático) de estruturas de comportamentos (ponto de vista sintático)” (Miermont & cols., 1994, p. 439). Os autores partem do pressuposto de que os seres humanos estão envolvidos em um contínuo processo de comunicação e que qualquer ação, em situações que envolvam mais do que uma pessoa, é comunicativa. O processo de comunicação é reduzido a dois elementos básicos: relação e conteúdo, sendo que o primeiro determina o segundo, funcionando como uma metacomunicação. O relacionamento é tomado como um estilo desenvolvido em situações interpessoais que se repetem através do tempo, e que pode basear-se em trocas comunicacionais simétricas ou complementares, conforme esteja fundamentado na igualdade ou na diferença. Assim, em uma relação de casal simétrica, ambos os membros da díade têm a liberdade de tomar a iniciativa de comunicar; em uma relação complementar, um lidera e o outro segue. Grande parte das relações conjugais não patológicas caracterizam-se pela alternância das interações simétricas ou complementares em função das oportunidades e das necessidades, caracterizando uma relação paralela baseada na reciprocidade (Foley, 1990; Miermont & cols., 1994; Watzlawick & cols., 1967/1993).

Os níveis de expressão verbal e não-verbal participam da definição dos acordos e desacordos entre parceiros. Acordos e desacordos podem ser definidos como os processos através dos quais o casal consegue definir conjuntamente, de maneira explícita e implícita, a natureza de seus intercâmbios. Nesse processo, a maneira como o casal pontua a seqüência comunicativa também é um aspecto relevante. O desacordo, ou conflito, pode ser manifesto ou latente, e sempre resulta de uma comunicação disfuncional entre os parceiros. A busca dos acordos e o reconhecimento dos desacordos constituem um meio útil para captar a natureza das comunicações e os possíveis disfuncionamentos do casal (Haley, 1989; Miermont & cols., 1994; Watzlawick & cols., 1967/1993). Berenstein (1990) pontua que, por caracterizarem “uma disparidade entre acordos conscientes e inconscientes”, os desacordos “remetem à vivência de desestruturação, registrada como ruptura do vínculo, desamparo e solidão sem limites” (p.174). Dessa perspectiva, avalia-se que a explicitação de desacordos,

relacionada por exemplo à nosso foco neste trabalho, a esfera da sexualidade, envolve o enfrentamento de sentimentos muito fortes. Da mesma forma, a não explicitação desses desacordos pode implicar em importante utilização de defesas e, possivelmente, à formação de sintomas. Portanto, para compreender o funcionamento dos casais é necessário centrar na interação e nas regras e acordos que organizam essa interação. Esse entendimento torna demasiadamente parcial levarmos em conta apenas um dos membros da díade (ou apenas o intrapsíquico) quando se busca compreender as negociações que um casal realiza (Anton, 1998, 2002; Foley, 1990; Lemaire, 1979/1990; Miermont & cols., 1994).

Diante desse referencial, observa-se que a questão preventiva para a contaminação por HIV em casais não pode ser tratada fora do contexto conjugal. A negociação para a prática de sexo seguro será permeada pelo estilo do casal, que engloba as regras e acordos relacionais, a maneira como estão comunicando-se, como definem sua relação. Negociar a respeito de práticas preventivas pode ser um desafio muito grande para o casal que: 1) não está habituado a comunicar-se a respeito de quaisquer assuntos, o padrão comunicativo estabelecido é restrito; 2) não pode comunicar-se claramente à respeito dessa temática pela existência de segredos extraconjugais implícitos, cuja explicitação poria em risco a relação; ou 3) estabeleceu uma relação em que um dos membros da díade, frequentemente a mulher, não está autorizada a tomar a iniciativa comunicativa. Como veremos através da revisão sobre as abordagens preventivas que se segue, o enfoque dado ao problema tem sido principalmente de ordem individual, privilegiando uma autonomia na tomada de decisão quanto a prática de sexo seguro dentro do relacionamento que o modelo terapêutico familiar descrito até aqui permite questionar.

Anexo B

ABORDAGENS PREVENTIVAS

Durante as últimas décadas, o mundo tem voltado-se através das diversas áreas da ciência, ao combate e à prevenção da infecção por HIV. De doença de grupos marginalizados específicos, os chamados grupos de risco, a AIDS vem passando por um crescente processo de juvenilização, feminização, banalização e recentemente, medicalização. Esses processos têm o aspecto positivo de permitir a compreensão de que trata-se de um problema mundial, que atinge a todas as pessoas e não apenas grupos específicos, diminuindo a marginalização e a vergonha em expor a situação de soropositividade. Entretanto, ao ser vista apenas como mais uma doença crônica, a AIDS corre o risco de deixar de ser considerada um problema social, para tornar-se cada vez mais um problema médico e de laboratórios. Os sucessos da terapêutica, com o advento dos antiretrovirais, teve como consequência a queda de mortalidade pela AIDS. Entretanto, as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento, também trazem novos problemas para a prevenção, aumentando o risco de disseminação de vírus ainda mais resistentes.

Diante da epidemia da AIDS, muita literatura vem sendo produzida, nos mais diversos campos da ciência. Voltando-nos para as abordagens preventivas podemos visualizar dois conjuntos principais de intervenção: 1) desenvolvimento de tecnologias biológicas, que se operacionalizam no campo farmacêutico e médico, através do desenvolvimento e aprimoramento de métodos para dificultar o acesso do vírus ao corpo (métodos de barreira, microbicidas) e de métodos para minimizar os prejuízos causados pelo vírus no organismo e redução da carga viral (antiretrovirais); e 2) desenvolvimento de tecnologias psicológicas, comportamentais ou educacionais, que se operacionalizam nas propostas de influenciar os comportamentos individuais, através de um caráter pedagógico, de modo que os comportamentos evitem a exposição ao vírus e assim a infecção ou a reinfecção. É nesse segundo nível que encontram-se os maiores desafios, pois constata-se que o ritmo da infecção não diminuiu em grande parte dos segmentos populacionais, e, além disso, muitas das alternativas farmacológicas e médicas existentes não são utilizadas pelos já infectados. Assim, tanto quanto descobrir a (uma) cura e seus paliativos, o desafio é potencializar as ações preventivas, dispondo e desenvolvendo, para tanto, as tecnologias preventivas psicológicas e sociais existentes.

Matrizes teóricas

Ações preventivas efetivas requerem conceitos teóricos adequados para reconhecer as causas e a base dos comportamentos de risco relacionados ao HIV, o que vem sendo construído através do desenvolvimento de tecnologias psicológicas, comportamentais ou educacionais. Dentre as teorias que vem sendo utilizadas como matriz para as estratégias preventivas utilizadas mundialmente, adaptadas ao contexto das DST/HIV/AIDS, estão: Teoria da Aprendizagem Social (Social Cognitive Theory), Modelo de Crenças na Saúde (Health Belief Model), Teoria da Ação Racional (Theory of Reasoned Action), Protection Motivation Theory e AIDS Risk Reduction Model (AIDSCAP, 2002; Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barrett, Peterman & Bolan, 1997; Brito, 1998; Ford & Norris, 1995; Hobfoll & cols., 1994; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). Estes modelos baseiam-se principalmente em princípios cognitivos e comportamentais e foram desenvolvidos na últimas décadas, com o objetivo de compreender os comportamentos relacionados a diversos riscos à saúde, sendo adaptados para buscar alcançar a complexidade dos riscos derivados dos comportamentos sexuais. Segue-se um pequeno resumo das variáveis principais de cada teoria/modelo, seguindo-se um quadro comparativo que procura integrar essas variáveis em termos de níveis possíveis de intervenção:

1) Teoria da Aprendizagem Social - Social Cognitive Theory:

Identifica quatro componentes para intervenções de redução de risco: a) informação, b) domínio de habilidades de auto-proteção e auto-eficácia para implementar essas habilidades, c) competência social e d) suporte social para mudanças preventivas. Possibilita intervenções experimentais.

2) Modelo de Crenças em Saúde - Health Belief Model

É um modelo psicológico que busca explicar e prever comportamentos voltados para a saúde focando em atitudes e crenças dos indivíduos. Principais variáveis do modelo: a) Percepção da ameaça (suscetibilidade e severidade percebida); b) percepção dos benefícios (de utilizar estratégias/recursos que reduzam a ameaça de adoecimento); c) barreiras percebidas (consequências físicas, psicológicas e financeiras); d) sugestões de ação (eventos internos ou externos que motivam a iniciação da ação); e) autoeficácia (crença de ter habilidade de executar com sucesso o comportamento requerido). Decisões sobre comportamentos para a saúde são tomadas

através da análise computacional da suscetibilidade a uma doença, severidade da doença e custos e benefícios sociais, psicológicos e fisiológicos de atividades de redução de ameaça à saúde. Tende a desconsiderar fatores sócio econômicos, normas sociais do grupo, representações sociais sobre as formas do adoecer e morrer, ou seja tende a desconsiderar o contexto cultural que envolve a vivência da doença.

3) Teoria da Ação Racional - Theory of Reasoned Action

Este modelo teórico parte do princípio de que o comportamento é definido por quatro componentes: ação, objetivo, contexto e tempo. Considera as seguintes variáveis: a) atitudes, b) normas subjetivas, c) intenção comportamental. (variáveis situacionais e interpessoais). Assume que qualquer comportamento específico é uma função de intenções, que são, por sua vez, uma combinação ponderada (colocada na balança) de atitudes possíveis e normas subjetivas quanto ao comportamento. A teoria pressupõe que todo comportamento e atitude frente a uma situação que envolve risco possui uma intencionalidade, é racionalmente assimilada e está marcada pelos valores do grupo social ao qual a pessoa pertence. Nesse sentido, a força normativa do grupo pode agir sobre as pessoas tanto no sentido de gerar autoconfiança e autoestima, sustentando a mudança de comportamento.

4) Protection Motivation Theory:

Variáveis principais: a) percepção de severidade da ameaça da AIDS; b) percepção de susceptibilidade ou risco; c) expectativa de auto-eficácia comunicativa e sexual; d) expectativa de efetividade da resposta (comportamento preventivo). Além disso, a motivação é uma função negativa linear de (1) reforçamentos associados com a resposta mal adaptativa e (2) os custos da resposta.

5) AIDS Risk Reduction Model:

Indica três estágios de atividades que uma pessoa deve se engajar para reduzir seu risco de adquirir HIV: 1) reconhecer e qualificar seu comportamento como de risco (é influenciado pelo conhecimento sobre fatores de risco): susceptibilidade percebida e severidade percebida (perceber que se é pessoalmente vulnerável a adquirir HIV e que isso é indesejável); 2) comprometer-se a reduzir o comportamento de risco: a) avaliar que os custos de se engajar em comportamentos de risco são maiores que os benefícios; b) que a pessoa confia em sua auto-eficácia para realizar as ações necessárias com a redução do risco e c) que a pessoa tem apoio para se engajar em atividades de redução

do risco. 3) ter habilidade de executar as atividades de prevenção, buscar a ajuda apropriada.

	Nível Informativo/ Cognitivo	Nível Motivacional	Nível Comportamental	Contexto Sócio-cultural de controle do comportamento
Social Cognitive Theory	Informação		Habilidades de auto- proteção + auto-eficácia para implementar essas habilidades + competência social	Suporte social para mudanças preventivas
Health Belief Model	Percepção de suscetibilidade e severidade da ameaça	Percepção dos benefícios e de barreiras (consequências físicas, psicológicas e financeiras)	Sugestões de ação e autoeficácia	
Theory os Reasoned Action	Conhecimentos e atitudes	Normas subjetivas (força normativa do grupo) e intencionalidade racional	Intenção comportamental	
Protection Motivation Theory	Percepção de suscetibilidade e severidade da ameaça	Percepção de suscetibilidade	Expectativa de autoeficácia comunicativa e sexual e expectativa de efetividade da resposta	
AIDS Risk Reduction Model	Percepção de suscetibilidade e severidade da ameaça	Avaliação de custos/benefícios	Autoeficácia	Apoio para atividades de redução de risco

A revisão dos modelos teóricos mundialmente utilizados para prevenção permite delinear quatro níveis de intervenção que reconhecidamente facilitam os comportamentos preventivos: 1) Nível Informativo/Cognitivo (conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e práticas preventivas), 2) Nível Motivacional (atitudes pessoais e do parceiro, envolve o reconhecimento de sua própria vulnerabilidade e avaliações de custo/benefício físico, psicológico e econômico), 3) Nível Comportamental (desenvolvimento de habilidades práticas e contexto de controle do comportamento, principalmente autoeficácia comunicativa e sexual) e 4) Controle Social (inclui a importância da participação da rede de apoio e da rede cultural que sustenta e dentro da qual ocorre a exposição ao risco) Cabe destacar que os comportamentos são governados por normas subjetivas, construídas a partir de normas sociais que delimitam a possibilidade de determinado comportamento em determinado contexto. Apesar do corpo desses modelos teóricos não destacar os determinantes sócio-culturais do comportamento, é fundamental sua consideração ao planejar estratégias preventivas adequadas temporal e contextualmente. Na esfera da prática, esses modelos

se operacionalizam em diferentes estratégias de prevenção, como programas com foco individual, educação por pares, capacitação e formação de multiplicadores que atuam nas redes sociais, formação de agentes de saúde. Como matriz de programas e abordagens preventivas, esses quatro níveis podem compor a elaboração de programas assim como estruturar as análises voltadas para casais. Neste estudo não se faz uma opção por um dos referenciais teóricos, mas procura considerar os níveis de intervenção como forma de integração de aspectos considerados centrais em cada uma das teorias.

Estratégias preventivas globais e relações estáveis

Analisando-se as estratégias de prevenção à infecção por HIV voltadas para ambos os sexos em várias partes do mundo, constata-se a existência de três táticas preventivas globais: 1) encorajar as pessoas a diminuir o número de parceiros; 2) promover o uso de preservativos; e 3) realizar o tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nas populações expostas a maiores riscos de contaminação, como homossexuais, usuários de drogas e prostitutas, definidos como grupo de risco (Heise & Elias, 1995). Somando-se a estas, o Brasil tem garantido, a oferta de testagem e aconselhamento gratuitos através dos serviços públicos de saúde, e distribuição de medicamentos anti-retrovirais (Bastos & Malta, 2002). Inicialmente, nenhuma dessas táticas esteve voltada especificamente para a prevenção em relações conjugais ou uniões consensuais consideradas estáveis, uma vez que a monogamia implícita nessas relações era considerada fator de proteção. A crença de que as relações conjugais, supostamente monogâmicas, isentavam de risco dificultou a percepção da vulnerabilidade existente para pessoas em relacionamentos estáveis, principalmente para as mulheres (Campos, 1998; Kelly & Kalichman, 1995; Pimenta, Passarelli, Brito & Parker, 2002; Strebel, 1995). A noção de grupos de risco, enfatizada no início da epidemia, além de contribuir para a disseminação do preconceito, ajudou na constituição da AIDS como “doença do outro” (Daniel & Parker, 1991), dificultando a percepção de risco pessoal principalmente para as pessoas que mantinham relacionamentos heterossexuais estáveis.

Essa marcada exclusão das relações estáveis do foco das abordagens preventivas modificou-se na década de 90, com a crescente feminização da epidemia. Buscou-se, então, adaptar as táticas gerais de prevenção à realidade dos relacionamentos heterossexuais estáveis, enfatizando o uso de preservativos como modelo de sexo mais

seguro. Esse modelo, que surgiu dos grupos homossexuais americanos, utiliza forte apelo à proteção do corpo e à responsabilidade mútua, procurando também erotizar o uso do preservativo. Esse tipo de estratégia preventiva vem apresentando baixa eficácia em muitos países do chamado Terceiro Mundo, como no Brasil, devido a erros já identificados, como não levar em conta a cultura sexual e os contextos sociais e culturais onde as decisões sobre o sexo são tomadas. A ênfase na decisão e motivação individual é característica das intervenções preventivas desenvolvidas na América do Norte e Europa, mas essas noções de autonomia e responsabilidade individual são estranhas à nossa cultura, sendo questionável a adequação desse discurso e dessa estratégia para o contexto brasileiro (Barbosa, 1995; Paiva, 1994; Parker, Herdt & Carballo, 1995; Pimenta & cols., 2002).

A negociação do sexo mais seguro tem se mostrado de difícil implementação em relacionamentos heterossexuais de longa data onde a monogamia não pode ser garantida (Maxwell & Boyle, 1995; Obbo, 1993; Pitts, Bowman & McMaster, 1995). Um fator importante que colabora nesse sentido são as questões de gênero, ou seja, a construção social do masculino e do feminino. O estabelecimento do masculino como ativo e o feminino como passivo organiza as interações e as possibilidades de negociação relacionadas ao sexo. Diversos estudos, em diferentes culturas, indicam que esse desequilíbrio de poder é um aspecto importante a afetar as decisões de mulheres quanto ao sexo mais seguro, principalmente aquelas acima dos 30 anos (Maxwell & Boyle, 1995). O padrão moral diferenciado para os sexos, naturalizando a prática sexual extraconjugal masculina, é comum a diferentes culturas, como pode ser observado em pesquisas realizadas em países africanos, como Zimbabwe (Pitts & cols., 1995) e Uganda (Obbo, 1993), sul-americanos, como mostram pesquisas brasileiras (Both, 1997; Campos, 1998; Knauth, 1997a), norte-americanos (Levine & cols., 1993) e europeus (Buunk & Bakker, 1997). Com exceção de Buunk e Bakker (1997) que consideram esses padrões sexuais diferenciados em termos estritamente da teoria da evolução das espécies, os demais assumem uma visão sócio-cultural, sugerindo que a redefinição dos papéis de gênero é possível e necessária para o estabelecimento de práticas de negociação preventiva efetivas.

O desequilíbrio de poder torna a negociação de sexo mais seguro um dos mais críticos problemas para as mulheres (Campos, 1998). Uma pesquisa com mulheres faveladas brasileiras (Barbosa, 1995) mostrou que, mesmo sabendo das práticas sexuais

extraconjugais de seus parceiros, e portanto percebendo-se em risco, as mulheres apresentam dificuldade em apontar uma alternativa de prevenção. Para muitas, o medo de se infectar com o HIV é menor do que o receio de simplesmente sugerir a seus parceiros o uso de preservativos. A sugestão seria um indicativo de que elas sabem sobre questões sexuais, assim como poderia ser entendido como uma afronta à fidelidade do parceiro ou sinal de infidelidade pessoal. Também, um estudo com mulheres gaúchas (Both, 1997) indicou que a noção de risco está profundamente vinculada aos atributos femininos de passividade e fidelidade. Tais atributos estabelecem uma relação de gênero e uma relação de poder que dificulta a prevenção da AIDS e coloca as mulheres em risco de estigmatização quando ousam ser ativas, questionando as práticas sexuais. Pode-se dizer que a negociação para a prática de sexo mais seguro leva os casais a um paradoxo: se um dos membros da díade solicita que o parceiro use preservativo, pode ser interpretado como se desconfiasse da fidelidade do parceiro; se este concorda em usar, pode estar confirmando a desconfiança; além disso, a própria solicitação pode ser vista como um sinal de infidelidade.

As questões de gênero permeiam outros fatores citados na literatura como barreiras para o sexo seguro em relacionamentos estáveis, como a oposição ao uso de preservativos de um ou ambos os parceiros, a não avaliação de risco, o constrangimento (vergonha de propor o uso) e a possível diminuição do prazer (Hobfoll, Jackson, Lavin & Britton, 1994). O casamento e as relações a longo prazo são vistos como incompatíveis com o uso de preservativos, já que sua utilização sugere a ruptura com o modelo monogâmico de sexualidade no casamento (Both, 1997; Willig, 1995). Guimarães (1994) afirma que homens e mulheres “consideram o uso de preservativos mais apropriado para relações casuais ou em fase inicial de conhecimento, sobretudo como método contraceptivo” (p. 224). Entretanto, mesmo nesses casos, a utilização de preservativos está longe de ser sistemática. Um estudo que examinou a frequência de sexo extramarital e risco de infecção por HIV entre americanos adultos casados, por exemplo, encontrou baixos níveis de uso de camisinha entre os sujeitos que referiram sexo extramarital (Choi, Catania & Dolcini, 1994).

Estratégias preventivas e mulheres

Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), 60% dos novos casos de infecção feminina, no Brasil, ocorrem entre mulheres que têm parceiros fixos. O uso de

preservativos em relações estáveis, que ao redor do mundo atinge o percentual máximo de 20%, no Brasil mantém a média de 22% entre mulheres casadas. Assim, “a produção de um método que proteja as mulheres, simultaneamente, da gravidez e do HIV e que possa ser controlado pela usuária tem sido uma das mais importantes reivindicações do movimento organizado de mulheres na busca de alternativas para a prevenção do HIV” (Brasil, 2002). Os métodos essencialmente femininos, que reforçam a independência da decisão e controle femininos, tal como a camisinha feminina, vem sendo testados no Brasil. Pesquisa realizada em cinco capitais, incluindo Porto Alegre, envolveu 1.800 mulheres, e apontou para uma adesão, nos três primeiros meses de uso, em torno de 80%. As dificuldades residem no manuseio da camisinha, sendo que o diálogo entre o casal facilita a superação deste problema, aumentando a aceitabilidade do método (Brasil, 1999; Moore & Rogers 2002).

Contraditoriamente, o advento das tecnologias contraceptivas essencialmente femininas (a pílula e o DIU) contribuiu para um afastamento dos homens do processo contraceptivo, uma vez que em métodos como a camisinha, tabela e coito interrompido sua participação é, de alguma forma, necessária (Barbosa, 1995; Guimarães, 1994). Nesse sentido, podemos pensar que o discurso ideológico da libertação feminina trouxe também um afastamento, no mínimo comunicacional, para a relação homem-mulher. Se os riscos trazidos pelo HIV por um lado indicam a necessidade de métodos sob o controle das mulheres, por outro lado nos levam a perguntar sobre a importância do envolvimento de ambos os sexos nas práticas preventivas, agora não apenas para evitar a gravidez, mas também uma doença sexualmente transmissível incurável.

Estudos sobre o comportamento sexual masculino fora do casamento (Berquó & Souza, 1994; Choi, Catania & Dolcini, 1994; Orubuloye, Caldwell & Caldwell, 1997) e o sucesso das tentativas femininas de controlá-lo (Levine & cols., 1993) apresentam tendências contraditórias: alguns (Ford & Norris, 1995; Obbo, 1993) sugerem que o controle efetivo da transmissão do HIV depende de mudanças por parte dos homens em suas atitudes com relação à sexualidade feminina; outros (Hobfoll & cols., 1994), que é necessário um fortalecimento feminino em suas relações. Contudo, essas possibilidades preventivas são sempre parciais, centradas em um dos membros da díade e no fortalecimento pessoal para tomada de decisões quanto à prática de sexo mais seguro. Essas propostas apresentam limites em sua implementação concreta ao chocar-se com o comportamento do parceiro, se este não foi envolvido no processo.

Os indivíduos avaliam custos e benefícios sociais, econômicos, psicológicos e fisiológicos de atividades de redução de ameaça à saúde. Nesse sentido, tem sido pontuada a desvantagem das atitudes desejáveis e das atitudes possíveis por parte das mulheres com relação ao sexo e à prevenção. Embora a maioria dos informantes - homens e mulheres - afirme considerar a fidelidade importante para que um casamento funcione, eles muito frequentemente consideram que está na natureza do “homem pular a cerca”, no sentido de que o casamento é como uma área cercada de onde os homens fogem. As relações extraconjugais são muito mais aceitáveis em homens do que em mulheres (os maridos em geral se separam das esposas infiéis, enquanto as mulheres são mais flexíveis com relação aos limites de tolerância) (Knauth, Victora & Leal, 1998). Villela (1996) considera que, por colocarem-se na perspectiva relacional, as mulheres não vêem a si mesmas como indivíduos portadores de livre vontade, com capacidade de se proteger. A preocupação feminina, principalmente na fase de namoro e sedução, estaria centrada na consolidação do relacionamento conjugal, o que pode envolver ter um filho com esse parceiro. A não capacidade de prevenção também está relacionada à já comentada crença na responsabilidade masculina quanto ao uso de preservativo e na autoridade masculina com relação à assuntos sexuais. O uso do preservativo, um método masculino, depende de acordo prévio e explícito entre os parceiros, prática que não é usual entre homens e mulheres em nossa cultura. Entre as informantes deste estudo, o risco de perda de recursos afetivos, de perda do relacionamento em si parece ter sido de influência vital para o estabelecimento de práticas não preventivas quando a mulher desejava que essas práticas se viabilizassem. Analisando a partir do Modelo da Crença na Saúde (Hobfoll & cols., 1994), elas não adotaram práticas de sexo mais seguro para não arriscarem perder outros recursos de valor. Dentro da hierarquia de riscos e da hierarquia de recursos que poderiam ou não ser postos à disposição, a saúde foi a escolhida, também porque os efeitos da perda da saúde, caso esta realmente venha a ocorrer, só serão percebidos muito tempo depois.

Além desses aspectos, a noção de vulnerabilidade torna-se importante para a compreensão dos diversos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos implicados no contexto da disseminação do HIV/AIDS. Segundo o modelo proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993), a vulnerabilidade estaria associada e poderia ser avaliada a partir de indicadores de vulnerabilidade social (renda, escolaridade, acesso a serviços), individual (conhecimento sobre HIV, mudança de comportamento relatada,

habilidades) e biológica (ser do sexo masculino ou feminino). Assim, a concorrência do HIV/AIDS com outros estressores muitas vezes mais prementes, tais como desemprego, violência familiar, crime e drogas, deve ser levada em conta para a compreensão dos fatores que dificultam a negociação. Em determinadas faixas sócio-econômicas a AIDS é freqüentemente percebida como um problema menos importante do que outros dilemas da vida diária (Carey & cols., 1997), o que pode fazer com o que o casal desvalorize a relevância de discutir tal temática em seu relacionamento. Também deve-se considerar que a efetivação do uso de preservativos pode ser inviabilizada pelo preço que, comparado com a faixa salarial de grande parte da população, pode ser considerado alto. Como diz Campos (1998), “usar ou não o preservativo deixa de ser uma escolha individual e passa a ser uma decisão que implica custos e benefícios”, desde os custos subjetivos, como colocar em jogo a relação afetiva, pela explicitação da dúvida quanto à fidelidade, até os custos objetivos, como os necessários para a compra dos preservativos (p. 88).

Segurança negociada e negociação para sexo mais seguro

A estratégia de prevenção caracterizada pela incitação do parceiro para que usasse preservativo em relacionamentos extraconjugais é referida na literatura como “segurança negociada” (Morrill, Ickovics, Golubchikov, Beren, & Rodin, 1996) ou ainda “pacto prévio” (Roso & Bueno, 1998). Essa estratégia depende de um conhecimento acurado da sorologia de ambos os parceiros, assim como de honestidade e confiança na relação. Entre os casais que sugeriram essa estratégia como prevenção, a “segurança negociada” pode parecer um utopia distante. Novamente, foram as mulheres que sugeriram essa alternativa e pontuaram seus limites, uma vez que não confiam na disponibilidade de seus parceiros em usar preservativos nas relações extraconjugais. Porque esses homens se dispõem a usar preservativos com uma nova parceira sexual se 1) foram contrários ao uso do preservativo no início do atual relacionamento, e, de modo geral, em todos que o precederam; 2) mantêm uma recusa enfática quanto ao uso na relação conjugal; 3) apresentam reações fisiológicas como perda de ereção ou impotência?

Estudos encontraram que mesmo se os preservativos eram usados no início de um relacionamento, eram dispensados assim que a relação é percebida como “estável” (Maxwell & Boyle, 1995). Só que esta pode logo a seguir ser substituída por outra

relação monogâmica tão “estável” quanto a primeira. Parece existir uma crença enganosa na segurança de relacionamentos monogâmicos de curta duração. Como observado pelos relatos dos casais e pela literatura, as pessoas parecem não se dar conta das inconsistências inerentes à decisão de parar de praticar sexo mais seguro quando a condição de HIV de um parceiro relativamente novo é desconhecida (Campos, 1998; Kelly & Kalichman, 1995; Strebel, 1995; Roso & Bueno, 1998). Assim, ao considerar os eventos da história pessoal ou da história do parceiro, os casais deste estudo desconsideraram, através de uma interpretação particular, a exposição possível nessas situações.

Contraopondo os fatores que dificultam a negociação, a literatura apresenta alguns aspectos que podem facilitar os comportamentos preventivos, tais como: a) conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e práticas preventivas, b) reconhecimento do risco, c) atitudes pessoais e do parceiro com relação ao uso de preservativos, e d) habilidade de comunicação e negociação com os parceiros sexuais (Bengel, Belz-Merk & Farin, 1996; Boyer, Barret, Peterman & Bolan, 1997; Ford & Norris, 1995; Lewis, Malow & Ireland, 1997; St. Lawrence & cols., 1997). Além desses aspectos, o comprometimento com o relacionamento foi encontrado em pesquisas como um importante fator a influenciar tanto a intenção de usar preservativos em contatos sexuais extraconjugais, quanto a disposição de informar o parceiro fixo sobre a prática de sexo desprotegido, protegendo o parceiro contra o possível risco de infecção por HIV. O comprometimento teve um forte impacto na maneira pela qual os indivíduos tendem a tomar em consideração os interesses de seu parceiro primário após ter praticado sexo extraconjugal desprotegido (Buunk & Bakker, 1997).

Os estudos sobre comunicação e HIV/AIDS apresentam três direcionamentos gerais: 1) estudos voltados para a comunicação de massa, preocupados com a qualidade da informação sobre HIV/AIDS veiculada nos diferentes espaços da mídia, avaliando a adequação dessa informação para diferentes grupos; 2) estudos que incluem as habilidades comunicativas como um dos fatores importantes para o estabelecimento de comportamentos preventivos (Bengel & cols., 1996; Carey & cols., 1997; Lewis & cols., 1997; Van-der-Straten, King, Grinstead, & Serufilira, 1995); e 3) estudos que enfocam especificamente a comunicação e seu papel no processo de mudança de comportamento (Agletton, 1997), e na relação entre parceiros (Cline & McKenzie, 1994; El Bassel & cols., 2001; Lear, 1995). Considerando os princípios da teoria

sistêmica, podemos considerar que as habilidades de comunicação entre os parceiros são pré-requisitos para uma solução efetiva de problemas, para resolução de conflitos e como habilidade para expressar afeição, aspectos fundamentais da negociação.

As recomendações dos programas de prevenção da AIDS, atualmente, têm se baseado na recomendação de 1) abstinência de relações sexuais; 2) prática da monogamia mútua; 3) uso de preservativos de forma sistemática e corretamente e 4) acesso adequado ao tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis. Essa perspectiva assume que “todas as pessoas são capazes de exercitar total controle sobre sua atividade sexual e que, para reduzir o risco de infecção pelo HIV, os indivíduos devem adotar e manter comportamentos preventivos”. Considerando que o comportamento sexual é determinado por aspectos econômicos e sócio-culturais, podemos considerar que as mulheres são colocadas sob risco pelo seu próprio comportamento e pelo comportamento de seus parceiros sexuais.

Ehrhardt e Exner (2000) revisaram 47 estudos conduzidos nos EUA, Canadá e Porto Rico desde o início da AIDS até 1996 e voltados nos aspectos de prevenção em mulheres. Como um todo, os resultados demonstram que os programas de prevenção para a HIV mais efetivos eram especificamente voltados para mulheres, focavam o relacionamento e habilidades de negociação e envolviam contatos múltiplos e continuados; as evidências também indicavam o potencial existente nas intervenções a nível da comunidade. Como componentes das intervenções voltadas para mulheres, destacam-se habilidades de negociação com o parceiro masculino para o uso de preservativo, recusando ou evitando sexo não seguro, integração de estratégias contra AIDS, outras DST e contracepção, a urgente necessidade de métodos de controle feminino, a importância da inclusão homem heterossexual na intervenção e a expansão de programas de prevenção para casais (El Bassel & cols., 2001).

O uso de preservativos ocorre em um contexto interpessoal, e a habilidade de comunicação com o parceiro sobre sexo mais seguro é fundamental para a tradução de conhecimento (Nível informativo/cognitivo) e preocupação com o HIV (Nível Motivacional) em ação (Nível Comportamental). Muitas das propostas preventivas, principalmente as veiculadas através da mídia de massas, têm dado grande ênfase à informação sobre modos de transmissão e de prevenção, pressupondo que a partir da qualidade dessa informação serão desencadeadas a motivação e a ação. Em nosso meio há tentativas de integrar ao modelo educativo básico, que prioriza a informação, o

aspecto motivacional, como as oficinas com grupos específicos, como adolescentes e mulheres, desenvolvidos em projetos do GAP/RS e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Essas propostas preventivas procuram fortalecer o conhecimento e a motivação para a prevenção em um dos pólos da relação, predominantemente o feminino. O aconselhamento vinculado à testagem também é uma prática que ocorre de forma sistemática nos Centros de Testagem Anônima. Apesar da possibilidade de ser feito com o casal, o aconselhamento é prioritariamente individual, visando informar e garantir a motivação pessoal para a prevenção. Mas a efetivação da prática preventiva continua sem garantias, já que a decisão também envolve o parceiro. É nesse contexto que se insere o problema desta pesquisa.

Anexo C

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A concepção metodológica deste estudo orienta-se pelos passos sistemáticos e reflexivos da tradição fenomenológica. A fenomenologia é uma teoria filosófica e psicológica e um método de pesquisa para o estudo rigoroso da experiência humana de todos os dias, inserida no universo cultural e manifesta através da linguagem. O termo fenomenologia é usado, neste estudo, no sentido definido por Spiegelberg (1982), isto é, o retorno aos recursos primários da intuição direta para, através do exame de suas estruturas essenciais, clarificar problemas e concepções. Assim, a experiência consciente de pessoas em situações vivenciais concretas é estudada através de uma sucessão progressiva de análises e sínteses, realizadas em três momentos que se interligam, a saber: descrição, redução ou análise indutiva e interpretação ou análise crítica. Essas análises e sínteses seguem o critério de suspensão das pressuposições do pesquisador e a exigência fenomenológica do retorno à experiência original. Primeiro interroga-se a consciência da experiência através da descrição de seu conteúdo. Utiliza-se a linguagem para articular os objetos intencionais da consciência dentro das restrições da evidência intuitiva, dando expressão lingüística para o objeto de qualquer ato dado precisamente como ele aparece. Através da linguagem, o pesquisador deve ser capaz de comunicar a outros os objetos da consciência para os quais é apresentado, precisamente como se apresentam. Na pesquisa em psicologia esse passo descritivo envolve uma descrição concreta e detalhada do objeto em estudo. A seguir, explora-se a descrição obtida para identificar o que lhe é essencial e o que constitui o dado original. Na prática, o texto recolhido é pontuado pela identificação de unidades de sentido. As unidades de sentido são transformadas em categorias analíticas que reúnem os principais temas emergentes. A interpretação é sustentada pelo diálogo entre ciência preestabelecida (hipóteses e referências teóricas) e pré-ciência (mundo vivido pelos sujeitos). A veracidade de qualquer método qualitativo depende do cuidado descritivo e da sensibilidade interpretativa do pesquisador (Giorgi, 1997; Gomes, 1998).

Os três passos do método fenomenológico assemelham-se aos procedimentos gerais de outros métodos qualitativos (Kvale, 1983; Tesch, 1990), complementados, entretanto, pelo posicionamento do pesquisador diante dos fenômenos em investigação:

deve-se ter uma atitude chamada por Husserl (1859-1938) de ingênua, colocando “entre parênteses” o conhecimento prévio sobre o fenômeno, de modo a descrevê-lo da forma como está dado. Pode-se buscar essa atitude através de uma avaliação constante do que se conhece sobre o tema em estudo e das possíveis influências que podem daí derivar.

O termo experiência consciente, central para a fenomenologia, vem sendo definido de diversas formas pelos fenomenólogos. De modo geral, é entendida como tratando-se de uma capacidade e uma habilidade comunicacional (Gomes, 1998), como um processo comunicativo que se estabelece na relação reversível entre um organismo (a pessoa) e seu ambiente (mundo vivido) (Lanigan, 1988), enfim, um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente, um sistema significativo de expressão no discurso e na ação (Gomes, 1998). Estando a experiência consciente calcada na possibilidade comunicativa, a semiótica, como ciência que estuda os signos ou sinais no sistema que os constitui, pode contribuir esclarecendo o conceito de estrutura da experiência. Sua união com a fenomenologia, conforme proposta por Lanigan (1998) (fenomenologia semiótica ou comunicologia) considera que “os objetos da experiência apresentam-se à consciência em forma de linguagem e em forma de linguagem especificam-se na experiência” (Gomes, 1998, p. 28). Gomes (1998) define a fenomenologia semiótica do seguinte modo:

“A fenomenologia semiótica redefine a experiência consciente em termos de um processo comunicativo. É tanto uma comunicação do eu consigo mesmo, quanto a comunicação do eu com o outro. Essa condição comunicativa permite a aproximação e exploração de uma realidade que tem como intencionalidade a descoberta de maneiras mais adaptadas e autênticas de se expressar (existir, funcionar, viver). Uma linguagem comum é a base para que aconteça qualquer ato comunicativo. Nesta condição, a consciência de uma percepção interpessoal passa a fazer parte da experiência de uma expressão interpessoal. (...) As duas pessoas comunicantes atualizam e clarificam a consciência da experiência através da correção perceptiva da expressão” (Gomes, 1998, p. 30).

Nesse sentido, a comunicação do casal está perpassada por percepções e expressões interpessoais. A troca comunicativa necessária para a negociação do sexo seguro (experiência consciente) está permeada por um processo de múltipla influência, em que a pessoa primeiro deve definir para si como deseja comportar-se ou, como diz

Gomes (1998), “existir, funcionar, viver” (consciência da experiência) para depois poder negociar com o outro.

Anexo D

DESCRIÇÃO DOS CASOS

As histórias condensadas e narradas a seguir mostram um pouco do processo pelo qual os indivíduos e os casais passam para apropriar-se da realidade que compõe a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS.

Casal 1 - João e Joana

Juntos há nove meses, vivem juntos há sete. João (18, balconista) e Joana (21, desempregada) eram amigos antes de namorarem e morarem juntos. Dizem que conversavam muito sobre seus relacionamentos; consideram que se conhecem bastante. Já moraram com a mãe dele, agora moram com a mãe dela, têm planos de morar sozinhos. Consideram-se bem informados sobre Aids. Decidiram fazer o exame porque ambos já tiveram relações sexuais desprotegidas (apesar de eventualmente usarem preservativo) mas preocupados, principalmente, com o fato da ex-namorada de João ser usuária de drogas. No início deste relacionamento fizeram tentativas de usar preservativo, mas ambos não sabiam colocar e João se sentia inibido; após três tentativas frustradas, desistiram do preservativo. Sentiram-se culpados e com medo desde então; já se consideravam infectados. Opinião pela responsabilidade mútua pela prevenção da AIDS e contracepção. Ambos com resultado negativo.

Casal 2 - Alberto e Alice

Juntos há dois anos e três meses, Alberto (37, desempregado) é usuário de drogas e sabe que é portador do HIV há cerca de dois anos, desde que iniciou o relacionamento com Alice (33, dona de casa). Conheceram-se ele tinha 14, ela 11. Foram o primeiro namorado um do outro. Os pais dela não aprovaram o namoro e ela fugiu de casa. Ele teve um problema psicológico e baixou no Hospital Espírita na época. Os pais dela mudaram-se para separá-los. Viam-se eventualmente, a cada três ou quatro anos e de longe, mas ela continuou gostando dele. Ambos tiveram outros relacionamentos e filhos (ver tabela 1). No segundo casamento, Alice começou a pensar: “Eu não sou feliz. Vou procurar o Alberto.” Quando foi procurá-lo ele estava sozinho, freqüentava a igreja (Mórmãos) e havia parado de usar drogas. Ela está grávida e continua soronegativa. O casal não utiliza nenhuma prática preventiva, mas ela testa-se todo mês. Ela sabe que seu caso é raro, e acredita que mais cedo ou mais tarde vai se infectar, pois “está dentro mesmo” e “não se importa se tiver AIDS”. Ele ficou afastado das drogas por cerca de um ano e meio, mas há alguns meses voltou a usá-las. Para evitar brigas, Alice tem aceitado que ele se drogue; quando ele volta para casa, toma banho e remédio. Alice fez tentativas de uso de preservativo, mas Alberto se recusa a usar, com argumentos de que ela deve provar seu amor por ele não usando, e que preservativos são como uma medicação que não funciona no organismo dele. Apesar de ambivalente, Alice mostra interesse em usar preservativo feminino; Alberto não faz restrições. Na entrevista intercalam-se em tomar a palavra; ela detalha as coisas que ele conta. A versão dela predomina, mas ele parece dar a última palavra.

Casal 3 - Walter e Angélica

Juntos há 14 anos. Único casamento, 2 filhos. Walter (35, micro-empresário) e Angélica (35, micro-empresária) fizeram o exame porque ele teve Herpes-Zoster. Na entrevista estavam muito abalados pois fazia uma semana que isso havia vindo à tona. Explicitaram seus preconceitos pessoais à doença. Walter tem muito medo de morrer, quer comprar o caixão;

explicita muita culpa pelo transtorno provocado à família, uma vez que a infecção possivelmente deriva de relação extra conjugal. Falavam sobre Aids no sentido de prevenir os filhos, mas não a consideravam uma possibilidade para o casal. Só vieram a falar das traições após saber da soropositividade dele; dizem que ela o perdoou e que colocaram uma pedra sobre o assunto. A vida íntima mudou porque Walter tem muito receio de infectar Angélica: apesar de usarem preservativo sempre, desde o resultado, não ficam completamente nus, não dormem abraçados como antes, “ele tem medo de encostar em mim” (Angélica). Ela insiste que esse preconceito é da parte dele e que sente-se segura com o uso de preservativo. Nunca haviam usado antes, mas consideram que agora é necessário e não fizeram restrições ao uso.

Casal 4 - Rubem e Janice

Vivem juntos há dez anos. Rubem (38, desempregado) e Janice (36, micro-empresa decoração) conheceram-se através da prima dele, namoraram por um ano e meio, e “se juntaram”. Antes da constatação da infecção de Rubem, há poucos meses, o casal já mantinha um relacionamento tenso e com pouca atividade sexual. Após dez anos de casamento, as expectativas mútuas não haviam sido preenchidas, decepções haviam se acumulado, o que ficava refletido na agressão semi-velada durante a entrevista e na interação cotidiana descrita. Ele reclama que ela não faz demonstrações de afeto (cada um faz a sua comida, por exemplo) e que a vontade dela prevalece. Diante do tema da forma de infecção, possivelmente as relações sexuais extra conjugais dele, Janice responde com tom irritado, assume uma postura distanciada e voltada para si mesma e para a filha. O casal vêm fazendo uso de preservativo no casamento nos últimos três anos, porque ela parou de tomar pílula, mas o sexo é pouco freqüente. Ele refere ter usado preservativo em relações sexuais eventuais, mas deixava de usar quando a pessoa se tornava conhecida. Apesar de dúvidas sobre aspectos do HIV/Aids (tratamento, transmissão vertical), ambos conheciam a transmissão sexual e formas de prevenção. Nunca imaginaram que poderiam ter Aids. Consideram que ainda estão “ambientando-se” para depois combater a doença. Enquanto isso, não têm vontade de transar. Ambivalência sobre usar preservativo no futuro ou não fazer mais sexo. Ele não se sentia bem usando preservativo com a esposa, “às vezes não dava no couro”.

Casal 5 - Marcos e Greice

Vivem juntos há dois anos e sete meses, casaram no religioso há um ano e dois meses. Marcos (25, vigilante) e Greice (27, auxiliar de enfermagem) eram amigos de infância. Começaram a namorar após longo período de decepção amorosa dela e noivado dele. Vivem com a mãe dele, em constante tratamento para câncer. O casal considera-se bem informado sobre Aids. Já haviam conversado sobre importância de usar preservativo em relações extraconjugais, evitando trazer doenças para casa. Referência ao fato dele constantemente doar sangue como uma segurança. Fizeram o teste porque ela teve acidente de trabalho, picou-se com agulha, e teve resultado positivo em um primeiro exame feito no próprio local de trabalho. Ela contou a ele sobre o acidente somente após uma semana, quando ele encontrou o boletim de ocorrência. Não fizeram qualquer forma de prevenção após a picada dela. Ela insinua desejo de começar a usar preservativo, mas ele é contra.

Casal 6 - Dionei e Magda

Dionei (34, agricultor, no presídio) e Magda (37, aposentada). Falam de sua relação como romance puro. Conheceram-se através de uma rádio e corresponderam-se por 2 anos. Ela foi conhecê-lo no presídio e o segundo encontro já incluiu “visita íntima”. Desde então, já se passaram três anos e meio; há seis meses ele tem sido liberado para ficar alguns dias em casa. Nunca fizeram qualquer forma de prevenção, apesar dela referir que tem um livro inteiro sobre Aids, “afinal, tem um rapaz e uma moça em casa” (filhos dela). Nunca imaginaram que poderiam vir a ter Aids. Ela diz que ele “é amigo, companheiro, amante, prá depois ser esposo”. Dizem que nunca brigam, apenas conversam. As negociações são feitas através de

“joguinho de marido e mulher, gato e rato”. Ele ficou sabendo que é portador há três meses. Os médicos insinuam que Dionei passou para Magda, mas eles não se acusam, porque nenhum dos dois pode garantir que não tinha, uma vez que nunca usaram preservativo com outros parceiros. Ambos não gostam de preservativo, acham que a relação fica fria, mas se sentem obrigados a usar. Por isso, atualmente fazem uso não sistemático, “às vezes a gente faz de conta que esquece”. Magda tem câncer há seis anos: “alguém que já foi condenada uma vez que nem eu, a segunda vez não dá nada”. “É, mas nós vamo morre igual. Morrer fazendo amor, não dá nada” (Magda).

Casal 7 - Pedro e Gisele

Pedro (33, operário da construção civil) e Gisele (25, dona de casa) estão casados há 4 anos e têm um filho de três. Ela está grávida de sete meses e está soronegativa. Ele tem pelo menos dois resultados positivos, usa medicação para HIV e está tratando tuberculose. Apesar disso, imagina que possam ter trocado seu resultado (recente divulgação na imprensa), e gostaria de fazer novos exames. Após indicação médica e uma conversa entre o casal, passaram a usar preservativo, com o objetivo de proteger a esposa. Até hoje Pedro considera que atrapalha, pois nunca haviam usado, mas faz esse esforço pelo bem da família. Gisele não vê diferença no uso da camisinha. Afirmam veementemente que estavam usando preservativo quando ela engravidou. Ele diz que tiveram uma suspeita de rompimento da camisinha. Não acharam difícil conversar sobre esses assuntos porque sempre jogaram aberto e procuraram ter diálogo, desde que se conheceram. Os dois puxam as conversas, mas ele inicia mais. Ele parou de beber há um ano e meio; bebia bastante, “às vezes ficava agressivo, às vezes só trovava” (Gisele). Apesar de dizer que teve umas cinquenta namoradas ou mais, Pedro não entende como se contaminou, já que acha que “uma pessoa, prá se contaminar com uma doença sexualmente transmissível, tem que ter uma vida promíscua”.

Casal 8 - Juarez e Andréa

Juarez (32, operário da construção civil) e Andréa (17, dona de casa) vivem Juntos há dois anos e cinco meses. Ele é portador; ela está em janela imunológica. Grávida de 4 meses. Namoraram dois ou três meses e foram morar juntos, na casa da avó dele. Juarez é usuário de drogas injetáveis e suspeitava ter o vírus há cerca de 10 anos. Ele contou desde o início que “se picava”, mas ela nunca associou esse fato a risco de contrair HIV. As informações que tinham eram as da TV, “use camisinha”. Usaram preservativo no início do relacionamento, por iniciativa dele; ele, porque imaginava ser portador e queria protegê-la, ela, para não engravidar. O uso não foi tranquilo, e ele “brochou” algumas vezes; acha que por interromper as preliminares. Abandonaram o preservativo e passaram a “se cuidar”, ou seja, fazer coito interrompido. Pararam também com o coito interrompido nos últimos três meses, porque ela “já estava grávida mesmo”. Fizeram o teste pela primeira vez há um ano, quando estavam juntos há cerca de um ano e meio. Ele diz que até buscar o resultado é como se não fosse verdade, por isso só vieram pegar o resultado um mês atrás, positivo para ele e negativo para ela. Eles não tem clareza de que ela entrou em maior risco justamente nos últimos três meses, quando aboliram a camisinha e o coito interrompido. São enfáticos em dizer que após buscarem o resultado passaram a usar preservativo sempre.

Casal 9 - Lúcio e Rosana

Vivem juntos há um ano, após três meses de namoro. Lúcio (26, músico) e Rosana (18, dona de casa). Não possuem o resultado dos exames. Brigam frequentemente, seguindo-se separações temporárias, há última ocorrida há dois meses. Durante as separações, ele ficou com outras pessoas, mas diz que usou preservativo. O motivo principal do atual teste são as relações sexuais do passado, antes de ficarem juntos. Iniciaram o relacionamento usando preservativo porque os dois queriam, principalmente para evitar Aids; não sabem quem pedia para quem; os dois compravam e traziam; não conversavam sobre isso. Pararam após três meses, quando ficaram mais íntimos. Só foram falar sobre o risco quando transaram sem preservativo, “deu peso na consciência”. Não voltaram a usar camisinha porque já se

consideravam infectados. Quando têm opinião diferente há bastante discussão, primeiro quebram o pau, brigam, ficam de mal. Dali a pouco um admite o erro, acabam conversando e voltando ao normal; de modo geral, ela volta atrás, para Lúcio é mais difícil admitir os erros. A típica briga é por ciúmes. Ambos possuem experiências com Aids na família (ela perdeu o pai na infância, e ele, três primos). Para Lúcio a camisinha não atrapalha, apesar de considerar o ato de colocar a camisinha brochante, porque corta o clima; Rosana prefere sem, diz que atrapalha.

Casal 10 - Adilson e Marília

Adilson (35, vendedor) e Marília (28, vendedora) estão juntos há dois anos. Atualmente consideram-se noivos, mas vivem juntos quatro dias por semana. Marília descobriu que era portadora há oito anos, quando seu marido morreu; só então soube que ele era usuário de drogas e sabia ser portador antes do casamento. Ela casou por pressão da família, porque estava grávida, apesar do marido não ser o pai da criança que esperava. Ela teve outro relacionamento três anos depois de ficar viúva. Esse homem sabia que ela era portadora (ele não tinha se testado), mas não queria usar preservativo, falava em assumir o risco junto. Marília diz que achou maravilhoso quando ele disse: “se morre por tantas coisas, porque não se morrer de amor?” Achou romântico e ao mesmo tempo idiota (isso só depois). Na época, achou que era uma prova de amor; “só que eu vi que era totalmente diferente. Quem ama alguém, primeiro tem que se amar.” Ela teve um filho, hoje com cinco anos, que tem Aids. Para Adilson a Aids era uma coisa distante, que não fazia parte de sua vida. Conheciam-se há cerca de duas semanas quando ela contou a respeito de sua soropositividade. Considera que foi honesta, e deu a oportunidade dele escolher entre ficar ou não no relacionamento. Dessa vez, entretanto, ela insistia que seria do seu jeito, usando preservativo, aspecto com o qual ele concordou. Adilson diz que não teve medo, que gostou de sentir que ela estava no controle, que ela fazia tudo: “qual o homem que não gosta?” Sempre usaram preservativo. Além disso, comunicam ao outro o surgimento de uma afta, coceira, qualquer coisa na vagina, no pênis; acham que às vezes exageram. “Às vezes a gente até comenta em sentir um o outro, sem aquela barreira de proteção” (Marília). Mas não arriscam. Querem ter um filho quando não houver risco para a criança e nem para Adilson. Já tentaram morar juntos, mas não deu certo; querem manter a independência e fazer um período de adaptação para os filhos (dois filhos dela). Trabalhavam juntos, como vendedores; passaram por situações de preconceito e exclusão após Marília revelar sua soropositividade ao chefe. Adilson se considera “soro interrogativo”, pois ainda não tem resultado do teste. Passou por muita angústia até decidir fazê-lo. Ela está com a carga viral indetectável.

Casal 11 - Gustavo e Sônia

Gustavo (31, comércio de família) e Sônia (48, telefonista aposentada) estão juntos há dez anos. Sônia está “encostada” há dois anos, porque teve câncer no rim. Desde maio vem apresentando um número crescente de doenças, acompanhadas de perda de peso (pontada de pneumonia, gastrite). Ela tem pensado insistentemente que está com Aids, por isso veio fazer o teste, e ele a acompanhou. Esta é a segunda vez que fazem o teste; a primeira foi no ano passado, por curiosidade; depois complementam que ambos haviam feito muitas cirurgias e transfusões. Ela fez a última transfusão de sangue em maio do ano passado, e o primeiro exame de HIV foi feito em julho, portanto ela estava em janela imunológica. Não fazem sexo com frequência, porque ela tem fortes dores. Ele considera a falta de sexo uma cruz que tem que carregar. Ela não aceita outras formas de intimidade devido a sua “criação”, e espera que ele a respeite. É um dilema que está sem solução no momento, “vai eu subindo as paredes enquanto der, depois eu não sei o que vai acontecer” (Gustavo). Ele frequenta cinemas pornô e assiste filmes do gênero em casa, é seu único lazer. Ele afirma que a vontade dela prevalece no relacionamento deles. Ela sugere que ele pode ir embora quando quiser, mas ele argumenta que não seria humano deixá-la, pois acredita que ela ficaria abandonada, os filhos não a cuidariam. Sônia não gosta de preservativo, apesar de nunca ter usado, e ele diz que não consegue manter ereção. Aparentemente o problema de ereção têm ocorrido algumas

vezes, ao ponto dele estar pensando em procurar um médico. As discussões não são resolvidas, brigam e continuam como antes. Separaram-se algumas vezes, mas não deu certo.

Casal 12 - José e Rosa

José (48 motorista de ônibus) e Rosa (66, costureira aposentada) estavam juntos há cinco anos. Ele foi casado por 23 anos. Separou-se e depois de oito meses conheceu Rosa; diz que só teve sexo com outras mulheres antes de casar, o que não considera risco. Rosa foi casada por 20 anos, ficou viúva, depois teve somente um parceiro por um ano, em 1980. José e Rosa onheceram-se e em três meses passaram a morar juntos. Confiaram um no outro, nunca usaram preservativo, mas dizem que nunca houve dúvida entre eles. Rosa preocupava-se mais com relação a doenças sexualmente transmissíveis, chegou a falar sobre isso no primeiro encontro. Separaram-se há alguns meses por intrigas de pessoas que querem separá-los. A família dela parece ser contrária ao relacionamento. Ele recebeu um bilhete, dizendo ser um amigo, avisando que Rosa está com AIDS. Ela recebeu telefonema dizendo que José está com AIDS. Ele fez o exame para deixá-la mais tranqüila, ela para ter uma prova para os familiares, caso o boato estoure. No momento estão separados, mas não sabem do futuro. Realizaram o teste juntos.

Casal 13 - Lauro e Marlene

Lauro (24, auxiliar de produção desempregado) e Marlene (20, empregada doméstica) estão junto há cinco anos. Namoravam e ela engravidou, pois não faziam contracepção (têm uma filha de quatro anos). Depois de nascer o bebê ela foi morar com ele. Ele diz que fez todas as coisas de marginal, menos roubar, o que o tornou mal falado na vila. Os familiares dela eram contra o relacionamento. Já se separaram várias vezes. Brigam feio, se ofendem, mas nunca “se pegaram”. Ele vai para a casa do pai, que fica longe, e fica dias sem aparecer, vai voltando aos poucos. Vieram fazer o exame porque a mãe dela consultou um espírita e está afirmando que Lauro está “tomado” de Aids, que pegou fumando crack, mas que Marlene ainda não pegou. Ele mostra irritação com a sogra e só cogita uma possibilidade de ter se infectado: em uma das separações ficou com uma mulher, usando camisinha, mas esta estourou e a mulher engravidou. Descarta as relações anteriores, e mesmo esta, como relações de risco, porque as namoradas que teve e o filho dessa mulher deveriam, então, estar visivelmente doentes. As conversas sobre Aids eram comentários sobre quem estaria com Aids na vila e comentários do tipo: “Bá, nós se gostemo, de repente nós voltemo um pro outro denovo, sabe?”, no sentido de manterem-se sem a doença. Marlene tem dúvidas se Lauro se cuida mesmo como diz, porque ele não gosta de usar camisinha. Ele justifica dizendo que com ela é diferente, pois a conhece e tem confiança. Exemplifica dizendo que na época que se drogava (não injetáveis) voltava de madrugada e a procurava, o que seria sinal de que não mantinha relações sexuais fora de casa. Há uma semana, após os boatos da mãe, Marlene tem insistido no uso de preservativo, ele não gosta, mas concordou.

Casal 14 - Márcio e Rosângela

Márcio (23, mecânico) está morando na casa de Rosângela (31, dona de casa) há oito meses, desde que separou-se da segunda mulher. Rosângela está grávida de três meses e meio de seu terceiro filho. Ela veio fazer o exame por recomendação médica. Ele só fez o exame porque eu (pesquisadora) convidei para a entrevista. Rosângela foi amante de um homem por sete anos (às vezes o chama de marido). Conta que ficou com medo da Aids porque ficou sabendo que ele também “pulava a cerca do lado de lá”, e tinha outra mulher além dela e da esposa oficial. Ela pediu algumas vezes que esse parceiro usasse preservativo, sem sucesso. Já Márcio diz que nunca pensou em Aids, e que só transou com as duas ex-mulheres. Ela preocupa-se com traição, mas ele diz que não vai traí-la, que antes de pensar em traír, vai dizer “eu arrumei outra, tô indo”. No começo ela falava para Márcio usar camisinha, mas “geralmente o homem nunca qué usá camisinha, né? Poxa, se vai usar camisinha é porque alguma coisa tem, né?” (Rosângela). Márcio diz que “não” e “que não tem perigo”. Isso não a tranqüiliza, mas “quando a gente gosta, a gente fica cega”. Ela acha que se insistisse, ele

“pularia fora”. Ela, principalmente, preocupa-se que o filho não pague pelo erro deles. No futuro ela gostaria de usar preservativo, mas ele não. Ela acha que se tiver o vírus, Márcio vai deixá-la.

Casal 15 - Nelson e Daniele

Nelson (24, profissional de informática) e Daniele (22, vendedora) moram juntos há dois anos e meio. Moram com a mãe dela, que tem um lado do corpo paralisado por um derrame. Nunca tiveram separações; quando brigam, o máximo que acontece é dormirem em quartos separados. Vieram fazer o teste por recomendação médica, porque ela está grávida, dois meses e meio. Tinham informação do colégio, reportagens, tv e revistas. Nunca haviam pensado na possibilidade de ter Aids, porque, antes dela, ele sempre se cuidou (usou camisinha) e ela era virgem. Usaram preservativo por dois meses, até ela começar a tomar pílula; tinham segurança que não tinham nada. O filho foi planejado. Quando há diferenças, conversam. Não fazem coisas sozinhos, gostam de fazer programas juntos.

Anexo E

PRIMEIRA REDUÇÃO DOS DADOS
TEMAS PRESENTES NAS ENTREVISTAS

História do relacionamento: Específica para cada casal. Envolve o período em que se conheceram, namoro, percurso como casal (onde moraram, em que trabalharam, nascimento dos filhos, influências contrárias ao casamento - familiares, uso de drogas).

Motivo do exame: Os casais referem diferentes motivos que os levaram a realizar o exame, desde dúvidas que partem do comportamento pessoal ou do(a) parceiro(a), passando pelas indicações médicas - por gravidez ou período de adoecimento prolongado -, até pressões familiares ou do grupo social (boatos). As hipóteses sobre a possível forma de infecção incluem: infidelidade sexual (própria ou do parceiro), relações sexuais anteriores a este relacionamento, uso de drogas, acidente de trabalho, transfusão de sangue.

A experiência de realizar o exame: O período de espera pelo resultado (mínimo de 20 dias) caracteriza-se por grande ansiedade. Essa ansiedade era expressa de diversas formas, como tensão, só pensar nisso, não dormir à noite, apresentar sintomas popularmente associados à doença; alguns homens dizem que nem pensaram no assunto. O atual exame muitas vezes foi precedido por longo período em que o casal “queria fazer o teste”, mas não conseguia viabilizá-lo: não sabia onde fazer, não sabia o horário, acabava esquecendo, adiava ou esperava que o parceiro realizasse o exame. Houve casos em que o exame foi realizado, mas o resultado só foi buscado um ano depois. A palestra é referida como aspecto positivo, onde é possível obter informações e tirar dúvidas.

Práticas preventivas anteriores ao exame: As práticas dos membros dos casais em relacionamentos anteriores apresentam algumas diferenças quanto à faixa etária: os mais jovens, na faixa dos vinte anos, referem experiências prévias em que houve certa preocupação e ao menos a tentativa de uso de preservativo, mesmo que não assumido de forma sistemática; os casais com mais de trinta anos dizem que não havia preocupação com prevenção nos relacionamentos anteriores. No relacionamento atual o padrão dos mais jovens se repete, mas casais mais velhos, que iniciaram seu relacionamento na década de 90, já apresentaram preocupação com a prevenção, ainda que não sistematizada em iniciativas práticas. Esses casais partiam para o uso do conceito de confiança (ambíguo). Após situação de risco a prevenção também foi de difícil implementação.

Práticas preventivas posteriores ao exame: Comportamento efetivo: decisão de fazer prevenção, fazer prevenção às vezes, não fazer prevenção. Formas: abstinência de sexo, uso de preservativo (entre aqueles que tiveram resultado positivo), confiar no parceiro (entre aqueles que tiveram resultado negativo). Comportamento preventivo futuro - imaginado (para aqueles que ainda não tinham o resultado do exame): se o resultado vier a ser negativo - intenção de continuar tudo igual, mas um ter confiança no outro, não trair e contar se trair; se o resultado vier a ser positivo - alguns não conseguem imaginar como será, usar preservativo.

Informação sobre HIV/AIDS: Os casais tendem a se considerar possuidores de algum tipo de informação antes do exame: de modo geral sabiam como se transmite e como

evitar. Casais com o mesmo tipo de informação podiam tanto se considerar bem ou mal informados. [Descrever tipo de informação] Alguns casais possuíam experiências com AIDS nas famílias ou com conhecidos (todos já haviam morrido). As informações eram obtidas principalmente através das campanhas veiculadas na mídia (tv, jornais, revistas), mas também da escola ou com amigos e médicos.

Percepção de risco: Nem todos os casais percebiam risco em situações do passado de seus membros, como experiências com drogas ou relacionamentos sexuais desprotegidos. O atual relacionamento tende a ser visto como de pouco risco, ou a percepção não pode ser explicitada (não ofender o parceiro, não acreditar só nos boatos, mas no parceiro). Os casais que sabem que um dos membros é soropositivo há algum tempo reconhecem seu risco de diferentes formas, conforme façam ou não prevenção.

Comentários sobre uso de preservativos: O preservativo masculino é referido negativamente: principalmente os homens, mas também as mulheres, acham que a camisinha atrapalha, tira a sensibilidade, “é como chupar bala com papel”, não permite que um sinta o outro completamente, atrapalha a relação sexual ter que parar para colocar, provoca impotência. A maioria dos homens já usou preservativo alguma vez na vida. Os casais não usam preservativo no relacionamento conjugal, a não ser para contracepção e por um período curto de tempo. Algumas mulheres referem vergonha em propor o uso, comprar e até tocar na camisinha. Alguns casais referem que não usaram porque não sabiam como colocar. As mulheres não participam do processo de colocação da camisinha, que é considerado responsabilidade do homem. O preservativo feminino foi referido, mas nunca foi utilizado pelos casais. Há referências de que este passará a ser opção das mulheres para evitar doenças, que elas não poderão mais exigir que somente os homens usem camisinha. Um homem, que se recusa a usar preservativo masculino, refere que não fará diferença se sua mulher quiser usar preservativo feminino.

Conversando com o cônjuge sobre risco de infecção por HIV: Grande parte dos casais consideram que conversam ou já conversaram sobre o assunto; outros, que não era necessário conversar. Essas conversas partiam das campanhas veiculadas na mídia e ocorriam tanto entre os cônjuges quanto faziam parte de conversas em que estavam presentes familiares ou conhecidos. Também foram referidas conversas sobre AIDS em que o foco de atenção do casal era o comportamento sexual dos filhos, numa preocupação de educá-los para a prevenção, sem referência ao comportamento do casal. Alguns casais referiram conversas em que era estimulado o uso de preservativos em relações extra-conjugais: um solicitava ao outro que “não trouxesse doença para casa”.

Responsabilidade pela prevenção e contracepção: Foram pontuadas as perspectivas de que a mulher deve ser responsável por não engravidar, mas que o homem deveria pensar na família e concordar em usar preservativo. Também referida a idéia de que é responsabilidade dos dois e que, com o advento da camisinha feminina, as mulheres não podem mais reclamar que os homens não querem usar camisinha.

Como o casal negocia/lida com as diferenças: Opiniões diferentes podem ser valorizadas (“cada um resolve os problemas de acordo com a sua cabeça”), não valorizadas ou não reconhecidas - “a gente pensa quase tudo igual”, “somos muito unidos”- ou pode haver jogos em que um cede “ou finge que cedeu”, “jogo de gato e rato”, “quando eu vi ela já me xingou com a conversa mansa e eu nem vi”; mulheres valorizam a decisão masculina - “eu respeito a opinião dele que, como homem, é válida”. Podem ocorrer brigas, ficar de mal, conversas exaustivas até o assunto

terminar, não falando mais sobre isso após essas conversas, ou conversar para resolver o problema.

Fidelidade - Infidelidade: Todos valorizam a fidelidade e consideram importante em um relacionamento. A infidelidade é vista com certa tolerância se ocorrida em períodos de separação, apesar de causar sofrimento ou conseqüências, como um filho, ou doença. É difícil falar nos relacionamentos extra-conjugais que possivelmente resultaram na infecção. Os casais tendem a dizer que já falaram e que colocaram “uma pedra sobre o assunto”.

Gravidez: A perspectiva de não ter mais filhos por ser portador do vírus aparece como uma preocupação, principalmente para as mulheres. 5 casais vieram fazer o exame porque a mulher está grávida. Entre estes há preocupação com a saúde do bebê e com seus cuidados no futuro, se um dos pais faltar. Apesar de verbalizar essa preocupação, um dos casais com gestantes, cujo marido é soropositivo, optou por não fazer prevenção.

Reação emocional à infecção: Forte associação com morte e sofrimento, hospitalização. Há casais que compartilham fortes reações de angústia frente a doença, mesmo que de apenas um dos cônjuges; outros em que o cônjuge soronegativo distanciou-se emocionalmente do problema e o soropositivo arca com a tensão emocional (envolve culpabilização pela infecção - relação com casos extraconjugais). Há também casais que consideram apenas mais uma doença, ou mais um desafio, pois a vida já apresenta muitas outras dificuldades. Os casais que ainda não possuíam o resultado de seus exames falaram sobre suas expectativas em caso de infecção, que assemelham-se às afirmações dos casais que já convivem com a soropositividade.

Convivência do casal como discordantes para HIV: Pode ser vista como um problema que o casal ainda não decidiu como irá gerenciar, pode ser vista como “muito natural”, apesar do risco de infecção pelo casal não fazer prevenção, ou como um aspecto que exige atenção e cuidados mas não prejudica o relacionamento interpessoal ou sexual. Não falou-se diretamente em separação.

Sentimento de culpa pela possível infecção da companheira: Referido por alguns dos homens que se sabem soropositivos. De modo geral esses homens se envolveram em relacionamentos extraconjugais. Preocupação com a esposa e com os filhos.

Forma de lidar com a perspectiva da morte - limite da vida: A referência à soropositividade e à doença Aids vinha acompanhada de um sentido de limitação da vida e proximidade da morte; um entrevistado, inclusive, pretendia comprar um caixão. Foram feitas referências a limites em projetos de médio prazo, como ter filhos e comprar bens; e preocupação com a saúde e o futuro dos filhos.

Comentários sobre situações de preconceito: Muitos casais pontuaram em diferentes momentos da entrevista a existência de preconceito para com a doença e os doentes de Aids. Referem o preconceito interno, que já possuíam antes de conviverem com o problema da Aids concretamente, expresso em pensamentos que relacionavam a doença a grupos marginais e situações surgidas após o exame ou as suspeitas de que o casal estivesse infectado; e vivência de preconceitos advindos do meio externo, tais como afastamento de amigos e parentes, demissão do emprego, preconceito com os filhos.

Descrição do comportamento do grupo de amigos: Ao descrever o comportamento prévio ou atual do casal, foram feitas referências e utilizados exemplos do grupo de amigos, confirmando o não uso de preservativo, o compartilhamento de agulhas e a

utilização da lógica da confiança no parceiro. Há também referência a amiga, mãe e irmã que dizem para a mulher não confiar tanto no marido e utilizar preservativo com ele (uma irmã faz isso, usa preservativo com seu parceiro).

Uso de drogas: Há casais em que um dos cônjuges (o homem) era ou é usuário de drogas. As drogas mais referidas são o álcool e cocaína injetável. Quase todos os usuários disseram na entrevista que haviam parado, um refere que continua usando álcool, mas as drogas parou, “só usa em finais de semana”.

Comentários sobre famílias de origem: Os casais que falaram sobre o assunto, de modo geral, descreveram situações de conflito, em que a família obrigou a casar, ou não queria o casamento, brigas com padrastos e madrastas, caracterizações do estilo da família ao lidar com o tema sexo (família mais rígida, mães muito abertas – sem regras, não falavam sobre o assunto). Também foram descritas a posição entre os irmãos, e relacionamentos com pessoas significativas.

Filhos - comportamentos de pais: Alguns casais, ao descrever sua interação, o fazem relacionando ao seu comportamento como pais, referindo a relação com filhos e com enteados.

Outras doenças prévias - câncer/cirurgias: Casais em que um dos cônjuges passou por período de adoecimento relataram aspectos da doença e tratamentos buscados. Duas mulheres têm câncer e um casal passou por diversas cirurgias recentemente.

Quais os pontos fortes do relacionamento: Os casais referem como pontos fortes o amor, a união, a família, o respeito, a fidelidade.

Anexo F

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Apresentação da pesquisa: Eu sou psicóloga e estou estudando o tema da AIDS e o relacionamento de casais. [Referência à necessidade de que ambos concordem em participar do estudo. Apresentação do Consentimento Informado (Anexo I)] Para este estudo eu gostaria que vocês pudessem me contar um pouco da vida de vocês como casal. Pode ser? Nossa entrevista deve levar cerca de uma hora e meia. Eu gostaria de poder gravar nossa conversa. Todo material gravado é sigiloso, as pessoas não serão identificadas no trabalho. Vocês têm alguma pergunta?

Tópicos da entrevista

1. História do relacionamento desde seu início até o momento atual.

Como vocês se conheceram? Como era no início da relação de vocês? Como cada um foi se adaptando à vida juntos? Que coisas vocês tiveram que negociar? Como foi? Podem exemplificar?

2. Filosofia sobre a relação a dois. Como os membros do casal percebem e descrevem a natureza das relações emocionais que mantém entre si.

O que é, para vocês, estar casado, ou ser um casal? Em que vocês diriam que está baseada a relação de vocês? Quais os pontos fortes da relação de vocês? A fidelidade é fundamental?

3. Vivência da possibilidade de contaminação por HIV. Práticas preventivas anteriores e posteriores à testagem.

A existência do vírus foi discutida na relação? Quando passaram a considerar-se vulneráveis à contaminação? Quem se preocupou? De onde veio a preocupação? Foi estabelecida alguma prática preventiva? Quem propôs? Quem decidiu? Se não foi estabelecida nenhuma prática de prevenção, o que cada um pensa e sente sobre isso? Como foi a experiência de realizar a testagem? A possibilidade da contaminação trouxe alguma modificação nas práticas preventivas do casal? Como foram negociadas?

Fechamento: A entrevista segue conforme a disponibilidade do casal em continuar seu depoimento sobre o tema da pesquisa. Por fim, a pesquisadora agradece a colaboração e encerra a entrevista.

Anexo G

FOLHETO INFORMATIVO AOS ACONSELHADORES

HIV/AIDS EM RELACIONAMENTOS CONJUGAIS**Lirene Finkler – Fone xxxxxxxx**

Características dos participantes da pesquisa

- Casais que vivam juntos, casados ou em união estável
- Período mínimo de 1 ano
- Ao menos um de seus membros tenha realizado a testagem para HIV

Encaminhar o casal, ou o cônjuge que estiver presente, para uma explicação mais detalhada do estudo, entregando o folheto explicativo com os horários. A entrevista poderá ser feita no mesmo dia ou marcado um horário mais conveniente para o casal.

Horários em que estou no ADS:

3^a MANHÃ - 09:00 - 12:00

5^a MANHÃ - 10:00 - 12:00

5^a TARDE - 14:00 - 17:00

6^a TARDE - 14:00 - 17:00

Anexo H

FOLHETO INFORMATIVO AOS CASAIS

PESQUISA**HIV/AIDS E RELACIONAMENTOS CONJUGAIS****Objetivos**

Esta pesquisa tem como objetivo estudar o que os casais sabem e pensam sobre as práticas de prevenção à infecção por HIV e como têm conversado entre si sobre esse tema. Para tanto, os casais serão entrevistados juntos, por um período de mais ou menos 1 hora.

Benefícios

Este estudo poderá auxiliar as pessoas que trabalham em aconselhamento com relação ao HIV e profissionais que trabalham com casais a entender melhor as interações de casal e desenvolver novas estratégias para os casais prevenirem a contaminação por HIV.

Aos casais que, após a entrevista, quiserem continuar a discutir questões de seu relacionamento, será oferecido atendimento psicoterápico gratuito.

Direito de Recusar

A participação é completamente voluntária. Qualquer um dos membros do casal pode recusar em participar apenas dizendo que não quer, sem quaisquer restrições no atendimento pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Para participar

Se você tem interesse em participar desta pesquisa, procure a psicóloga **Lirene Finkler** na coordenação do COAS-CTA (**3º andar**, na 1ª sala à direita) nos seguintes horários:

MANHÃ: 3^{as} à 9:00-12:00 e 5^{as} à 10:00-12:00

TARDE 5^a à 14:00-17:00 e 6^{as} à 14:00-17:00

Encaminhado(a) por _____(Nome do
aconselhador)_____ do

Anexo I

CONSENTIMENTO INFORMADO

Introdução

Este documento visa informar a respeito do projeto de pesquisa intitulado “HIV/AIDS em Relacionamentos Conjugais”. Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo.

Identificação

O estudo está sendo realizado por Lirene Finkler, psicóloga e mestranda em Psicologia do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Professor Dr. William B. Gomes.

Objetivos e Procedimentos

A pesquisa “HIV/AIDS em Relacionamentos Conjugais” tem como objetivo estudar o que os casais sabem e pensam sobre as práticas de prevenção à infecção por HIV e como têm conversado entre si sobre esse tema. Para tanto, os casais serão entrevistados juntos, por um período de 1 hora a 1 hora e meia. A entrevista será gravada em áudio (gravador) tendo em vista a fidelidade da pesquisa.

Riscos e Desconfortos

1. Os casais que concordarem em participar do estudo terão que dispor de cerca de 1 hora e meia para a entrevista, no mesmo dia de seu atendimento no ADS ou em outra data a ser combinada.

2. Alguns casais podem se sentir desconfortáveis em conversar juntos sobre seu relacionamento e sobre questões sexuais. Se esse desconforto for excessivo, qualquer um dos membros do casal poderá desistir da entrevista a qualquer momento. Se a pesquisadora observar que a entrevista deixa o casal muito ansioso, também poderá suspender ou adiar a entrevista.

3. Confidencialidade: Durante a entrevista, que será gravada, cada membro do casal será chamado unicamente pelo primeiro nome. No trabalho final os casais serão referidos apenas por nomes fictícios. É assegurada a confidencialidade e o sigilo das informações fornecidas, no sentido de resguardar a identidade dos participantes. Todas as fitas serão desgravadas após a conclusão do estudo.

Benefícios

Este estudo, a princípio, não trará benefícios específicos para o casal, mas poderá auxiliar as pessoas que trabalham em aconselhamento com relação ao HIV e profissionais que trabalham com casais a entender melhor as interações de casal e desenvolver novas estratégias para os casais prevenirem a contaminação por HIV.

Aos casais que participarem do estudo e que, após a entrevista, demonstrarem interesse em continuar a discutir questões de seu relacionamento será oferecido atendimento psicoterápico gratuito. A modalidade de atendimento será Terapia Breve de Casal e será realizado no DOMUS - Centro de Terapia de Casal e Família. Os custos do deslocamento até o local serão assumidos pelo casal.

Alternativas

A não participação neste estudo não provoca quaisquer restrições no atendimento pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Custos/Pagamento

A participação neste estudo não terá qualquer custo e os participantes não serão remunerados.

Direito de Recusar

A participação neste estudo é completamente voluntária. Qualquer um dos membros do casal pode recusar em participar apenas dizendo que não quer.

Outras informações

A pesquisadora **Lirene Finkler** fica à disposição para eventuais esclarecimentos sobre quaisquer aspecto da pesquisa. Contatos podem ser feitos pelo telefone (051) xxxxxxxx ou pessoalmente, na Coordenação do COASs-CTA, nos seguintes horários: **Manhã:** 3^{as} (9h às 12h) e 5^{as} (10h às 12h). **Tarde:** 5^{as} (14h às 17h) e 6^{as} (14h às 17h).

Resultados

Se você quiser conversar sobre os resultados desta pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenação do COAS-CTA durante o mês de março do próximo ano (2000), quando será marcado um encontro para a devolução.

Caso você e seu(sua) companheiro(a) manifestem interesse em participar do estudo, receberão uma cópia deste consentimento e serão encaminhados para a entrevista, assinando apenas suas iniciais.

Porto Alegre, ___/___/___.