

COD. ACERVO: 64828  
R 13827878/04

R\$11,50

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Departamento de Enfermagem  
Curso de Doutorado em Enfermagem

**PAPILOMA VÍRUS HUMANO E MAL-ESTAR: representações  
sociais de homens e mulheres**

Maria Dalva Santos Alves

TESE  
616.951  
A484  
2003  
ex. 2

Fortaleza - Ceará  
2003

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Departamento de Enfermagem  
Curso de Doutorado em Enfermagem

**PAPILOMA VÍRUS HUMANO E MAL-ESTAR: representações  
sociais de homens e mulheres**

Doutoranda: Maria Dalva Santos Alves  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso

Relatório final de Tese submetido ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará como requisito  
necessário ao título de Doutor.

Linha de pesquisa: Educação em Enfermagem,  
Saúde e Sociedade.

Fortaleza - Ceará  
2003



A48p Alves, Maria Dalva Santos

Papiloma vírus humano e mal-estar: representações sociais de homens e mulheres./ Maria Dalva Santos Alves.-Fortaleza, 2003.

115 fs.: il..

Orientadora: Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1.Doenças sexualmente transmissíveis 2.Promoção da saúde 3.Representação social 4.Subjetividade I.Barroso, Maria Grasiela Teixeira Barroso (Orient.) II.Título.

CDD 362.1969792

## DEFESA DE TESE

### BANCA EXAMINADORA

Presidente: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Grasiela Teixeira Barroso  
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Efetivo: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria. do Carmo Bezerra M. Fortaleza  
(Universidade Federal do Piauí)

Membro Efetivo: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge  
(Universidade Estadual do Ceará)

Membro Efetivo: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Duarte Pereira  
(Universidade Estadual do Ceará)

Membro Efetivo: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maira di Ciero Miranda  
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Suplente: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zulene M. de V. Varela  
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Suplente: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
(Universidade Estadual do Ceará)

Fortaleza, 13 de março de 2003

## **DEDICATÓRIA**

Ao Felipe, primeiro neto

Sua chegada nesta caminhada pelo  
conhecimento encheu-me de paz,  
tranquilidade e harmonia

Que a sua geração consiga viver em  
igualdade de direitos a sexualidade plena.

## AGRADECIMENTOS

Aos homens e mulheres que me permitiram adentrar suas intimidades;

À Professora Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso, orientadora e amiga, pelo incentivo, confiança e por me deixar livre para pensar e agir;

Aos membros da Banca Examinadora, por aceitarem colaborar na construção deste conhecimento;

Ao Professor Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira, que por meio dos muitos seminários me fez descobrir a hermenêutica;

Ao Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo e às Psicólogas Maria Cristina Trigueiro Veloz Teixeira e Liliane Carboni, cujas inestimáveis colaborações facultaram meu acesso aos softwares ALCESTE e EVOC;

À enfermeira e auditora Maria Suêda Costa, amiga de todas as horas, leitora crítica das minhas produções científicas e literárias;

Ao Professor Dr. Jáder Onofre de Moraes, Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa, pelos subsídios para o desenvolvimento da pesquisa;

Aos diretores do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará e do Centro de Saúde Escola Meireles e ao enfermeiro Eugênio Santana Franco, que propiciaram meios para a realização da pesquisa;

À amiga Maria do Amparo dos Santos Barros, que ao longo destes três anos foi o porto seguro desta produção científica, possibilitando-me, com sua experiência e responsabilidade, vivê-la tranquilamente.

## **EPÍGRAFE**

Eu me apresento como aquele que superou  
toda e qualquer classificação vulgar,  
grotesca e leviana sobre a sexualidade.

Michael Foucault

## RESUMO

Ao considerar a magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade da problemática relativa ao Papiloma Vírus Humano (HPV) que no âmbito da saúde coletiva afeta diferentes faixas etárias indistintamente quando expostas a riscos, a investigação teve como objetivo conhecer o mal-estar de homens e mulheres decorrente da contaminação pelo HPV, na tentativa de compreendê-los a partir da articulação entre as representações sociais e a promoção da saúde. Utilizando uma triangulação metodológica, 200 sujeitos responderam a um questionário com estímulo indutor para associação livre de palavras e escolheram figuras que expressaram seus sentimentos quando souberam estarem acometidos pelo HPV. Por último, cinquenta sujeitos (25 homens e 25 mulheres) aceitaram escrever um depoimento livre sobre a convivência com o vírus. Os dados do questionário foram analisados quantitativamente pelo software EPI INFO, o qual apresentou as dez variáveis quantitativas relacionadas aos aspectos sociodemográficos; as evocações de palavras foram analisadas pelo software EVOC, que indicou os elementos do núcleo central e sistema periférico das representações dos sujeitos; as figuras expressivas, pela análise de conteúdo e hermenêutica, que identificaram dez categorias para os homens e nove para as mulheres; os depoimentos livres, pelo software ALCESTE, cuja análise identificou nos 25 homens a construção de três representações sociais: estratégias comportamentais após o diagnóstico da doença; vivências ao conviver com a doença; sintomas e procura de tratamento. As 25 mulheres por sua vez produziram quatro representações sociais: primeiras reações diante do diagnóstico positivo pelo HPV; afeto e sexualidade após a doença; frustração pela falta de prevenção; limitações impostas pela doença. Diante dos resultados, a proposição de tese se aplicou nas diversas vertentes analisadas, pois, apesar de haver consciência da noção de risco, frequentemente homens e mulheres se arriscaram por diferentes motivos. A mulher confia mais no companheiro e submete-se às suas decisões e os homens, segundo justificaram, vivem o momento. Foi possível constatar a atitude favorável dos sujeitos à prevenção, uma vez acometidos pelo HPV, mas a tensão que os envolvia na vivência da pulsão sexual determinada pela diferença dos sexos é um fator complicador para mantê-la na prática.

## ABSTRACT

This inquiry considers the magnitude, transcendence, vulnerability of infection and impact of programs of prevention related to the health problem presented to society by Human Papilloma Virus (HPV) and considers how society's collective health is effected, across all ages, when exposed to this health risk, the objective of the inquiry is to understand the lack of concern of men and women about the potential of HPV's contamination, trying to understand them from the joint theories of social representation and health promotion. Using a methodological triangulation, 200 subjects were asked to respond to questions about this health risk. They had to free-associate their reaction to figures with words that expressed what they thought when informed that they were infected by HPV. Fifty subjects (25 men and 25 women) agreed to write a personal essay expressing their understanding of the virus. The data was assembled and analyzed quantitatively by using EPI INFO software. The Software considered ten quantitative variables from the subject's social demographics; the usage of words were analyzed by EVOC software, indicating the elements of central nucleus and peripheral system of individuals' representations; responses to figures were analyzed by content and hermeneutics; ten categories were identified for men and nine for women; essays were analyzed using ALCESTE software, the analysis of the writing of twenty-five men resulted in three general social representations: Coping behavior strategies after the diagnosis of illness; and both men and women's experiences when cohabitating with illness; and reactions to symptoms and search for treatment. The twenty-five women produces four general social representations: concerns for their future upon the diagnosis of HPV; the impact upon their feelings of affection and sexual relations after the illness; frustration over the lack of prevention; and permanent disabilities caused by the illness. Rationalizing the results, the thesis proved valid and applied well to the various variables analyzed, and demonstrated that even if the subjects are aware of the risk, men and women assume the risk but for different reasons. Women rely upon and trust their partners, submitting to the man's decision and men assume the risk to simply live for the moment. There was positive evidence that individuals had a favorable attitude toward prevention of the disease after they were infected by HPV, but the involvement and excitement of the sexual experience was different between the genders and resulted in a complicating factor toward practicing disease prevention.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS.....</b>	<b>19</b>
1.1 Papiloma Vírus Humano (HPV) e mal-estar.....	19
1.2 Teoria das Representações Sociais e doenças sexualmente transmissíveis articuladas à promoção da saúde.....	28
1.3 Teoria do Núcleo Central - auxiliar à Grande Teoria.....	42
1.4 Hermenêutica como arte da interpretação.....	45
<b>Capítulo 2 TRILHA METODOLÓGICA.....</b>	<b>49</b>
2.1 Os campos e os sujeitos.....	49
2.2 O tipo de investigação e sua classificação.....	50
2.3 A coleta de dados, as técnicas, as análises quantitativa/qualitativa e os softwares.....	51
<b>Capítulo 3 RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....</b>	<b>57</b>
3.1 Características de homens e de mulheres com HPV.....	57
3.2 A associação livre de palavras na apreensão das representações sociais de homens e de mulheres com HPV.....	62
3.3 A técnica expressiva na construção das representações sociais de homens e de mulheres com HPV.....	65
3.4 O depoimento livre na captação das representações sociais de homens convivendo com o HPV.....	74
3.5 O depoimento livre na captação das representações sociais de mulheres convivendo com o HPV.....	84
<b>Capítulo 4 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>112</b>



## APRESENTAÇÃO

Antes de redigir os resultados da pesquisa que ora concluo, senti necessidade de expor as reflexões por mim tecidas desde a entrada na Universidade em 1980. De 1993 a 1996, estas foram aguçadas ao elaborar a dissertação de mestrado em enfermagem e em 1999 quando decidi me submeter à seleção do doutorado.

Antes de externá-las, as primeiras palavras são de júbilo e de um prazer indescritível ao viver este momento na fase madura da vida, ancorada nos 23 anos de experiência docente, desde a entrada como professora colaboradora até chegar ao nível de adjunto IV do Departamento de Enfermagem.

Ao ingressar na Universidade uma meta é obter os títulos que consagram a carreira docente. No meu caso, sempre que cursei uma pós-graduação no Brasil ou no exterior o fiz independentemente das exigências acadêmicas, mas acima de tudo na busca de satisfazer um apetite insaciável pelo conhecimento e pelo prazer de ensinar, entendendo como disse Morin (2002, p. 69) “é também o amor por aquilo que se diz e do que se pensa que é verdadeiro”.

Por considerar-me um ser humano privilegiado também na vida profissional é que estou enveredando pela sexta vez numa pós-graduação. Quatro na modalidade *lato sensu*: enfermagem, saúde pública, administração de serviços de saúde pública e filosofia política do socialismo. Duas na modalidade *stricto sensu*: o mestrado e agora o doutorado. Além destes cursos, a graduação em psicologia clínica e mais oito anos de formação em psicanálise.

Quanto às denominadas reflexões, estão assentadas em preocupações referentes ao que devo fazer para informar, divulgar com vistas a motivar outras colegas, sensibilizando-as à conquista de títulos acadêmicos.

Apesar de ganhos nesta empreitada, meus pensamentos voltam-se àquelas que em

virtude de determinados motivos dificilmente conseguirão o que tive o privilégio de galgar como profissional. Mas, sem entrar em detalhes sobre esses motivos, registro minha quietude prevenindo uma possível ansiedade e quem sabe uma angústia maior diante do que tomei como responsabilidade e agradecendo a Santos (2001, p. 56) ao evidenciar conhecimento do senso comum, que entre outras particularidades “persuade” e afirma que, como sujeitos “da ciência pós-moderna, devemos exercer a insegurança em vez de a sofrer”.

Embora continue a reflexionar sobre estas e outras idéias, sinto-me propensa a optar pelo paradigma de Santos (2001, p. 37), por considerar esta uma boa alternativa, qual seja, a busca “do conhecimento prudente para uma vida decente”, porquanto vale considerar a imponderabilidade e imprevisibilidade persistentes nas práticas de saúde, apesar do conhecimento objetivo e causal propiciado pela ciência moderna; ademais, o conhecimento científico não é suficiente para explicar todas as determinações de produção de sentido, de emoções e de traumas a interferirem na saúde, fazendo com que esta não possa ser reduzida aos aspectos biofisiológicos e medicamentosos.

Para encerrar e parafraseando Van des Bosch (1998, p. 15), justifico por que decidi expressar-me na primeira pessoa do singular: o “eu” expressado não é um “eu” individual e sim um “eu” universal, no qual estão inclusas as contribuições da orientadora, dos autores citados, dos membros da banca e da minha rede de relações intersubjetivas, em quaisquer dos papéis que eu esteja desempenhando na sociedade enquanto um ser da cidadania, da domesticidade, do trabalho e da mundialidade (LIMA; ROSSI; SOUSA, 1989). Por tais motivos, não foi possível escapar ao meu background, não só de uma curiosa do conhecimento mas da minha experiência de vida e, ao mesmo tempo, para não fugir à tradição hermenêutica da historicidade da compreensão, cumpre-me destacar que os meus pressupostos ou juízos prévios foram a base para a compreensão a partir de idéias, conjecturas etc.

## INTRODUÇÃO

Ao longo de trinta anos como enfermeira efetivada no serviço público, no ensino de enfermagem em saúde coletiva e na vida associativa, tenho transitado nos diversos setores das práticas profissionais da enfermagem, identificando no contexto brasileiro situações de risco a que os grupos sociais estão expostos.

Ministrando a disciplina Epidemiologia (EPI) desde 1991 em cursos de especialização acompanho seu desenvolvimento e sua inserção em outras áreas do saber; do mesmo modo, conhecendo o II Plano Diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999, pude identificar por meio das publicações do Centro Nacional de Epidemiologia o quadro atual da situação das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Ao falar de DST, correlacionam-se outros assuntos, tais como sexualidade, orientação sexual e educação sexual e neste momento há uma mobilização mundial para a mudança de comportamento, visto que o risco de adoecer de uma DST “nos países industrializados é de um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano; em desenvolvimento as DST estão entre as 5 principais causas de procura aos serviços, de saúde” (MINISTÉRIO da SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE, 2000, p.5).

Para conhecer a assistência prestada a homens e mulheres, passei a frequentar há seis anos um ambulatório de prevenção do câncer ginecológico e DST. Tal experiência foi bastante proveitosa e permitiu-me escolher entre os vários programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o de DST que provê assistência a homens e mulheres acometidos por uma ou mais DST.

Entre as inúmeras doenças, o Papiloma Vírus Humano (HPV) tem-me despertado interesse, em virtude de suas particularidades, como relevante incidência da cérvix uterina e disseminação, principalmente entre os jovens. Ressalto o enfoque da Organização Mundial de

Saúde ao divulgar o informe mundial da saúde 2002 com o tema “Prevenindo riscos, promovendo uma vida saudável”, segundo o qual, nos riscos entre latino-americanos, está sexo sem proteção em quarto lugar.

Na busca de autores que privilegiassem o objeto de estudo, identifiquei 371 estudos publicados em língua inglesa, francesa, espanhola, italiana e portuguesa sobre o assunto. No Brasil, estudiosos como Jacynto, Almeida Filho e Maldonado (1994), por exemplo, abordam o Papiloma Vírus Humano nos aspectos biológico, imunológico, patológico e epidemiológico, de indiscutível relevância. Entretanto, outras vertentes poderão ser pesquisadas.

Em 163 web sites no idioma inglês, 1.350 no português e 4.200 no espanhol há homogeneidade dos autores no desenvolvimento de suas pesquisas envolvendo o ciclo fisiopatológico, métodos diagnósticos, epidemiologia, imunologia, terapêutica, prognóstico e evolução do HPV.

Localizei duas autoras cearenses que estudaram o HPV. A primeira, pesquisa de caráter etnográfico, teve como objetivo conhecer as crenças e valores culturais que influenciaram no enfrentamento do HPV, expressados por mulheres contaminadas (RIBEIRO, 1998). A segunda, fez um estudo de caso no contexto familiar de uma adolescente portadora de HPV (BATISTA, 1999). Estas abordagens, utilizando métodos da antropologia e das ciências sociais, estão mais próximas do enfoque interdisciplinar construído neste trabalho.

Seus achados ratificam a viabilidade de realizar pesquisas com outros enfoques, visto que o estigma evidenciado repercutiu de maneira marcante nas subjetividades das mulheres.

Ao integrar a linha de pesquisa Educação em enfermagem, saúde e sociedade, o estudo poderá contribuir com seus resultados na reorientação das práticas profissionais educativas, pois inspirei-me na proposta da OMS que ao redefinir o conceito de promoção da saúde na atualidade destaca dois aspectos: equilíbrio da saúde e potencial da saúde, considerando desta maneira a mudança de paradigma em relação aos conceitos de promoção e prevenção, tornando-os adequados a uma visão abrangente dos mesmos, porque “medir o

progresso na terceira revolução da saúde pública significa ir além da contagem de doenças, de seus indicadores e dos fatores de risco” (BRESLOW, 1999, p. 2258).

Sobre a importância da problemática em foco, considero estar relacionada à magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade da mesma no âmbito da saúde coletiva que afeta diferentes faixas etárias, indistintamente, quando expostas a riscos (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1999).

A meu ver, o enfoque dado ao HPV é uma contribuição original e inédita, na medida em que minha investigação enfatiza a dimensão subjetiva, consciente e inconsciente presente nas representações sociais da doença.

Portanto, realizar a investigação nesta área deixou-me bastante motivada diante da possibilidade de construir um conhecimento específico sobre o HPV, correlacionando-o à subjetividade humana. Tentei, então, não apenas focá-la a partir dos padrões da modernidade e da forma de relacionar-se via amor e/ou relações sexuais, mas vislumbrá-la na perspectiva de Pinheiro (1996), que afirmou haver uma tendência reducionista de que os problemas humanos referentes à sexualidade, principalmente a feminina, são previamente determinados. Comungo com esta autora, pois tal construção, embora de caráter científico, por discorrer sobre problemas humanos, “são produções éticas construtoras de subjetividades” (p. 12 ).

Embora seja difícil de investigar, porque nos sujeitos a problemática a envolvê-los está relacionada com os riscos de contaminação pela prática de sexo, dito não seguro, e com a possibilidade de enganar o outro e auto-enganar-se nos seus relacionamentos, tenho como desafio fazer esta caminhada mesmo sabendo que:

Nas lembranças de cada homem há coisas que ele não revelará para todos, mas apenas para seus amigos. Há outras coisas que ele não revelará mesmo para seus amigos, mas apenas para si próprio, e ainda somente com a promessa de manter segredo. Finalmente, há algumas coisas que um homem teme revelar até para si mesmo, e qualquer homem honesto acumula um número bem considerável de tais coisas. Quer dizer, quanto mais respeitável é um homem, mais dessas coisas ele tem (DOSTOIEVSKI, s/d, p. 45 apud FONSECA, 1997, p.104 ).

Em vista da complexidade das temáticas envolvidas, a determinação do objeto de estudo e o problema relacionado ao tema ratificam-se porque conforme Bruyne, Herman, Schoutheete (s/d, p. 50) “uma problemática, conjunto dos problemas e de suas condições de aparecimento, é melhor solucionada, formulada e explicitada quanto mais se determina”.

Portanto, ao delimitar o estudo, o faço a partir de uma análise dos aspectos subjetivos condicionantes do comportamento humano diante do HPV. Estes aspectos subjetivos são objetivados pelas representações sociais sobre a doença. Neste sentido, busquei a identificação dos elementos subjetivos e objetivos que comprometem a implementação das políticas de saúde para a realização de estratégias educacionais eficazes em face do problema.

Parti do pressuposto de que os fatores sociais, culturais, psicológicos e políticos são inseparáveis dos aspectos neurobiofisiológicos e compõem os determinantes pessoais e sociais da saúde e da doença.

A meu ver, a investigação realizada possui múltiplas relevâncias, entre as quais destaco:

A Social: demonstrada pela relação que estabelece entre sociedade, educação, poder e saúde e pela constatação da indissociabilidade dos determinantes socioeconômicos da subjetividade que configura os papéis e funções sociais nos quais se inserem as representações sociais;

A Cultural: explicitada no campo dos valores que fundamentam e dão sentido ao comportamento diante das práticas de saúde, que não se reduzem aos aspectos observáveis e quantificáveis, mas sobretudo formam as interpretações que dão sentido ao vivido.

A Psicológica: pautada no entendimento de que a saúde física está intimamente relacionada ao estado emocional. Não se pode pensar em política de saúde eficaz que não zele pela segurança e estabilidade do sujeito. É o campo do simbólico, do valor, do mal-estar, do bem-estar, do sentido de felicidade, de segurança, de confiança, de adesão ou de repúdio, interpretações que vão efetivar ou não as políticas de saúde.

A Científica: pode ser compreendida pela integração de caráter instrumental-laboratorial e conhecimentos sobre os determinantes subjetivos. Sabe-se que na medicina os recursos são insuficientes para, por ela mesma, compreender toda a complexidade dos fatores que condicionam o aparecimento das doenças, sucesso ou insucesso do tratamento. Conhecer as bactérias ou vírus e os procedimentos médicos para seu tratamento não garante a erradicação de uma doença, pois nenhum problema de saúde começa e termina no campo das relações objetivas.

Inúmeras políticas de saúde têm fracassado porque partem do pressuposto de que basta decifrar os componentes fisiopatológicos, indicar os medicamentos que curam e sua divulgação entre a população. As DSTs envolvem emoções, estigmas, medos, poderes, decisões que vão construir uma “área de sombra” formada por silêncios e segredos, bem como produzir manipulações, enganos e principalmente auto-engano.

As DSTs são estigmatizáveis. É complexo portanto reconhecer uma doença que envolve questões tão importantes para cada ser humano como o amar, o ser amado, a liberdade, a moral, a dignidade e a própria identidade do sujeito, sua imagem, para si mesmo e para os outros.

Estas moléstias transmissíveis pelo contato humano possuem um estatuto de denúncia, de produção de identidade ou de desintegrações sociais, implicando quase sempre a desvalorização do sujeito. Adoecer do coração é mais nobre do que adoecer de HPV.

Aqueles que contraem o HPV sofrem, entre outras pressões, a vergonha de serem promíscuos, o medo de serem rejeitados por seu homem ou por sua mulher, o medo de serem considerados indignos pelas famílias e amigos; sofrem o temor do nojo provocado naqueles com quem vão lidar, enfim, sofrem do medo da sua morte afetiva e social. Medos e sofrimentos muito mais difíceis de enfrentar do que o controle médico da doença.

É nesse aspecto que o conhecimento das emoções, dos valores e das representações sobre o HPV é fundamental para a produção de um conhecimento científico de todos os seus



múltiplos tentáculos, determinantes e condicionantes da sua erradicação.

Antes de desenvolver a proposição de tese, tecerei algumas considerações sobre os fundamentos para sua formulação. Para isso, recorro a Fonseca (1997, p. 12) que afirma acreditar “na força do desejo de cada ser humano de fazer sua vida o melhor do que é capaz”.

Tomada de curiosidade pela obra de Fonseca - Auto-engano - procurei deter-me nas explicações sobre engano e auto-engano e como são processados na esfera humana, vislumbrando, a partir destes, o fio condutor para subsidiar a proposição da tese a ser definida e formulada.

Sobre o engano, Fonseca (1997, p.31) assim o descreve: “É uma interação na qual a morfologia e/ou comportamento de um deles (ser vivo) cria uma discrepância entre realidade e aparência que determina as percepções e modifica a ação de outro”.

Este mesmo autor (Id., p. 120), quando se refere ao auto-engano, afirma: “A peculiaridade do auto-engano como fenômeno mental advém do fato de que, ao contrário do engano interpessoal, ele é uma ocorrência intrapsíquica”; ademais, ao destacar o apetite por sexo e amor na vida privada como um núcleo de interesse poderoso para onde convergem muitas das aspirações humanas, cujas “delícias e armadilhas do amor paixão” levam ao engano interpessoal fruto “do auto-engano recíproco e cruzado, é extremamente difícil, em situações deste tipo, saber quem engana quem” (Id., p. 141).

No entanto, a tese de Goleman (1997, p. 251) a este respeito é a “de que somos dirigidos em parte por uma engenhosa capacidade para enganar a nós mesmos, preferindo mergulhar no esquecimento a enfrentar os fatos ameaçadores”.

A contextualização do mal-estar em face do HPV, tendo em vista as inter-relações entre saúde, sociedade, cultura e educação, levou-me a tecer algumas observações que orientaram a investigação ao considerar que:

- o objeto de estudo está imbricado numa teia de relações subjetivas;



- a condição de gênero demarca aspectos da masculinidade associados à virilidade e da feminilidade, à opressão;
- a cultura influencia o comportamento de homens e mulheres de forma diferenciada;
- no campo das emoções, as mulheres são consideradas insensatas e descontroladas, agem “pelo coração” e de maneira irracional;
- o descontrole emocional da mulher levaria o homem a procurar relações com outros pares, o que, indiretamente, faz da mulher a responsável, em última instância, pela traição dos homens e pela própria contaminação;
- os relacionamentos sexuais entre homens e mulheres são na grande maioria das vezes testes de competição, a despeito do desejo de ambos;
- as mulheres e seus corpos são tratados como objetos morais e responsabilizados direta ou indiretamente pela doença;
- os homens e seus corpos são tratados como objetos sexuais ativos e com pleno direito à sexualidade.

Diante do exposto, minha formulação foi a seguinte:

- a sexualidade é realização da hominidade nos seus aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e políticos;
- a vivência da sexualidade para homens e mulheres envolve valores, emoções e responsabilidades;
- a contaminação de homens e mulheres pelo HPV é um risco indesejável e imponderável pelo exercício da sexualidade sem o uso de preservativos.

As expressões “sexo seguro” com uso de preservativo e “sexo não seguro” sem uso de preservativo não constituem categorias teóricas ou analíticas, mas servem à divulgação das políticas de prevenção das DSTs e às representações sociais de seus riscos.

Portanto, a proposta da tese é: a contaminação de homens e mulheres pelo HPV em

virtude da prática do sexo não seguro está em relação direta com o risco de ser feliz ancorado no engano interpessoal.

Em face disso, os objetivos que se seguem foram traçados considerando-se a teia de relações inerentes ao estudo de uma DST.

### Objetivo Geral

Apreender o mal-estar de homens e mulheres decorrente da contaminação pelo HPV, tentando compreendê-lo a partir da articulação entre as representações sociais e a promoção da saúde.

### Objetivos Específicos

- Identificar as representações sociais de homens e mulheres ao serem acometidos pelo HPV e na convivência com o vírus;
- descrever as práticas preventivas conhecidas e utilizadas pelos homens e mulheres acometidos pelo HPV, destacando suas representações sociais quanto ao risco à exposição;
- comparar as reações dos homens e mulheres após o impacto da confirmação diagnóstica e suas repercussões nos aspectos individual, familiar, sexual e afetivo, interpretando as semelhanças e diferenças das representações sociais;
- disponibilizar os resultados para os sujeitos, para a instituição e comunidade científica.

## Capítulo 1

### CONCEPÇÕES TEÓRICAS

Para fundamentar teoricamente o estudo, decidi desenvolver o que segue: Situar o Papiloma Vírus Humano e o mal-estar, tendo a subjetividade, o engano e auto-engano como temas de apoio, visualizando a doença na relação com a sexualidade vivida na contemporaneidade, relacionando-a à sociedade, à cultura e esclarecendo sobre as especificidades do vírus.

Ao destacar a Teoria das Representações Sociais o faço mediante resgate de marcos importantes desde a criação desta teoria por Serge Moscovici e, ao mesmo tempo, ressalto como tem-se dado em mim a incorporação da teoria no compasso dos seus avanços teórico-metodológicos, sua expansão e disseminação, assim como as produções científicas afins do objeto de estudo, inserindo a promoção da saúde em nosso país, pelo estudo da evolução institucional da saúde pública em diversos períodos e estados e no mundo, por meio das conferências internacionais promovidas pela OMS. Enfatizo o esforço e os limites das políticas públicas de saúde na tentativa de compreender os velhos, novos e atuais paradigmas da promoção da saúde, tendo como foco os sujeitos enquanto construtores de suas subjetividades.

Em seguida, teço algumas considerações sobre a Teoria do Núcleo Central, considerada auxiliar à Grande Teoria, e por último discorro sobre a hermenêutica como arte da interpretação do sentido das palavras e discursos dos sujeitos.

#### 1.1 Papiloma Vírus Humano e mal-estar

Apreender quanto ao objeto de estudo implica situar a influência da civilização na

vida dos homens e da humanidade e para tanto resgato o texto de Freud - O mal-estar na civilização, também conhecido como O mal-estar na cultura, para fazer algumas incursões na tentativa de construir a tessitura deste tema.

Apesar de escrito em 1929, seu conteúdo descreve situações da contemporaneidade pois trata da busca pela felicidade, do sofrimento a que se está condenado a partir da decadência do corpo e das surpresas que o mundo externo nos prega.

O mal-estar da civilização foi discutido em face da importância da vida em sociedade, do outro ser humano como ser em relação, alçado a objeto de desejo e objeto de frustração, como amparo e ameaça, constituindo o eterno enigma causador do mal-estar.

Os motivos substitutos deste mal-estar subjetivo variam de época para época, ora aparecendo como proibições religiosas, morais, políticas, ora como doenças reais ou imaginárias.

Neste sentido, pode-se considerar o mal-estar em face da vivência da contaminação pelo HPV um substituto simbólico e recalcado do mal-estar primevo, da luta entre desejo e realidade, do castigo à sexualidade que traz as marcas da sexualidade, de seus mistérios e proibições.

Entre os aspectos citados pelo fundador da psicanálise que melhor caracterizam a civilização estão em primeiro lugar as realizações “intelectuais, científicas e artísticas”. Em segundo, os “ideais” do homem, o esforço desenvolvido no sentido de duas metas confluentes: a de “utilidade e obtenção de prazer” e, por último:

A maneira pela qual os relacionamentos mútuos dos homens, seus relacionamentos sociais, são regulados – relacionamentos estes que afetam uma pessoa como próximo, como fonte de auxílio, como objeto sexual de outra pessoa, como membro de uma família e de um Estado (FREUD, 1981, p. 114-115).

Quanto à contaminação pelo HPV, assim como as demais DSTs, ocorre por contato sexual em consequência da prática do sexo “dito” não seguro, isto é, sem camisinha.

Figura 1 – A trilha do HPV



Fonte: Isto é especial (s/d)

Talvez caiba a ressalva de que falar em sexo seguro remete às representações sociais mais recentes sobre a sexualidade. Esta, há três ou quatro décadas, antes do aparecimento da AIDS, não era vista como ameaça à saúde pública, mas como exercício da moralidade, diferenciada por sexo, idade e classe social.

Usar camisinha é a nova imposição da cultura à preservação da “peste”, do pecado, que é a realização do desejo carnal. A camisinha intermedia a carne do sexo com a tecnologia, como produção cultural que salva. A cultura sempre salva pelo controle das pulsões, mas também sempre mata pela negação dos desejos, tornando-os impossíveis e regidos por prevenções e cuidados.



A camisinha como interdição ao contato total é impedimento, limite, corte. No dizer de Lefèvre ( 1999, p.12):

A camisinha é a interposição emborrachada da cultura da desconfiança e da hipocrisia no encontro dos homens, embaralhando tanto as cartas do relacionamento humano, de sorte que, talvez, depois dela, não seja mais possível recuperar a tão decantada “razão comunicativa”.

Para o autor, “sexualidade humana representa mais que o entrechoque de genitalidades” e Lima (1999) ressalta a significação dos relacionamentos entre as pessoas e que o sexo pode ser o meio para vivenciar trocas compartilhadas.

Disposta a enveredar nos meandros da sexualidade humana fui buscar na trilogia de Foucault - História da sexualidade - os subsídios para compreender a problemática a ser estudada.

O destaque para as três obras se justifica porquanto representam um celeiro que favorece a compreensão dos aspectos gerais e específicos da sexualidade humana, exercida pelos corpos humanos na era da civilização em busca da felicidade.

Ao propor aos leitores no livro 1 - A vontade de saber - que aceitem sua afirmação de se haver instalado há três séculos o discurso sobre sexo, Foucault (1988, p. 53) faz uma demarcação importante, ratificada por Costa (2001, p. 6) ao considerarem Freud como “primeiro e único que rompeu com a idéia de que o sexo tem um único suporte”.

Entretanto, ao definir historicamente a verdade que se produziu sobre o sexo, Foucault (1988) distinguiu a *ars erotica* das sociedades orientais da *scientia sexualis* das sociedades ocidentais, impregnada essa de saber e poder, oposta aos rituais de iniciação da primeira.

Tal transformação, para a civilização ocidental, situa a confissão sexual nas muitas formas científicas enfocadas por Foucault (1988, p. 64-65), quais sejam: “Através de uma codificação clínica do fazer/falar; através do postulado de uma causalidade geral e difusa;

através do princípio de latência intrínseca à sexualidade; através do método de interpretação e através da medicalização dos efeitos da confissão”.

Sobre esta obra Machado (1988) afirma “que integra o grande projeto de uma arqueologia dos saberes e uma genealogia dos poderes da sociedade contemporânea” (orelha).

Quanto ao livro 2 - O uso dos prazeres - Foucault (1984, p.10) disserta sobre a evolução da história da sexualidade enquanto experiência “se entendermos experiência a correlação numa cultura entre campos do saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade”.

O descrito confirma a verdade perseguida pelos discursos sobre sexo na relação saber/poder, que Machado (1988) assim descreve: “Uma verdade de saber sobre a sexualidade é peça essencial de uma estratégia de controle do indivíduo e da população, grande novidade da sociedade moderna” (orelha).

Na pesquisa cronológica por ele desenvolvida a partir do pensamento grego clássico sobressai a seguinte afirmação: “É a mulher e a relação com a mulher que irão marcar os tempos fortes da reflexão moral sobre os prazeres sexuais” (FOUCAULT, 1984, p.220) e Machado (1984) acrescenta que “estuda o modo como a atividade sexual (...) se constituiu na Grécia clássica como domínio da prática moral e modo de subjetivação característicos do projeto de uma estética da existência” (orelha).

Ao concluir a trilogia com o livro 3 - O cuidado de si - remonta à cultura grega na relação com a medicina e quer seja este cuidado uma prática pessoal ou social tem considerável destaque quando ressalta “a correlação entre o ato sexual e o corpo, uma atenção mais viva à ambivalência de seus efeitos e suas conseqüências perturbadoras” (FOUCAULT, 1985, p.235).

Sobre esta obra Albuquerque (1985) destaca: “A atividade sexual se acha associada ao mal, mas não em virtude de um vício essencial, mas em decorrência de suas formas e de seus efeitos” (orelha).

Diante desta constatação é que pretendo, no papel de pesquisadora, escutar as narrativas dos sujeitos, deixando-me capturar pelos seus relatos na busca de uma aproximação com Foucault nas abordagens retromencionadas e na perspectiva de Villela (1999), segundo a qual, viver a sexualidade está relacionado a comportamentos e práticas no exercício do sexo, tendo como suporte significados que abrangem os desejos eróticos e a experimentação de tais desejos.

A esse respeito, as reflexões de Costa (2001) quanto à construção cultural da diferenciação de sexos exemplificam historicamente as crenças sexuais ao longo de três séculos e demarcam como foi construída por cada época a diferença de sexos - as identidades sexuais da modernidade - as quais me fizeram lembrar a década de 1970 quando findava minha adolescência, ao ver o movimento feminista reivindicar o direito da mulher para exercer sua sexualidade mais além da obrigação de procriar.

A vivência da sexualidade antes dos anos 1960 em nossa sociedade era francamente permitida e incentivada como privilégio masculino. No que tange às mulheres, esta era fonte de repressão e de desvalorização sob diferentes formas. Para a mulher, o sexo era sempre inseguro, quer pelo perigo da contaminação pelo marido, quer pelo risco de ser reprimida e considerada indigna.

Hoje, após a propalada revolução sexual, as diferenças persistem com outros disfarces e máscaras. As doenças transmitidas pelo exercício da sexualidade ainda trazem marcas. Para o homem, a representação social destas moléstias indica subrepticamente algo de positividade, pois reflete sua virilidade “incontrolável” e instintiva, cujo “direito” quase irrestrito permaneceu por muitos anos. Para a mulher, o medo e a dor que estas doenças trazem refletem sua posição sempre frágil, mesmo nos dias atuais.

Primeiro, ela tem medo de falar de sua dor, pois teme ser censurada, julgada e condenada, independentemente de ter sido contaminada pelo próprio companheiro. Teme ainda que este suspeite de sua fidelidade e integridade moral. Desse modo, e por maior que



seja sua indignação, sofrerá os efeitos de uma contaminação que muitas vezes representa dupla traição, duplo engano.

Por um lado, destrói a crença de ter sido a única mulher amada e desejada pelo seu homem e a confiança neste parceiro. Por outro lado, reduz as possibilidades que teria de buscar outro amor, pois as marcas da doença causam-lhe vergonha e desvalorização diante do possível companheiro, restando-lhe o silêncio, o recalque, o sofrimento moral e físico.

A partir da década de 1960 as produções científicas neste campo se multiplicaram, assim como as relacionadas aos estudos de gênero. É na década de 1990, porém, que a tão famigerada liberdade sexual dos anos 1970 e 1980 passa a ser vista como a vilã da sociedade, porquanto, com a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o crescimento desordenado desta doença faz com que seja considerada por alguns o mal do século.

Embora a transmissão da AIDS não se dê somente pela via sexual, essa é a mais enfatizada, pois quem faz sexo sem se proteger corre risco e segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPS) (1986, p. 11), “é uma medida que reflete a probabilidade de que se produza um fato, ou um dano à saúde (doença, morte, etc)”.

Em referência a isso, a OMS (1986, p. 13) destaca:

O fator de risco é uma característica ou circunstância detectável em indivíduos ou em grupos, associada com uma probabilidade de experimentar um dano à saúde (...) os fatores de risco podem ser tanto indicadores de risco como causas de dano à saúde.

Entre as muitas Doenças Sexualmente Transmissíveis listadas pelo Ministério da Saúde (1997, p. 55) está o HPV, cuja transmissão é

freqüentemente sexual apresentada como infecção clínica, pode ser diagnosticada com visão desarmada, geralmente representada pelos condilomas acuminados; sub-clínica diagnosticada por meio de peniscopia, colpocitologia, colposcopia e/ou biópsia e latente só pode ser diagnosticada por meio de testes para detecção do HPV-DNA.

Dados de Rouquayrol et al. (1996, p. 44) sobre a frequência do condiloma em Fortaleza de 1991-1995 assinalam valores relativamente estáveis: “Em 1991 foram notificados 209 casos; em 1992 foram 161; em 1993 notificaram 139 e em 1994 165 foram o total de casos e em 1995 foram efetuadas 178 notificação, registrando-se os respectivos coeficientes 11,8; 8,9; 7,3; 8,6 e 9,0”.

Em pesquisa realizada em Fortaleza por Cavalcante e Teixeira (2001), foram encontrados em 1.013 usuários de um ambulatório de referência em DST 31, 4% de verrugas genitais nos achados clínicos e 22,5% de infecção por HPV nos achados etiológicos, constatando-se pelos índices elevado número de casos do Papiloma Vírus Humano. Conforme análise dos autores, o perfil epidemiológico das DSTs foi prejudicado pela reduzida clientela masculina(23%) que compareceu ao serviço.

Vale ressaltar a característica do HPV que o diferencia das demais DSTs, ou seja, a quantidade de sorotipos (70), com tipos específicos de risco oncogênico para as mulheres em forma de verrugas, comparadas a couve-flor, as quais podem ser encontradas nas regiões do trato oral, genital e peri-anal, sendo conhecidas como condiloma acuminado e vulgarmente como “crista de galo”.

Em referência aos tratamentos, podem ser: cáusticos, quimioterápicos, imunoterápicos, homeopáticos, cirúrgicos e psicoterápicos. O tratamento psicoterápico tem sua indicação quando as lesões não regredem após um longo período de tratamento. Quanto às formas de prevenção, as recomendadas são: limitar o número de parceiros, investigar e tratar os parceiros, evitar o coito durante o tratamento e usar preservativo.

Segundo afirmam Rouquayrol et al. (1996, p.45), “o traumatismo das lesões provoca sangramento fácil, ao mesmo tempo em que abre uma porta para a infecção do HIV. Estima-se que aumenta entre 4 e 6 vezes o risco de sua transmissão”.

Ao escreverem sobre HPV, inúmeros autores o fizeram de maneira técnica, mais voltada para os aspectos do vírus, tornando-se quase impossível identificar o corpo acometido

pelo papilomavírose. O corpo de que falo é o masculino e/ou feminino, mas também pode ser percebido na visão de Borges (1996, p. 124) enquanto “servidão, finitude, vulnerabilidade, desamparo” e esta abordagem constitui uma maneira de

interpretar o nosso mal-estar de vivermos no corpo que temos, nesta civilização moderna, que algo de muito caro para a condição humana se perdeu no meio do caminho que vai do discurso científicoista-tecnocrático até as pequenas e grandes catástrofes de nosso cotidiano (1995, p.18).

Seria então uma catástrofe para o homem e/ou mulher ser diagnosticado(a) portador(a) do HPV, doença incurável cuja contaminação está diretamente associada ao que Carneiro (2000, p. 20) denominou de “mau uso do corpo e do sexo” no seu estudo intitulado AIDS: a nova desrazão da humanidade

A análise desenvolvida por este autor relacionando sintoma e rechaço incluiu doenças que marcaram a humanidade, tais como: lepra, sífilis, peste negra, tuberculose e por último câncer. Em relação à sífilis, vale salientar o caminho percorrido por Carneiro para identificar a data precisa do surgimento desta doença - julho de 1495 - conhecida à época como “mal-de-nápoles”.

De acordo com o enfatizado por Carneiro (2000, p. 21), passados dez anos, isto é, em 1505, com a disseminação deste mal pela Europa,

os italianos e alemães o chamaram de Mal francês, os moscovitas de Mal polonês, os poloneses de Mal germânico, os flamengos, os holandeses e magrebis de Mal espanhol, os portugueses de Mal castelhano, os japoneses e algumas populações índias de Mal português.

Apesar de o HPV ainda não ser considerado um mal social, como foram a sífilis e a gonorréia, é possível identificar sua descoberta desde a antiguidade, mas o interesse expressivo pela doença só aconteceu na década de 1980. Antes, porém, por volta de 1976/1977, com os estudos citológicos, a produção científica aumentou de forma substancial.

Entretanto, no que diz respeito às doenças baseadas na TRS e, especificamente, tendo como objeto de estudo o HPV, essa produção é escassa, para não dizer quase inexistente.

Diante de tal constatação, busquei os estudos em DST, DST/AIDS, sexualidade com suporte teórico nas representações sociais e nas técnicas metodológicas que se assemelhassem às escolhidas para a pesquisa em foco.

## 1.2 Teoria das Representações Sociais e doenças sexualmente transmissíveis articuladas à promoção da saúde

Com a tese *La psychanalyse - son image et son public* defendida em 1961 por Moscovici e publicada no Brasil sob o título *A representação social da psicanálise*, nasceu a Teoria das Representações Sociais.

Quanto ao conceito, Moscovici (1978, p. 26) assim se expressa: “A representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. Ademais, esclarece sobre a histórica dificuldade na apreensão do conceito em virtude da origem “mista”, cuja fundação engloba conceitos sociológicos e psicológicos.

No entanto, o retorno a Durkheim possibilita compreender a diferença entre mito e representações sociais. O primeiro, na relação com o homem primitivo, tem sua contribuição filosófica com reflexo na sua prática e relações, enquanto as representações sociais na perspectiva do homem moderno “se constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas conseqüências” (1978, p. 44). Portanto, Moscovici (1994, p. 8) “vê os fenômenos psicológicos do ponto de vista social e cultural” e, ao identificar os fenômenos sociais que podem ser considerados representações, os localiza nas “conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum” (1994, p. 9).

Nesta abordagem, ficou compreensível entender como os sujeitos ao conviverem com o HPV, na troca de informações, modificaram-nas, representando-as com vistas à comunicação cujo papel nas trocas e interações, segundo Jodelet (2001, p. 30), “concorrerem para a criação de um universo consensual”.

Para compreender o senso comum de que trata a teoria, necessário se faz conhecer o delineamento feito por Spink (1996), o qual abrange sua difusão e consolidação. O primeiro período, de 1961 a 1972, inclui Herzlich como a colaboradora mais direta. No segundo, de 1977 a 1989, lista autores que contribuíram para a difusão da teoria, quais sejam: Farr, Jodelet, Jahoda, Ibañez e Lane, esta última, brasileira e considerada a porta-voz da teoria no Brasil. Por último, de 1990 a 1994, destaca os eventos, os grupos de trabalho e as duas publicações em coletâneas, uma de sua autoria (1993) e outra de Guareschi (1994).

Ao longo de quarenta anos a teoria vem crescendo e se desenvolvendo cada vez mais, não apenas na sua área mãe, a psicologia social, mas em muitas outras áreas.

Sobre o assunto, Arruda e Sá (2000) fizeram um estudo cronológico cujo início situou-se em 1961, com o marco da teoria, ou seja, a tese de Moscovici, *La psychanalyse - son image et son public*, até nossos dias.

Pontuando o chamado período de latência por que passou a teoria na Europa e aqui no Brasil, eles demarcaram que o sucesso se deu a partir dos anos 1980 no contexto europeu e brasileiro. Entre nós, a vinda de Jodelet a Campina Grande e João Pessoa, em 1982, foi facilitada por Banchs, que antes a havia convidado para ir a Caracas.

Um aspecto a ser destacado refere-se à reflexão feita sobre a psicologia brasileira, a partir da crise vivida nos anos 1970, pós-instalação no país do regime ditatorial, o que levou os psicólogos a romperem com o modelo americano behaviorista e a optarem pela teoria marxista na orientação da psicologia comunitária.

Outro ponto esclarecedor diz respeito à inserção da teoria nos programas de pós-graduação e sua divulgação em eventos científicos, o que tem possibilitado a ampliação do

trabalho dos primeiros difusores da teoria e sua posterior consolidação na produção científica brasileira por meio de eventos, livros e/ou capítulo de livros, dissertações de mestrado e teses.

Ressaltaram ainda a escassez tanto das publicações divulgadas em periódicos como da difusão das produções brasileiras no cenário internacional. Por último, listaram as vinte áreas temáticas mais investigadas de 1988 a 1997 e mostraram como a teoria se disseminou na educação, saúde, serviço social, sociologia e outras áreas.

No cômputo das dez mais constantes, está o processo saúde-doença, saúde reprodutiva, em terceiro lugar, com 13,3%, incluída nestas temáticas as DSTs e AIDS.

No cenário mundial, uma inestimável colaboração de Wagner (s/d) foi a criação da web site <http://www.swp.uni-linz.at/content/> onde foram inseridos autores e suas produções no âmbito da TRS indicando endereço postal e eletrônico, o que tem facilitado o intercâmbio entre 300 pesquisadores de 38 países da América Latina, Europa, Estados Unidos, África e Oriente.

Nas Conferências Internacionais realizadas até o ano de 2002 na Itália, Rio de Janeiro, Paris, México, Montreal e Escócia os expertos têm debatido sobre os avanços teórico-metodológicos, transformando-se esses eventos em fóruns em que são ampliadas a divulgação e disseminação da teoria.

Com o objetivo de descrever meu encontro com a teoria e justificar sua utilização como mecanismo de análise dos determinantes culturais e de suas significações subjetivas, passo a tecer algumas considerações históricas. Ao narrar minhas experiências pessoais, falarei dos aspectos que me sensibilizaram e me convenceram da pertinência em utilizá-las como amparo teórico para pensar o mal-estar dos sujeitos contaminados pelo HPV.

Início situando a 1ª Conferência Internacional sobre a teoria em Ravelo/1992 na Itália, que coincide com a “explosão” do interesse de muitos estudiosos, referida por Sá e Arruda (2000) como “marketing acadêmico” para difundi-la.

Meus primeiros contatos com a teoria datam de 1993 e, por meio dos textos de Arruda (1984, 1992, 1993) da escola francesa, aprofundei o interesse em saber cada vez mais sobre esta área do conhecimento, enriquecida com a primeira coletânea publicada no Brasil (Spink, 1993, p. 10) sobre o assunto, cujo objetivo foi suscitar o debate sobre a teoria nos seus aspectos teóricos, metodológicos e empíricos, com a finalidade de “dar concretude a discussão conceitual” e identificar os estudos considerados clássicos, sobre: a psicanálise (Moscovici, 1961); a saúde-doença (Herzlich, 1969); a loucura (Jodelet, 1986) e a criança (Chombart de Lowe, 1979).

Conforme explicita Arruda (1992), toda representação social é processo pelo qual se estabelece uma relação entre sujeito e objeto e representar é o ato de pensamento pelo qual o sujeito se relaciona com o objeto.

Portanto, representação de alguma coisa (informações, imagens, opiniões, atitudes, relacionado-as com um objeto) e de alguém (a partir de um sujeito - indivíduo, família, grupo, classe, em relação com outros sujeitos) é tributária da posição dos sujeitos na sociedade, economia, cultura e considerando que o sujeito da representação social é um sujeito ativo, a representação, complementa Arruda (1992), é a tradução da realidade elaborada por este sujeito.

Minha compreensão sobre o conceito e o estado da teoria - assim como o impacto da teoria, o uso e abusos do conceito de representação social - foi sedimentada via artigos de Sá, Leme, Lane, Sawaia e Souza Filho, todos de 1993, sendo possível familiarizar-me com sua estrutura, críticas à teoria, as maneiras como vem sendo trabalhada no Brasil: uma, fiel à escola francesa, e outra, com base no materialismo histórico.

Ao chamar a atenção para as estruturas dinâmicas que constituem as representações sociais, Spink (1993, p. 305) põe em evidência “a expressão de permanências culturais como [...] o *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição” e quando informa sobre as funções das representações sociais destaca a social, a afetiva e a cognitiva. Na última, são



evidenciados dois processos: ancoragem e objetivação, que Alves (1996, p. 27) entendeu como “a relação dialética que possibilita uma articulação de três funções básicas da representação: a cognitiva, a de interpretação da realidade e a de integração às condutas nas relações sociais”.

Quanto ao processo de assimilação das múltiplas abordagens metodológicas e às formas de análise adequadas ao estudo das representações sociais, aconteceram após inteirar-me das pesquisas realizadas sobre: prostituição, onde Castro (1993) usou análise de conteúdo; trabalho, em que Sato (1993) também fez análise de conteúdo; criança e poder, cujas unidades de significação foram a escolha de Guareschi (1993); ecologia, cujo software MAB foi trabalhado por Arruda (1993); câncer, em que Nascimento-Schulze (1993) identificou categorias; campos profissionais, onde Bock (1993) utilizou análise de conteúdo, assim como na pesquisa sobre universidade, por Souto (1993), que também distinguiu categorias.

Quanto à realização da 2ª Conferência Internacional sobre a teoria no Rio de Janeiro/1994, segundo afirmaram Sá e Arruda (2000, p. 19), possibilitou “consolidar e ampliar aquele trabalho silencioso que desenvolvia-se em muitos lugares desde 1982”.

Com Jovchelovitch e Guareschi (1994) fui apreendendo a teoria nas dimensões teórica, metodológica e prática na visão de autores não só do Brasil, mas da França, Inglaterra e Áustria.

Entre estes, destaco Moscovici que ao escrever o prefácio do livro intitulado: *Textos em representações sociais* teceu importantes considerações acerca do nascimento do conceito de representação social a partir da sociologia com Durkheim e da antropologia com Levi Bruhl; comenta sobre seu esforço em formular a teoria aprofundando-a em relação a estas disciplinas e àquelas “com a religião, com os mitos, com a ideologia, a linguagem onde esse conceito e os conceitos daí provenientes desempenham um papel significativo” (1994, p.10).

Um ponto enfatizado por Moscovici (1994, p. 10) diz respeito às resistências à teoria, cujas críticas registram “[...] que ela não oferece definições claras, não estabelece relações



simples entre suas proposições, ou ainda que ela não enuncia hipóteses que possam ser submetidas à verificação”.

Ao citar aspectos que considera relevantes, Moscovici (1994, p. 12) esclarece sobre sua repulsa à dicotomia entre mundo individual e mundo social, afirmando que “o conflito não é somente do domínio da experiência de cada um, mas é igualmente fundamental na vida social”.

Tal noção de conflito é importante para a compreensão da dinâmica da sociedade ou das mudanças passíveis de ocorrer no âmbito individual e/ou coletivo, assim como para o entendimento das representações elaboradas “conferindo-lhe um sentido e procurando mantê-la no limite do suportável” (MOSCOVICI, 1994, p. 12).

Em publicações de 1996, Guareschi, Spink, Reigote, Santos, Souza Filho e Nascimento-Schulze apresentaram as novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Entretanto, afirma Nascimento-Schulze (1996, p. 4): “Carecemos de marcos conceituais novos e de novas abordagens metodológicas, assim como da contribuição interdisciplinar para enfrentarmos a complexidade dos eventos sociais presentes”.

Ao longo de dez anos, minha saga para assimilar e internalizar os corolários da teoria tem envolvido, além de muitas leituras, aquisição de acervo bibliográfico atualizado e acesso à mídia eletrônica.

Outra forma produtiva têm sido os contatos com pesquisadores mais experientes, o que facilita saber das novidades da teoria. Em 1996 num destes contatos, fui estimulada a participar da 3ª Conferência Internacional sobre a teoria em Paris, cuja ida não se concretizou pois me sentia insegura por considerar-me uma iniciante nesta área de estudos.

Após concluir o mestrado, tendo como meta divulgar o conhecimento construído sobre Mulher e saúde: representações sociais no ciclo vital, foi publicado um livro em 1997 com esse título, como fruto da dissertação, e aceito, para inclusão, por Wagner (s/d), no site da Universidade de Linz na Áustria, sobre a teoria senti ampliarem-se os horizontes.

Ao participar da 4ª Conferência Internacional sobre a teoria na cidade do México/1998, quando conheci Serge Moscovici, tive a oportunidade de oferecer-lhe um exemplar do meu trabalho.

Em novembro do mesmo ano, na I Jornada Internacional sobre Representações Sociais em Natal apresentei o tema: Hermenêutica como arte de interpretar as representações sociais, aspecto este que me fascina no estudo das RS.

Quando Sá e Arruda, Guareschi, Oliveira, Nascimento-Schulze, Moraes, Lima Jr., Schaberle, Camargo, Teixeira e Cidral desenvolveram suas pesquisas, publicadas em 2000, compreendi o que afirmou Moscovici (1994, p. 13): “Para que uma teoria possa perdurar é necessário que ela seja suficientemente elástica e complexa”.

Conforme tenho observado, o intercâmbio entre pesquisadores nacionais e internacionais demonstra o empenho deles para a consolidação da teoria. Suas reflexões, assim como a abertura para críticas, têm propiciado apreender as múltiplas metodologias utilizadas, sendo levado em consideração por Nascimento-Schulze (1996, p. 5) que, “para lidar com a complexidade dos fenômenos envolvidos, reconhecemos que a abordagem interdisciplinar e a criatividade no que tange às escolhas metodológicas sejam fundamentais”.

Ao rever a literatura observei expressivo interesse dos pesquisadores em estudar as representações sociais da AIDS em diferentes aspectos e grupos, principalmente tendo em vista a similaridade entre HPV e AIDS, doenças causadas por vírus que atingem a imunidade do indivíduo e o qual pode ter o vírus, mesmo sem estar doente. No entanto, uma vez diagnosticado, deverá conviver com uma doença incurável. Diante desta realidade, optei por relacionar pesquisas em HIV/AIDS embasadas na Teoria das Representações Sociais, porquanto é nesta onde mais se encontra referencial teórico.

Outros aspectos dizem respeito àquelas em que são abordados conteúdos relativos à subjetividade e sexualidade dos sujeitos e que podem envolver temas como prazer, auto-estima, risco, práticas preventivas e morte.

Tais pesquisas contribuíram com o meu estudo e foram escolhidas porque seus métodos criativos estavam em consonância com a afirmação de Moscovici (1994, p. 14): “A teoria das representações sociais, mesmo que isso possa suscitar resistências ou discordâncias entre nós, permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer”.

Detive-me, inicialmente, nos estudos de Camargo (2001) que fez uma análise da lógica preventiva de 292 adolescentes sobre o porquê da prática arriscada em relação às DSTs e HIV. Ao trabalhar com o programa informático ALCESTE a partir de material textual a uma questão aberta, as explicações dos seus sujeitos revelaram duas representações sociais da prevenção: uma de confiança no parceiro e outra de experiência com sexo protegido quando se tratava de parceiros menos conhecidos.

Menciono a investigação comparativa de Oltramari e Camargo (2001) com quarenta mulheres profissionais do sexo, que ocorreu da seguinte forma: as quarenta mulheres, divididas em dois grupos de vinte, foram entrevistadas e seus materiais analisados pelo programa ALCESTE em cuja análise de classificação hierárquica descendente emergiram nas classes 1 e 3 a prevenção das DSTs e nas classes 2 e 4 a prevenção da gravidez. Estas representações sociais são distintas, pois tratando-se de mulheres com parceiros fixos o não uso do preservativo as torna mais vulneráveis à contaminação do que as que não têm parceiro fixo e que usam preservativo. Para as primeiras, o “risco parece estar onde elas acreditam estar seguras, nas relações não comerciais” (OLTRAMARI; CAMARGO, 2001, p. 90).

Outra pesquisa, a de Souza e Camargo (2001) ao apresentar dados preliminares com 1.386 estudantes do ensino médio, tipo *survey*, amostra por conglomerados, ressalta que apesar das falsas crenças sobre a forma de conhecimento quanto à contaminação pelo HIV/AIDS - doando sangue, uso de sanitários e picada de inseto - os sujeitos na sua maioria consideraram-se bem informados (86,7%). Estes autores indicam como fontes de informação a escola (44,8%) e a televisão (41,5%).

Ainda conforme assinalam Souza e Camargo, com o aprofundamento da análise estatística correlacional e por meio da classificação hierárquica descendente fornecida pelo ALCESTE, “as teorias subjacentes à prevenção da AIDS são compartilhadas por estes jovens e qual relação eles têm com o conhecimento sobre a doença” (SOUZA; CAMARGO, 2001, p. 93).

Por outro lado, a pesquisa de Borges (2001, p.175) envolvendo história oral de dezenove mulheres (nove soropositivas e dez não soropositivas) partiu de dois questionamentos: “O que leva mulheres infectadas ou não, a não se cuidarem frente a AIDS? e o que dificulta a prevenção seja ela primária ou secundária?”.

Na análise dos seus dados, o autor encontrou quatro temáticas: informações sobre DST/AIDS; percepção, negociação, dificuldades para prevenção e diferenças de gênero, enfatizando: “Um comportamento feminino, socialmente construído, marcado fortemente pelo silêncio, pelo medo da punição e necessária inexperiência sexual, que caracterizam culturalmente a sexualidade feminina” (BORGES, 2001, p. 175).

Refiro, ainda, o estudo de Francisco (2001, p. 180) referente às representações sociais de 700 estudantes universitários (343 homens e 357 mulheres) sobre AIDS e práticas de prevenção, no qual utilizou-se um questionário com quarenta perguntas de múltipla escolha. Com base nos dados preliminares, Francisco identificou como representação social o conhecimento, as atitudes e os comportamentos em relação à AIDS, mas o mais preocupante diz respeito ao silêncio dos estudantes às indagações (27,42%) quanto às práticas de prevenção por eles utilizadas. Sobre as atitudes diante do contágio, as perguntas não foram respondidas por 68,12% dos estudantes.

Tal preocupação levou o autor a refletir sobre a relação silêncio/subjetividade dos estudantes enquanto individual se confundindo com a subjetividade coletiva, com conseqüente alerta para “as estratégias utilizadas nos programas de educação voltadas à promoção da saúde de adolescentes universitários” (FRANCISCO, 2001, p. 180).

Tura (1998, p. 38), investigando sobre a AIDS, o preservativo e a prevenção entre 797 estudantes de escolas públicas do Rio de Janeiro, utilizou o teste de associação livre de palavras “cuja centralidade dos elementos morte, sexo, camisinha e doença é coerente com o que representa o núcleo figurativo das representações construídas por estes estudantes”.

Ao relacionar os elementos constitutivos do sistema periférico tais como grupo de risco, contaminação, descuido, solidão, cuidado, desespero, solidariedade, enfraquecimento e hospital, Tura destacou que o uso do preservativo foi uma estratégia dos estudantes para a prevenção, apesar de não ter havido total segurança, pois, conforme relataram, o preservativo pode arrebentar e o vírus pode passar.

No âmbito da sexualidade, Pereira e Chaves (2001) investigaram doze mulheres portadoras de HIV/AIDS em relação aos seus desejos e alternativas com vistas ao prazer e detectaram como “a via sexual, modo pelo qual essas mulheres se infectaram, denunciou uma violação moral ligada à noção de irresponsabilidade, pois, em nome das paixões, do prazer e da própria vida, transgrediram as normas cristãs e as determinações da ciência, o que as faz se manter prisioneiras da culpa”.

Fernandes et al. (2001, p. 99) pesquisaram sobre as representações sociais da sexualidade em 664 estudantes cordobeses utilizando a entrevista semidiretiva e a análise temática de conteúdo e concluíram que as representações sociais da sexualidade no sexo masculino podem ser identificadas “como coito, que por sua vez relaciona-se com a ejaculação (fazer ou masturbar-se). Enquanto as do sexo feminino referem-se ao prazer e à afetividade (beijos, carinho, afago), como elementos do objeto sexualidade”.

Quando se fala de DST, incluindo-se HPV, destaca-se a afirmação de Camargo (2002, p.38) segundo a qual “no campo da saúde é importante a previsão do comportamento da doença ou de promoção da saúde”. Para entender os velhos e novos paradigmas da promoção da saúde tentei demarcar em dois períodos a evolução institucional da saúde pública em 500 anos de Brasil.

No primeiro, de 1500 a 1979, sobressai, entre as muitas tentativas, a primeira Organização Nacional de Saúde Pública, de 1808; com a instituição do cargo de Procurador-Mor da Saúde da Corte e do Estado do Brasil, já se percebia a preocupação com a saúde dos portos.

A criação da Saúde Pública Federal em 1902 no governo Rodrigues Alves sob a responsabilidade de Oswaldo Cruz inaugura uma nova era nacional, pois se identificava a defesa sanitária dos portos, e em 1918 a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção é transformada em Inspetoria dos Serviços de Profilaxia.

Na década de 1920, Carlos Chagas funda o Departamento Nacional de Saúde Pública e mais precisamente em 1923 é oficializada a enfermagem no Brasil. Desde então as enfermeiras vêm atuando ativamente na organização da saúde pública do país.

Nas décadas de 1950 a 1970 foram criados o Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais, mas a Reforma Administrativa Federal ocorrida em 1967 deu nova estrutura ao Ministério da Saúde, desencadeando-se no país inúmeras tentativas para ratificar a não existência de dicotomia entre assistência preventiva e curativa.

Outros órgãos surgiram, como: o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho de Desenvolvimento Social, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Duas leis podem ser citadas: a Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, e a Lei nº. 6.349, que criou o Sistema Nacional da Previdência Social.

No segundo período, de 1980 até nossos dias, busquei situar os marcos sanitários importantes, cujo início se dá com a tentativa de universalização dos Cuidados Primários de Saúde via Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE).

Conforme ratifica Sigerist (apud BRESLOW, 1999, p. 2252), contestando a clássica definição de que: saúde é um completo bem-estar físico, mental, social e não somente ausência de doença, “[...] a saúde não é simplesmente a ausência de doença: é algo positivo,

uma atitude otimista perante a vida, uma boa aceitação das responsabilidades que a vida impõe ao indivíduo”. Posteriormente, nos discursos da saúde foi introduzido o modelo Leavell e Clark, que perdurou por décadas.

Mais recentemente, na era pós-Reforma Sanitária, a promoção da saúde inclui-se entre as propostas alvissareiras do Programa Saúde da Família (PSF), que na prática ainda carece de articulações cujos focos sejam os sujeitos cidadãos com direitos preservados conforme a Constituição.

No intuito de subsidiar a inserção de alguns conceitos, quais sejam, sujeito, subjetividade, risco, risco social, enfoque de risco e vulnerabilidade no contexto da saúde coletiva, introduzo Minayo, socióloga da escola marxista, Oliveira, enfermeira da escola moscoviciana, e outros autores.

Minayo (2001, p. 10) ao refletir sobre a prática da saúde coletiva enfoca o sujeito na estrutura a partir de um determinismo histórico. Sua fundamentação consiste, entre outros conteúdos, em destacar “o lugar do sujeito e da subjetividade” nas diversas teorias, chamadas compreensivas, para um melhor entendimento do porquê das práticas hegemônicas da saúde serem voltadas à doença, sendo participantes do processo e não promotores de saúde.

Ainda com vistas à promoção da saúde realizaram-se quatro conferências internacionais cujos documentos elaborados foram denominados de: Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Declaração de Sundsvall (1991) e Declaração de Bogotá (1992).

Na opinião de Gentile (2001, p. 3), a Conferência de Ottawa “trouxe a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde”.

Alves, Arratia e Silva (1996, p.2) assinalaram que na Conferência de 1988 foi enfatizada “a saúde como direito humano e justiça humana”, tendo sido aprofundadas as



discussões no que diz respeito a integrar a dimensão holística com “a interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e interinstitucionalidade”.

A Conferência de Ottawa, embora centrada nas demandas dos países desenvolvidos, levou em conta os problemas das demais regiões, pois o documento ponto de partida das discussões foi a Declaração de Alma Ata (1978), que dispõe sobre Cuidados Primários de Saúde.

Das 22 recomendações, a referente às necessidades especiais de grupos vulneráveis e alto risco faz-nos incluir as considerações de Barata (2001, p. 21) as quais são relevantes no âmbito da epidemiologia e esclarecem que iniciativas individualizadas de promoção da saúde que podem “apresentar benefícios singulares, não têm impacto suficiente para modificar os perfis epidemiológicos”.

A autora citada vislumbra a possibilidade “de uma proposta de promoção da saúde marcada pela intersectorialidade e pelo desenvolvimento sustentado das comunidades” (2001, p. 21) a ser implementada via convênio entre Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), tendo como órgão executor a Escola Nacional de Saúde Pública.

O exposto anteriormente é refletido por Cohn (2001, p. 23) que ressalta o “perigo” de sair de um pólo a outro, isto é, “dos sujeitos coletivos passar-se, via subjetividade, aos sujeitos individuais como elementos explicativos nucleares dos fenômenos sociais, e por conseguinte, dos fenômenos de saúde”.

Entretanto, conforme entende Canesqui (2001, p. 27), a promoção da saúde “transcende as ações setoriais para encontrar a intersectorialidade, a qualidade de vida e ampliar o atendimento às capacidades humanas [...]”.

Na esteira da pós-modernidade novas concepções são deslocadas: “de ‘objetivo’ para ‘subjetivo’, de ‘individual’ para ‘coletivo’ e de ‘prevenção’ para ‘promoção’ da saúde” (OLIVEIRA, 2000, p. 50).



Para compreender tais deslocamentos, necessário se fez rever os modelos de saúde pública do país. O primeiro, de caráter positivista, pautado na proposta de Leavell e Clark, prevalecendo a ação sanitária sem sujeitos e que Minayo (2001) denominou de “apagamento do sujeito”. O segundo, voltado para o social, tem como suporte a epidemiologia social e é demarcado pelo movimento de especialistas latino-americanos, cuja ação se baseia na noção de risco e no enfoque de risco nas coletividades.

A articulação de Ayres (2001) quanto ao conceito epidemiológico envolve o que anteriormente Paim (1993, p. 465) já explicitava como as quatro diferentes acepções de risco: senso comum - corresponde à idéia de perigo; jurídico-administrativa - representa uma norma jurídico-administrativa para proteção de indivíduos e da coletividade, nem sempre cientificamente fundamentada; epidemiológica - implica idéia de probabilidade, de chance, com base em estudos epidemiológicos.

A quarta acepção destacada por Paim (1993, p. 465) é a de risco social, o qual

permite a utilização de um enfoque mais amplo de risco. [...] exige conhecimentos provenientes de economia política, sociologia, de pedagogia, da antropologia, da ecologia, do marketing etc. e recursos de poder suficientes para alterar as regras básicas da sociedade.

Um terceiro modelo, identificado por Oliveira (2000) a partir dos estudos de Carrara (1994), de vocação antipositivista, tem na relação “objetivo-subjetivo” seu padrão.

Ao rever os três modelos independentemente da abordagem filosófica a que estão circunscritos eis que

deve-se assinalar “a função ‘cunhadora’ da teoria de representação social no campo da saúde (...) ao mesmo tempo que se opõe à afirmação da ciência como única forma de saber válida, recuperando para a cena acadêmica o saber do senso comum” (OLIVEIRA, 2000, p. 51).

Herzlich, socióloga e pesquisadora francesa, cujo estudo sobre a saúde-doença é considerado um clássico das RS por Moscovici, afirma que a doença ultrapassa a medicina moderna, qualquer que seja seu nível de importância, e que “[...] a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido” (HERZLICH, 1991, p. 25).

Alves (1996, p. 27) compreendeu o processo de representar ao

correlacionar a percepção como presença do objeto e o conceito como ausência do objeto [...]. Entretanto, não se deve entender esse processo dinâmico de forma mecânica, levando-se em conta apenas a percepção como um elemento invariável.

Tal compreensão se confirma a partir do pensamento de Morin(1996, p.102), quando este autor diz:

A representação é cognoscente, cognoscível, analisável, descritiva por um espírito/sujeito que além disso trocando as suas informações e descrições com espíritos sujeitos pode objectivar melhor e enriquecer a sua percepção e nesse sentido, verificar o seu conhecimento do mundo exterior.

### 1.3 Teoria do Núcleo Central - auxiliar à Grande Teoria

Passados quinze anos do ressurgimento da Teoria das Representações Sociais por Moscovici (1961), Jean-Claude Abric apresentou tese de doutorado denominada *Jeux, conflits et représentations sociales*, na qual propôs a hipótese do núcleo central: “A organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado à representação” (ABRIC, 1998, p. 31).

Este núcleo central também denominado de núcleo estruturante tem duas funções. Sobre a primeira função - geradora - Abric (Id., 1998, p. 31) comenta: “Ela é o elemento através do qual se cria, ou se transforma o significado dos outros elementos constitutivos da

representação”. Quanto à segunda função - organizadora: “É o núcleo central que determina a natureza dos elos unindo entre si os elementos da representação” (Id., p. 31).

Segundo afirma Abric, ao se identificar o núcleo central é possível e permitido estudar comparativamente as representações por critérios quantitativos e qualitativos, daí por que quando um elemento se torna evidente na dimensão qualitativa, não é suficiente para afirmar a sua centralidade pois o que conta “é o fato que ele dá significado à representação” (Id., p. 31).

Por outro lado, a organização de um núcleo central por si só não é o que completa a Teoria do Núcleo Central, e sim o que está em torno deste, os chamados elementos periféricos, cujo conteúdo é o essencial da representação, dada a acessibilidade aos que o compõem.

Ao estabelecer as três funções básicas dos elementos periféricos, Abric (1998) considera a função de concretização de regulação e de defesa. Na primeira, há dependência do contexto e do que ancora a representação. Na segunda, por sua mobilidade, os elementos têm papel de adaptação da representação e a última seria o sistema de defesa da representação, podendo tolerar as contradições.

Afirma ainda que os dois correspondentes núcleo central e elementos periféricos constituem um duplo sistema, conforme o quadro a seguir, de sua autoria.

Quadro 1 - Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação

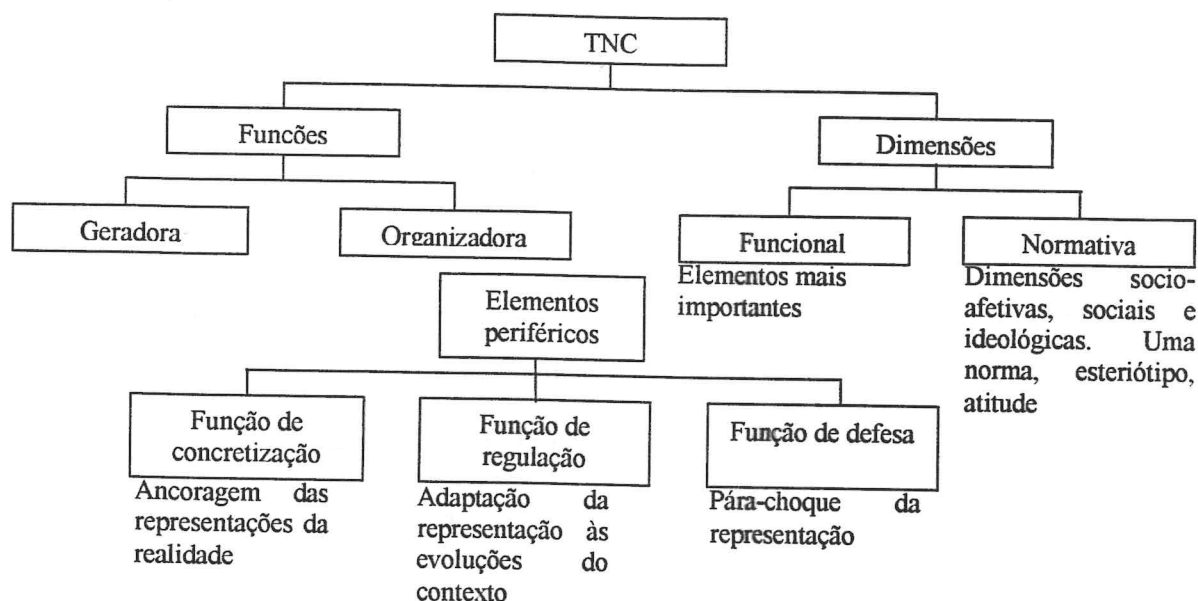
SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração de experiências e histórias individuais
Consensual Define a homogeneidade do grupo	Tolera a heterogeneidade do grupo
Estável Coerente Rígido	Flexível Tolera as contradições
Resiste à mudança	Evolutivo
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Funções: Gera o significado da representação Determina sua organização	Funções: Permite a adaptação à realidade concreta Permite a diferença de conteúdo

Fonte: ABRIC, 1998, p. 34.

Portanto, estudar as representações sociais nesta vertente possibilita analisar e interpretar “a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem” (ABRIC, 1998, p. 35).

A partir dos textos de Sá (1994) e Abric (1998) elaborei a figura 2 a seguir, de acordo com minha compreensão.

Figura 2 - Sistema central e sistema periférico da Teoria do Núcleo Central



Fonte: Elaboração própria.

Um autor brasileiro que vem se dedicando ao estudo da Teoria do Núcleo Central é Celso Pereira de Sá, cuja obra, *Núcleo central das representações sociais*, dirimiu minhas dúvidas e propiciou melhor compreensão dos postulados da teoria, já comentada pelo próprio Abric (1998) na 4ª Conferência Internacional sobre Representações Sociais, no México.

As contribuições de Sá são relevantes para a disseminação da teoria no país ao esclarecer as semelhanças e diferenças entre a Grande Teoria e a Teoria Complementar, quando ressalta: “O distanciamento conceitual entre o núcleo figurativo e o núcleo central que ora é anunciado. O último não tem um caráter imagético como necessariamente ocorre com o primeiro” (SÁ, 1996, p. 66).

Quando Abric explica que “a homogeneidade de uma população não é definida pelo consenso entre os seus membros, mas sim pelo fato de que sua representação se organiza em torno do mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador do significado que eles dão à situação ou ao objeto o qual são confrontados”, é possível entender que no estudo das representações sociais há possibilidade de “compreender os processos que intervêm na adaptação sociocognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico” (ABRIC, 1998, p. 35).

#### 1.4 Hermenêutica como arte da interpretação

Ao descrever historicamente as contribuições que Schleirmacher, Dilthey, Heidegger e Gadamer proporcionaram à hermenêutica, tentei esboçar inicialmente, com base em Palmer (1989), como se deu a construção desta teoria. No segundo momento, incluí Ricoeur, a partir de subsídios oriundos de Bleicher.

Schleirmacher abriu suas conferências de 1819 com uma frase que continha seu objetivo fundamental: construir uma hermenêutica como arte da compreensão. Anteriormente, entre 1810-1819, seu pensamento sobre o projeto de uma hermenêutica era fundamentalmente centrado na linguagem e destacava como tarefa da hermenêutica a compreensão da linguagem e a compreensão daquele que fala.

Ao abandonar essa concepção, ele encara como sua tarefa a mediação entre o caráter extrínseco da ciência positiva e empírica. Em 1829, ainda se observa que Schleirmacher não se refere à sua hermenêutica como uma metodologia, contudo, afirma Palmer (1989), Schleirmacher é justamente considerado o pai da moderna hermenêutica enquanto disciplina geral.

Com a morte de Schleirmacher em 1834, o desenvolvimento de uma hermenêutica geral arrefeceu. Nesta época, Dilthey tinha apenas 1 ano de idade; entretanto, foi este filósofo

e historiador que no final do século viu na hermenêutica o fundamento para as *Geisteswissenschaften* – ciências do espírito. A trajetória da hermenêutica de Dilthey envolve como objetivo a compreensão do conceito de história e da orientação filosófica dada à vida como formula: experiência, expressão, compreensão como sentido da historicidade.

Para Palmer (1989, p. 127), “o contributo de Dilthey foi alargar o horizonte da hermenêutica, colocando-o no contexto da interpretação dos estudos humanísticos”, dando-lhe um impulso relevante quando a põe no “horizonte da historicidade”. Por isso é considerado o pai da problemática hermenêutica contemporânea.

Heidegger, um dos maiores hermeneutas de todos os tempos, situa o problema da compreensão a partir de um contexto fundamentalmente diferente. Superou Dilthey “defendendo que toda compreensão é temporal, intencional, histórica”. Via a compreensão como um processo ontológico e uma revelação daquilo que é real para o homem.

No entanto, a contribuição de Heidegger para a hermenêutica é “verdadeiramente multifacetada”. Redefiniu e identificou a palavra com a fenomenologia, concebeu a compreensão como de caráter fundamental à teoria da interpretação, propôs-se como filósofo hermenêutico, considerou como sentido da palavra a relação enquanto processo de revelação, enfatizou a linguagem, a filosofia, as obras de arte e a compreensão existencial.

Ao se referir a esta última, Palmer (1989, p. 164) “aponta para o acto da compreensão enquanto tal, não por métodos históricos de interpretação que superam e contrariam os métodos científicos”.

O quarto filósofo a entrar em cena é Gadamer, cujo evento decisivo no desenvolvimento da teoria hermenêutica moderna foi a publicação de *Verdade e método*: elementos de uma hermenêutica filosófica. Como criador de uma nova hermenêutica, é um crítico do pensar tecnológico, embasado no subjetivo e adepto da dialética socrática.

Para Gadamer conhecer não é simplesmente um fluxo de percepções mas um acontecimento, um evento, um encontro. A amplitude que confere à hermenêutica é distinta

da de Dilthey, pois ele não a concebe delimitada a um texto ou às *Geisteswissenschaften*.

Compreensão para Gadamer é “um evento histórico, dialético, lingüístico. A hermenêutica é a ontologia e a fenomenologia da compreensão” (PALMER, 1989, p.26).

Ainda segundo Palmer (1989, p. 217), “a hermenêutica dialética de Gadamer é extensão de uma tendência inerente ao pensamento de Heidegger”. Apesar de ter como base as concepções heideggerianas (pensamento, linguagem, história e experiência humana), Gadamer as transpõe, via crítica da forma da estética moderna e das concepções históricas da interpretação.

Bleicher (1980) situou a década de 1960 quando Ricoeur ora comunga com as proposições de Gadamer, ora se manifesta em oposição. Ao tentar limitar o conceito de interpretação, Ricoeur assim se expressa: “À investigação do sentido, oculto no seu sentido literal e aparente, numa fase posterior, esta concepção funde-se com a ‘arco hermenêutico’ que inclui uma teoria da linguagem como interpretação [...]” (BLEICHER, 1980, p. 315).

Ao demarcar os dois pilares do arco hermenêutico apoiado na análise estrutural, Bleicher (1980, p. 321) assinala a permissão da passagem “da interpretação simplista à profunda e a interpretação como apropriação”.

Tal levantamento histórico, assim como trabalho anterior de Alves e Costa (1998) permitiram-me percorrer os caminhos que levaram à compreensão de como a hermenêutica norteia o pesquisador no processo de reflexão desta teoria, quando da análise dos dados, bem como a importância da interpretação nas RS numa perspectiva construtivista, a qual, segundo Spink (1994), não deve ser reduzida às estruturas cognitivas, pois sua compreensão engloba o contexto e as interações sociais do dia-a-dia.

Indo um pouco mais além, vale ressaltar que ao dispor dos dados sociodemográficos inerentes aos sujeitos objeto do estudo, conviver com eles por seis meses, embora não tenha sido muito tempo, levou-me a compreendê-los também como sujeitos humanos nos seus relatos singulares, individualizados e historicizados.

Ao tentar compreendê-los mediante seus textos e discursos, estive ciente o tempo todo de que os lia e os ouvia, sentindo que as experiências dos sujeitos, fruto das suas existências humanas, foram comunicadas por meio de uma linguagem individual mas contextualizada no mundo vivido pelos homens e mulheres, impregnada de emoções, segundo enfatizado por Harré (2001, p.117) quando afirma: “Os léxicos das emoções são, num sentido muito forte, representações sociais”.

Por outro lado, tive ciência da minha posição enquanto intérprete e, mesmo não tendo vivido a experiência dos sujeitos, fui percebendo como estes tomaram consciência da sua finitude, ao mesmo tempo que reconheceram seus limites.

Portanto, interpretar o sentido das palavras se deu numa perspectiva de integração na relação com o presente (vivido) dos sujeitos, conforme descrição de Saramago (1986, p. ) em uma das crônicas de sua obra *Deste mundo e do outro*:

As palavras são boas. As palavras são más. As palavras ofendem. As palavras pedem desculpa. As palavras queimam. As palavras acariciam. As palavras são dadas, trocadas, oferecidas, vendidas e inventadas. As palavras estão ausentes. Algumas palavras sugam-nos, não nos largam: são como carraças: vêm nos livros, nos jornais, nos slogans publicitários, nas legendas dos filmes, nas cartas e nos cartazes. As palavras aconselham, sugerem, insinuam, ordenam, impõem, segregam, eliminam.



## Capítulo 2

### TRILHA METODOLÓGICA

Convido-os a me acompanharem nesta trilha que estou chamando metodológica e que Ferreira (1999, p.2002) descreve como “ pista, vestígio, rasto, vereda, senda, trilho” sobre a qual defini algumas pistas para mais facilmente ter acesso a ela: os campos e os sujeitos; o tipo de investigação e sua classificação; a coleta de dados, as técnicas e análises quantitativa/qualitativa e os softwares utilizados.

#### 2.1 Os campos e os sujeitos

Após ter em mente o objeto de estudo fui em busca dos campos onde poderia encontrar os sujeitos da pesquisa, que em Fortaleza estão em atendimento nas doze instituições para tratamento de DST. Destas, escolhi três: um Centro de Saúde do Município de Fortaleza, o Centro de Saúde Anastácio Magalhães, e dois da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará e o Centro de Saúde Escola Meireles.

Do universo dos acometidos pelo HPV retirei uma amostra intencional de 200 clientes com a finalidade de compará-los, sendo os homens codificados de 1 a 100 e as mulheres também de 1 a 100.

Minha convivência com os campos se deu há quatro anos em um deles, o Centro de Saúde Anastácio Magalhães, onde acompanhei estágio de alunos da graduação da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva. O segundo, o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, por ser um serviço de referência do Estado, já fazia parte das minhas experiências. Apenas com o Centro de Saúde Escola Meireles não tinha convivido anteriormente. Entretanto, integrar-me aos profissionais e funcionários permitiu completar a amostra que foi

efetivamente estudada. O contato com os 200 sujeitos possibilitou-me ouvi-los numa escuta apropriada à problemática vivida pelos dois grupos

A coleta de dados teve início após parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (COMEPE) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, documento este exigido pelos serviços.

## 2.2 O tipo de investigação e sua classificação

O fenômeno pesquisado identifica que o estudo foi do tipo exploratório, descritivo, comparativo, quantitativo e qualitativo.

Segundo Selltiz et al. (1974, p.16), “no caso de problemas em que o conhecimento é muito reduzido, geralmente o estudo exploratório é mais adequado”. Esta constatação já foi explicitada no enunciado do problema.

Embora algumas variáveis tenham sido relacionadas neste estudo descritivo e também quantitativo, não foram manipuladas, mas localizadas as situações e condições de possibilidade destas relações, pois conforme Minayo e Sanches (1993, p. 247) a pesquisa quantitativa “atua em níveis de realidade onde os dados se apresentam aos sentidos”.

Para Minayo (1994, p. 21-22), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A interação entre acontecimento e consequência partilhada pelos sujeitos implicados ganha peso de verificação e prova, pois a verdade está relacionada à representação dos fatos, partilhada e legitimada pelos sujeitos, que são ao mesmo tempo objeto do conhecimento.

Assim, “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos porém não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente,

excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1994, p. 22).

### 2.3 A coleta de dados, as técnicas, as análises quantitativa/qualitativa e os softwares

A coleta de dados aconteceu de janeiro a junho de 2002 e após testagem do questionário foram feitas as reformulações necessárias. Em relação a cada técnica utilizada exponho como se deu sua análise a partir dos subsídios de Sá (1996), Abric (1998), Wagner (1998) e Camargo (2000).

A opção pela abordagem de multimétodos foi o caminho para dar conta dos achados quantitativos e qualitativos visando a validação da pesquisa, o aprofundamento da análise e sua interpretação.

Após confirmação diagnóstica, por primeira vez ou retorno para revisão, os 200 sujeitos foram atendidos individualmente e receberam explicação sobre os objetivos da pesquisa, a importância da participação e aceitação deles.

No primeiro momento, o ponto de partida foi um questionário com uma zona de identificação de variáveis e um estímulo indutor:

#### Código

1. Idade:      Escolaridade:      Companheiro/a em tratamento:      1ª Vez:      2ª Vez:
2. Sabe o nome da doença?
3. O que sabia sobre DST aprendeu: na Escola ( ) na Família ( ) na Rua ( ) no Serviço de Saúde ( ) Outros ( )
4. Onde ouviu falar de DST: em Revistas ( ) em Jornais ( ) em Rádio ( ) em TV ( ) em Vídeos ( ) em Outros ( )
5. Maneiras de prevenir DST que você conhece:
6. Maneiras que você utiliza:
7. Você sabe o que acontece quando não usa o preservativo? (risco):
8. O que fazia você se arriscar?
9. Assinale em ordem crescente de importância (do 1 ao 4) que aspectos repercutiram mais em você pelo fato de ter HPV: Individual ( ) Familiar ( ) Afetivo ( ) Sexual ( )

A análise quantitativa dos dados relacionados às indagações foi elaborada pelo EPI INFO 6 que tem um processador de textos, o EPED, ferramenta conveniente para a construção de questionários, mas também para correspondência e emissão de relatórios. O programa ENTER foi capaz de ler o questionário produzido e usá-lo como um formulário, apresentado na tela do computador, obtendo do arquivo texto as informações necessárias para definir as variáveis, gerando como saída um arquivo de dados. O programa ANALYSIS foi utilizado para explorar os dados obtidos. Após ler o arquivo gerado pelo ENTER, reorganizou os dados para exibir tabelas de frequência e executar estatística básica.

No segundo momento, os sujeitos foram solicitados a se manifestarem sobre o seguinte: Diga em cinco palavras que lhe venham à cabeça o que você sentiu quando soube que estava com HPV.

A associação livre de palavras é um “método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998, p. 38).

Considerado um método relevante adequado às pesquisas embasadas na Teoria do Núcleo Central, “consiste em se pedir aos sujeitos, que a partir de um termo indutor (normalmente, o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação) apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança”(SÁ, 1996, p.115).

Para a análise, recorri ao software EVOC99 de Vergès (analyse des évocations), cuja autorização para usá-lo foi dada a Camargo, que o trouxe da França. Desse modo, referido software possibilitou a comparação dos grupos e utilizou um teste não paramétrico, o qui-quadrado, que “aplica-se para análise de significação dos dados, mensuração por escalas nominais e ordinais” (FERRARI, 1982, p.258).

O EVOC organizou e apresentou as palavras evocadas e ao lado de cada uma a frequência média de evocação. Ao final, indicou o total de palavras evocadas e entre estas o total de palavras diferentes e a média na ordem de evocações. Como foi pedido que evocassem cinco palavras, a ordem média foi 3.

Ao apresentar os dados do EVOC em quatro quadrantes (Quadro 3), somente os quadrantes 1 e 4 são analisáveis. Quanto aos quadrantes 2 e 3 não se sabe, segundo Sá (2002), se são periféricos e se os elementos salientes poderiam ser do núcleo central, pois a oposição de critérios dificulta a interpretação.

Em seguida, foram oferecidas revistas de circulação semanal que tratavam das mesmas temáticas (Veja, Isto é e Superinteressante). A solicitação era a seguinte para todos os sujeitos: Você pode escolher uma figura de pessoas, da natureza, frases ou palavras que traduzam o seu sentimento quando você soube que estava com HPV?

Para esclarecer sobre esta técnica, que inicialmente supus fosse uma projeção do sujeito por meio da figura, encontrei em Dadier (s/d) a explicação sobre a diferença entre projeção e expressão, sendo foi mais apropriado chamá-la de técnica expressiva porque o sujeito fica inteiramente livre tanto do ponto de vista das instruções quanto do material imposto.

A organização dos dados desta etapa da pesquisa se deu a partir da seleção dos sujeitos que escolheram as figuras, as quais foram separadas por tema, conforme o quadro 4, que consta da seção 3.3, seguindo as regras da análise de conteúdo de Bardin (1977) quanto à homogeneidade, exclusão mútua, pertinência e objetividade. Foi este o recurso utilizado na identificação de categorias das figuras, com suporte na hermenêutica, fundamentada na essência e estrutura da compreensão, visando a interpretação, pois, segundo Coreth (1973, p. 56), há uma compreensão objetiva, apreendida com formação de sentido “legitimamente interpretado”. Há uma compreensão prática, que explicita “a familiaridade com o instrumento,

sua finalidade, seu manuseio possibilitando uma relação de sentido no contexto do mundo propriamente dito” (Id., 1973, p. 56-57).

Moscovici (s/d), ao se referir às especificidades da interpretação para as representações sociais, considera “como preocupação fundamental” o que ele chamou de “mania de interpretação” e Herzlich (1991, p. 29) recomenda que “o pesquisador deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação não constitui um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo em parte, de fora dele”.

Neste sentido, a meu ver as representações sociais implicam necessariamente o reconhecimento de fatos exteriores e interiores aos indivíduos. Exteriores, enquanto relação com os fatos que independem das vontades e desejos individuais, e interiores porque refletem os sentimentos, desejos, identificações e projeções, traduzindo os limites, as dores, os processos evoluídos ou emperrados no caminho do amadurecimento psicossocial.

Na pesquisa experimental de Abric realizada em 1986 e publicada no Brasil em 2001 era proposto aos sujeitos, que seguiam determinadas regras, construir o máximo de figuras com sete varinhas. Os resultados confirmam sua hipótese de que “os sujeitos não abordam uma situação de maneira neutra e unívoca” (ABRIC, 2001, p. 162). Em relação à mencionada pesquisa, no capítulo sobre resultados foi possível verificar que “esta representação da situação é que determina o nível de implicação do sujeito, sua motivação e leva-o a mobilizar em maior ou menor grau e de maneira diferente suas capacidades cognitivas” (Id., 2001, p. 162).

Finalmente, foi solicitado aos sujeitos que escrevessem um depoimento livre (opcional) com no mínimo quinze linhas a partir da indagação: O que é para você conviver com o HPV? No entanto, somente cinquenta sujeitos se dispuseram a fazê-lo, dos quais 25 homens e 25 mulheres produziram escritos que puderam ser analisados.

Mantive a mesma codificação para homens e mulheres e indico quem são os 25 homens e as 25 mulheres, visando uma melhor compreensão quando da análise do ALCESTE. Homens : 1, 2, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85. Mulheres: 25, 37, 39, 43, 44, 47, 49, 58, 68, 69, 71, 73, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95

Tal explicação se faz necessária, pois ao indicar nos resultados os recortes das falas os sujeitos serão identificados por estes códigos. É importante salientar que alguns destes sujeitos poderão aparecer mais que outros, portanto os corpus são relativamente pequenos, embora a representatividade esteja indicada na distribuição das classes no capítulo 3, resultados, análise e interpretação.

Para a análise quantitativa de dados textuais do depoimento livre foi utilizado o programa informático Análise Lexical pelo Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) ALCESTE, de M. Reinert, usado desde o final da década de 1990 na França.

No Brasil, o ALCESTE foi introduzido em 1998 por Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo, quando pesquisaram sobre representações sociais do envelhecimento.

Sobre o programa ALCESTE, Camargo (2001, p. 1), em tradução, assim resumiu a opinião da empresa IMAGE em 1998:

Ele apresenta um interesse particular, pois empregando uma análise de classificação hierárquica descendente, além de permitir uma análise lexicográfica do material textual, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário.

Camargo (2001) descreveu o programa e a execução em quatro etapas (A, B, C e D), cada uma contendo três operações, exceto a última (D) com cinco. Etapa A: Leitura do texto e cálculo dos dicionários; Etapa B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das Unidades

de Contextos Elementares (UCEs); Etapa C: Descrição das classes de UCEs; Etapa D: Cálculos complementares.

Os aspectos éticos foram seguidos de conformidade com a Resolução nº 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, respeitando-se o preconizado em relação ao sujeito e à instituição. Vale ressaltar que o consentimento livre se deu de forma verbal, pois tratando-se de informações sobre a vida íntima das pessoas pareceu-me contraditório garantir-lhe o anonimato e sigilo e, ao mesmo tempo, requerer a assinatura dos sujeitos.



### Capítulo 3

## RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

De posse do farto material bruto, a impressão inicial é que “temos que partir do caos aparente das informações recolhidas no campo e fazer delas ao mesmo tempo uma revelação de sua especificidade [...]” (MINAYO, 1993, p. 236).

Tal impressão permanece até o final da análise e a possível ordem obtida deve-se ao fato de ser preciso encerrá-la, pois o pós-graduando é “escravo” do tempo.

Após leitura e releitura do material, busquei a compreensão do fenômeno estudado com vistas à sua descrição e análise. Em virtude da complexidade metodológica da pesquisa e para uma melhor apresentação dos resultados, análise e interpretação, passo a expor em cinco seções o seguinte: características de homens e de mulheres com HPV; a associação livre de palavras na apreensão das representações sociais de homens e de mulheres com HPV; a técnica expressiva na construção das representações sociais de homens e de mulheres com HPV; o depoimento livre na captação das representações sociais de homens convivendo com HPV; o depoimento livre na captação das representações sociais de mulheres convivendo com HPV.

### 3.1 Características de homens e de mulheres com HPV

Conforme consta no quadro 2, as respostas ao questionário indicam os aspectos quantitativos das dez variáveis investigadas.

Quadro 2 - Distribuição do número de homens e mulheres por variável sociodemográfica

Variáveis	Homens		Mulheres	
	(f)	%	(f)	%
<b>1 Faixa etária</b>				
10 – 19	6	6	22	22
20 – 29	59	59	54	54
30 – 39	27	27	19	19
40 – 57	8	8	5	5
<b>2 Escolaridade</b>				
1º grau completo	20	20	22	22
1º grau incompleto	33	33	27	27
2º grau completo	32	32	37	37
2º grau incompleto	4	4	5	5
3º grau completo	4	4	2	2
Não informaram	7	7	7	7
<b>3 Confirmação diagnóstica</b>				
1ª vez	81	81	88	88
2ª vez	17	17	10	10
Não informaram	2	2	2	2
<b>4 Conhecimento da doença</b>				
HPV	57	57	59	59
Condiloma	8	8	21	21
Crista de galo	6	6	3	3
Verrugas	4	4	4	4
Outras DSTs	3	3	1	1
Papiloma	-	-	1	1
Não sabem	20	20	11	11
<b>5 Locais onde receberam informações sobre DST</b>				
Escola	50	50	47	47
Serviço de saúde	9	9	9	9
Família	5	5	5	5
Rua	1	1	2	2
Outros	28	28	20	20
Não informaram	7	7	17	17

Cont. Quadro 2 - Distribuição do número de homens e mulheres por variável sociodemográfica

Variáveis	Homens		Mulheres	
	(f)	%	(f)	%
6 Meios de comunicação				
Televisão	78	78	56	56
Rádio	-	-	6	6
Jornais	1	1	8	8
Revistas	4	4	16	16
Outros	-	-	5	5
Não informaram	17	17	9	9
7 Conhecimento sobre risco				
Sim	90	90	81	81
Não	4	4	14	14
Não informaram	6	6	5	5
8 Uso do preservativo				
Sempre	8	8	9	9
Às vezes	44	44	35	35
Nunca	43	43	54	54
Não informaram	5	5	2	2
9 Encaminhamento do (a) companheiro (a)				
Sim	70	70	50	50
Não	19	19	48	48
Não informaram	11	11	2	2
10 Repercussão do impacto da doença				
Individual	67	67	64	64
Familiar	6	6	6	6
Afetivo	5	5	2	2
Sexual	4	4	2	2
Não informaram	18	18	26	26

Fonte: Elaboração própria

As variáveis homens e mulheres segundo a faixa etária apresentaram 65% dos homens e 77% das mulheres com menos de 30 anos. Jacynto, Almeida e Maldonado (1994, p.12) explicam estes dados quando afirmam: “As lesões por HPV podem aparecer em indivíduos de qualquer idade, entretanto há notória predileção pelos adultos jovens”.

Quanto à escolaridade dos 100 homens, 20% concluíram o primeiro grau, 32% o segundo, 4% o terceiro, enquanto 37% não terminaram nenhuma modalidade de ensino. Das 100 mulheres, 22% completaram o primeiro grau, 37% o segundo, 2% o terceiro, ao passo

que 32% não concluíram nenhuma modalidade de ensino. Além disso, 7% dos homens e 7% das mulheres deixaram de informar.

Sobre a confirmação diagnóstica, a maioria dos homens (81%) e das mulheres (88%) estava em tratamento pela primeira vez; os demais 17% dos homens e 10% das mulheres estavam em tratamento pela segunda vez, enquanto 2% dos homens e 2% das mulheres não informaram.

Ao serem indagados sobre o nome da doença que tinham, 57% dos homens e 59% das mulheres responderam tratar-se de HPV. Em seguida, os dois grupos citaram condiloma, crista de galo, verrugas e papiloma, num total de 18% para os homens e 29% para as mulheres. Destes, crista de galo é um dos nomes pelos quais o HPV é conhecido popularmente, pois a consistência das verrugas as assemelha à crista do galo. É possível afirmar que a grande maioria dos dois grupos conhece a doença de que são portadores. Dos que não souberam informar, 20% são homens e 11% são mulheres.

Ao indicarem o local onde obtiveram informações sobre DST, a escola foi citada por 50% dos homens e 47% das mulheres, seguida de outros, com 28% para os homens que listaram: amigos, lendo e trabalho, enquanto 20% das mulheres referiram significativamente que leram sobre o assunto. Em terceiro lugar mencionaram serviço de saúde, com 9% para ambos os grupos; família, com 5% para homens e mulheres, em último; disseram ter obtido informação na rua, com 1%.

Camargo, Botelho e Souza (2001) constataram entre estudantes de nível médio de Florianópolis, Itajaí e Balneário de Camboriú ser a escola o local onde receberam informações sobre DST e epidemia de AIDS, mas reconheceram que escola e família têm de se articular melhor na transmissão destas informações.

Quanto aos meios de comunicação mais destacados na transmissão da informação aos dois grupos, sobressaem, para os homens: televisão, 78%; jornais, 1%; revistas, 4%. Para as mulheres: televisão, 56%; revistas, 16%; jornais, 8%; rádio, 6%.

Na pesquisa anteriormente mencionada, a televisão juntamente com a escola foram as fontes de informações mais citadas pelos sujeitos. A reflexão dos autores enfocou sobretudo um problema em relação à televisão na qual há “predomínio do espetáculo em detrimento da informação e mercantilização da sexualidade humana” (CAMARGO; BOTELHO; SOUZA, 2001, p. 30).

O conhecimento sobre o risco foi confirmado por 90% dos homens e 81% das mulheres. Os que disseram não saber se corriam risco quando tinham relações sexuais sem preservativo representaram 4% para os homens e 14% para as mulheres.

Quanto ao uso do preservativo, segundo os homens, 8% informaram usar sempre, 44% que usavam às vezes, 43% que nunca usavam. Ao examinar os dados relativos às mulheres é possível inferir que mesmo sabendo sobre o risco e como prevenir uma DST, estas, na maioria, 54%, não têm poder de persuasão para convencer seus companheiros sobre o uso do preservativo, pois afirmaram que o companheiro nunca usava, enquanto 35% afirmaram usar às vezes e 9% usar sempre.

Homens e mulheres que afirmaram usar sempre o preservativo ao saberem do diagnóstico eram sempre tomados de grande surpresa e revolta em virtude de terem contraído a doença mesmo usando o preservativo.

Na realidade, é possível a contaminação pelo HPV a despeito do uso do preservativo, pois, conforme a localização das lesões papilomatosas de cada um dos pares, e quando não é possível proteger com o preservativo, a exemplo da região pubiana e/ou região perianal, o (a) parceiro (a) pode se contaminar pelo contato com estas regiões.

Quanto ao encaminhamento do (a) parceiro (a), segundo 70% dos homens, a companheira estava em tratamento. No caso das mulheres, apenas 50% referiram estar o companheiro em tratamento ou com este agendado.

Embora tenham sido observadas algumas dificuldades no encaminhamento dos companheiros, tanto os homens quanto as mulheres informaram sobre a doença, mesmo

quando a relação amorosa tinha acabado, o que demonstra um aspecto positivo no manejo dos parceiros. Entretanto foi possível compreender a dificuldade das mulheres em convencer seus companheiros a comparecerem ao serviço de saúde.

Ao impacto da confirmação diagnóstica, a repercussão para os homens se deu no aspecto individual, referido por 67% como primeira de todas as indicações, seguido do aspecto familiar, com 6%, afetivo, com 5%, sexual, com 4%. Para as mulheres, 64% referiram também o aspecto individual, 6% o familiar, 2% tanto o afetivo quanto o sexual. Não informaram 18% dos homens e 26% das mulheres.

### 3.2 A associação livre de palavras na apreensão das representações sociais de homens e de mulheres com HPV

O grupo de mulheres evocou 500 palavras mas só foram consideradas 419, - das quais 51 palavras diferentes - correspondendo a 83,3% das palavras evocadas, o que em termos estatísticos é bastante significativo.

Entretanto as 69 palavras que só apareceram uma vez, incluídas nas 419 mencionadas, foram desprezadas, pois a recomendação é assim se proceder para propiciar uma análise mais consistente, representativa ou “limpa”.

Os homens evocaram 499 palavras, tendo sido consideradas 410, cujo percentual correspondente às 64 palavras diferentes foi de 82,2% das palavras evocadas. As 89 palavras evocadas apenas uma vez foram desprezadas pelo mesmo motivo já referido para o grupo das mulheres.

Quadro 3 - Diagrama das palavras evocadas pelos grupos de homens e de mulheres segundo frequência e ordem de evocação

GRUPO DE HOMENS		GRUPO DE MULHERES	
OME < 3	OME > 3	OME < 3	OME > 3
(31) medo (28) preocupado (20) pensativo (17) tristeza (15) normal (14) nervoso (9) desanimado (8) abalado (8) assustado (8) tranqüilo (6) arrependimento (6) culpado FME > e = 6	(36) tratar (23) prevenir (23) cura (14) cuidar (7) chateado (7) vergonha (6) morrer (6) transmitir	(39) medo (28) nervosa (26) tristeza (24) chorar (21) morrer (13) assustada (10) decepcionada (10) desespero (9) susto FME > e = 8	(30) curar (18) câncer (15) depressão (14) angústia (14) preocupada (12) raiva (10) tratar
(5) curioso (5) fim (5) ruim (4) grave (4) trabalho (3) conhecer (3) decepcionado (3) desespero (3) surpreso (2) aconteceu (2) apreensivo (2) bobagem (2) chocado (2) comum (2) desacreditava (2) doente (2) dúvida (2) mal (2) raiva FME < 6	(3) angustiado (2) bom (2) câncer (3) chorar (2) confiança (2) depressão (3) deprimido (2) descuido (2) enfrentar (2) envergonhado (2) esconder (3) esperançoso (2) família (2) feio (2) filhos (3) hiv (5) informação (2) inseguro (2) irresponsável (4) parceira (2) perigo (2) sem cura (3) sem relação (3) viver	(7) acabou (6) grave (6) horrível (6) vergonha (5) nojo (4) separar (3) incurável (3) mal (3) normal (2) dor (2) transtornada (2) traumatizante (2) traição FME < 8	(7) prevenir (7) só (6) filhos (5) ruim (4) aids (4) arrasada (4) arrependimento (4) desacreditava (3) cuidar (3) esconder (3) insegurança (3) revoltada (2) aceitar (2) calma (2) confiança (2) Deus (2) mãe (2) pensando (2) reação (2) remorso (2) traição

Fonte: EVOC.

Ao apresentar o quadro 3, a organização dos quatro quadrantes permitiu visualizar nos primeiros quadrantes superiores esquerdos os elementos que podem mostrar a possibilidade do núcleo central da RS dos dois grupos, enquanto ao examinar os dois quadrantes inferiores direitos podem estar aqueles que provavelmente indicam serem estes os



elementos correspondentes ao sistema periférico das representações sociais do HPV referentes aos dois grupos.

Na análise dos dois primeiros quadrantes superiores à esquerda é possível inferir que, tanto para os homens como para as mulheres, o medo sentido está relacionado ao fato de desconhecerem o HPV como uma DST, pois foi muito comum ouvir em vários relatos que havia começado com um “sinal”. Entretanto, após confirmação diagnóstica e constatada a possibilidade de cura somente das lesões papilomatosas, o impacto da notícia os (as) deixou assustados (as). Como afirma Joffe (1994, p. 298), “os objetos sociais estranhos evocam medo porque eles ameaçam o sentido da ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo”.

Posteriormente, ao referirem sentirem-se nervosos pelo fato de terem de se adaptar à nova situação, a de conviver com o HPV, que poderá voltar ou não, esta incerteza provocou tristeza por considerarem que sua saúde estava abalada.

Na análise dos elementos constitutivos do sistema periférico dos dois grupos, a insegurança parece estar relacionada com a confiança depositada no companheiro e companheira. Neste caso, o elemento esconder pode representar uma alternativa à qual recorriam para não se revelarem, pois não sabiam ao certo quem pegou de quem e também para não enfrentarem o preconceito de amigos e familiares.

Outra manifestação é sobre os filhos, porque lembrar destes ao se saberem portadores de uma doença incurável era o que os mobilizava para comparecerem assiduamente nas datas agendadas para a aplicação do Ácido Tricloroacético (ATA). Primeiro, porque temiam contaminá-los e segundo, porque, às vezes, não estavam bem esclarecidos e temiam morrer e não criá-los.

Por último, ao se referirem ao HIV, foi possível perceber o alívio que sentiram, pois, apesar de tudo, é melhor ter HPV do que HIV.



Ao observar a pesquisa sobre Sexualidade e representações sociais da AIDS, na qual foram comparados quatro grupos de estudantes universitários, identificou-se, entre outros elementos do núcleo central - o medo, que segundo Camargo (2000, p.108) “tem um papel importante na configuração formada pelos elementos mais salientes, conferindo à representação social da AIDS implicação pessoal”.

Nesta pesquisa, é notório, o medo apareceu também de forma contundente nos dois grupos e até me arriscaria a dizer que, a exemplo da AIDS, o medo conferiu à representação social do HPV implicação pessoal.

Quanto aos elementos diferentes do nível periférico, os dos homens foram: parceira, bom, descuido, enfrentar, enquanto os das mulheres ressaltaram: só, ruim, cuidar e desacreditava.

### 3.3 A técnica expressiva na construção das representações sociais de homens e de mulheres com HPV

Os aspectos quantitativos das figuras escolhidas por homens e mulheres estão indicados no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Distribuição do número de temas das figuras escolhidas por homens e mulheres, Fortaleza-Ceará, jan./jun. 2002

Figuras/Temas	Homens	Mulheres	Total
Masculinas	30	36	67
Femininas	2	18	20
Família	11	10	21
Frases/palavras	28	21	48
Diversos	12	10	22
Sem figuras	17	5	22
Total	100	100	200

Fonte: Elaboração própria.

Dos 200 sujeitos, cinco mulheres e dezessete homens não conseguiram identificar figuras que projetassem o sentimento de estar com HPV. Vale destacar que 36 mulheres o

fizeram e quase todas escolheram figuras masculinas, superando os homens na escolha de figuras femininas. O que isto poderia significar?

Em pesquisa anterior com mulheres, Alves (1996, p. 70) identificou nas projeções destas situação semelhante. Após trabalho com massa de modelar elas se referiram aos seus corpos como de bonecos e não de bonecas, como seria o esperado, o que denota uma projeção inconsciente do “poder que os homens detêm em suas relações com as mulheres...” (LIMA, 1988, p.46).

As figuras escolhidas por homens e mulheres encontraram na análise de conteúdo apoiada na hermenêutica o recurso para visualização dos seus aspectos qualitativos. Desse modo, mediante a primeira, com a categorização, ficou exequível o manuseio e classificação do material bruto e com a segunda, a visualização do processo de compreensão via experiência dos sujeitos expressas nas figuras, para em seguida ousar interpretá-las na perspectiva de Dilthey tão bem traduzida por Palmer (1989, p. 120), ao afirmar: “Explicamos por meio de processos puramente intelectuais, mas compreendemos por meio da atividade combinada de todos os poderes mentais da apreensão”.

Assim, ao apropriar-me das informações dos sujeitos e de qual era a compreensão dos mesmos sobre ter HPV e conviver com o vírus, procurei fazê-lo sob o entendimento de que tais experiências são baseadas na historicidade de cada um deles e que o sentido e o significado das experiências são contextuais (PALMER, 1989).

Sentido para Palmer (1989, p. 124) “é a relação do todo e das partes encarada por nós de determinado ponto de vista, num determinado tempo, para uma dada combinação de partes [...] a parte de um círculo hermenêutico” e ao tratar do significado como imanente na textura da vida, este mesmo autor valoriza a participação do sujeito na experiência vivida, isto é, a forma como a vida é captada.

Com vistas a destacar os aspectos qualitativos, a categorização temática foi a opção para classificar os elementos com um título a abranger o que têm em comum com outros,

destacando dez categorias para os homens e nove para as mulheres.

As manifestações do pensamento foram entendidas enquanto representações construídas “em suas variadas formas racionais e irracionais estreitamente interdependentes” (FINKLER, 1988, p. 118) e ao especificar no quadro 5 a categoria - manifestação do pensamento - aspectos cognitivos, está implícito o que Maturama (2001, p.128) destaca deste conceito: “Há tantos domínios cognitivos quantos forem os domínios de ações - distinções, operações, comportamentos, pensamentos ou reflexões - adequadas que os observadores aceitem”.

Com esta citação, fica evidente meu entendimento sobre a categorização apresentada, qual seja, ela existe não só para permitir a organização e apresentação dos dados, mas porque também possibilitou uma abertura ao texto, sem imposição das categorias por elas mesmas (PALMER, 1989).

Embora siga a orientação técnica de Bardin para classificar as categorias, é admissível concordar com Grize (2001) quando reflete ser impossível separar o cognitivo do afetivo.

Quadro 5 - Distribuição das categorias de homens e de mulheres com HPV

Categorias	H	M
1. Manifestação do pensamento - aspectos cognitivos	12	14
2. Manifestação do pensamento - aspectos histórico-factuais	4	-
3. Manifestação do pensamento - aspectos afetivo-emocionais	18	21
4. Manifestação da atitude positiva	12	9
5. Manifestação da atitude negativa	8	8
6. Manifestação de causa e efeito	9	2
7. Manifestação sobre o tratamento	4	5
8. Manifestação de caráter religioso	5	8
9. Manifestação sobre os filhos	3	4
10. Manifestação das expressões das figuras	17	18

Fonte: Elaboração própria.

Primeira categoria: Manifestação do pensamento - aspectos cognitivos (homens e mulheres)

Em relação às temáticas das figuras, foi encontrado em nove de expressão masculina: aconteceu comigo? fiquei analisando de quem peguei(8); buscando informações (23); pensativo (37,55,60,85,90); preso na doença (41); preocupado se vou morrer (84).

Há relatos expressos por meio de três frases em que um dos homens comparou-se a: homem biônico, a gente acha que não vai acontecer com a gente (66); e outros dois afirmaram: eu tinha noção na escola, mas é claro como se não existisse, tinha que ser mais real (77); sabia do risco (89).

Quanto às mulheres, ao observarem as onze figuras de expressão masculina, a maioria se disse: preocupada (7, 17, 26, 32, 43, 56, 59, 85) e pensativa (11, 46, 80), mas, ao se expressarem por meio de figura feminina, apareceu somente pensativa (2, 44, 94), o que permitiu perceber não existir diversificação nas representações sociais das mulheres ao compará-las com as dos homens.

Segunda categoria: Manifestação do pensamento - aspectos histórico-factuais (homens)

As representações sociais do HPV parecem indicar em quatro deles que a experiência da doença os afetou de maneira marcante, conforme expressam: uma fatalidade, faz parte da vida (8), dano moral (16), quem vê cara não vê coração (51) e caiu como uma bomba (83). Nessa categoria, vale ressaltar, não há registro de representações das mulheres.

Terceira categoria: Manifestação de pensamento - aspectos afetivo-emocionais (homens e mulheres)

Na observação de figuras masculinas, treze homens expressaram: espantado, angustiado (6); tristeza (44,86), raiva (68,74); medo (61,96); assustado (56,58); abalado (59); arrependimento (95); abatido, desesperado (28); isolamento, abandono (26).

Ao utilizarem outras formas de expressão, por meio de palavras assim se exprimiram: coração deprimido (43); coração apertado (92); medo (58,83), ou por meio de

figura feminina, o medo (35) foi representado mais uma vez, sobressaindo em termos quantitativos as demais modalidades afetivo-emocionais.

De 21 mulheres, treze representaram a tristeza (16,21,24,29, 38,50,51,54,57, 58, 60, 89, 99), cinco o medo (22,52,55,63,83) e três referiram: espantadas (33,34,82).

Estes dados ratificam as representações sociais encontradas com o uso da técnica de associação de palavras, onde dois elementos, medo para os homens e tristeza para as mulheres, sobressaíram de forma expressiva tanto na análise pelo EVOC quanto na análise de conteúdo.

Ao tentar interpretar esta categoria foi possível observar que a exemplo da anterior as representações sociais das mulheres são mais definidas. Entretanto nas expressões a partir de figuras masculinas aparece a raiva como manifestação afetivo-emocional, enquanto nas de figuras femininas esta é substituída pelo choro.

Para interpretar a categoria seguinte, introduzo Krüger (1986, p. 31), segundo o qual atitude é definida a partir da “idéia de que se trata de uma disposição afetiva favorável(positiva) ou desfavorável (negativa) a um objeto social”. Ademais, ao se referir à formação de atitudes, conforme este mesmo autor, vivermos em interação é o que nos torna vulneráveis às influências dentro dos diversos grupos dos quais fazemos parte.

#### Quarta categoria: Manifestação da atitude positiva (homens e mulheres)

De vinte homens, doze apresentaram atitudes positivas e oito atitudes negativas. Entre os doze de manifestações positivas cinco dos sujeitos ( 41, 75, 88, 91, 95) expressaram por figuras masculinas maneiras que podem contribuir na orientação das condutas preventivas em relação a eles mesmos e às futuras parceiras; sete, embora negativistas no início, melhoraram a auto-estima e assim se exprimiram: me sinto firme, não vou deixar-me abater, vai continuar a vida normal (25); depois das explicações só cai na vida quem quer (31); esperançoso (32); vida esperançosa e um futuro melhor (93); sinto-me

destruído, mas com chance de me recuperar (42); praticar esportes (69); tocar o barco pra frente (64).

Do exposto, vale ressaltar que as expressões oriundas de figuras masculinas foram as dos sujeitos 25,32,41,64,69,95; as que emergiram por meio frases foram as dos homens 75, 88, 91 e das temáticas diversas 31,42.

Das dezessete mulheres, nove apresentaram atitudes positivas e oito atitudes negativas. Entre as nove primeiras, quatro dos sujeitos expressaram mediante frases sinalizando para condutas preventivas a exemplo dos homens: a gente conversa, a gente se entende (8); o importante é ter charme e charme é prevenção (64); previna-se (67); depois dessa nem pensar sem camisinha, há males que vêm para o bem (71).

Duas das mulheres quando se expressassem por figura feminina ressaltaram esperança (6) e por figura masculina, luta (76). Já as três restantes enfatizaram: novas conquistas (13); a força está do seu lado (68) e dá pra melhorar (88).

Do conjunto dessas expressões percebi uma mobilização para o objeto social - o HPV - de maneira otimista.

#### Quinta categoria: Manifestação da atitude negativa (homens e mulheres)

As atitudes negativas dos oito homens foram representadas por figuras masculinas cujos conteúdos caracterizam a falta de perspectiva em relação à doença, quais sejam: preconceito (23,26,71); coisa grave (37); desespero (39,79); condenado a pegar uma doença mais grave, uma AIDS (84) e um deles (80) ao dizer-se infeliz corrobora o que foi representado pelos anteriores. Sobre as expressões de nove mulheres, com atitudes negativas, são marcadamente derrotistas.

Quanto às oito mulheres, ao se manifestarem por palavras, emergiu fracasso, abandonada, usada, fraca (4); ou por frase em oposição à anterior: vida livre, liberdade de fazer o que quiser sem ninguém impedir (41), o que parece denotar certa revolta desmotivando-a para a prevenção.

Nas expressões cujas manifestações se deram por figuras masculinas as representações são assim ancoradas: no fim, morte (23, 81) e vida acabou, é como se uma carreta tivesse batido em mim (40). Ao destacarem via figuras femininas duas mulheres sentem-se: sem rumo (15) e desanimada (12). A última assim se expressou: esse porquinho representa como me senti um lixo (49).

Os conteúdos das manifestações negativas, tanto nos oito homens quanto nas oito mulheres, permitiram inferir que terem o HPV nos seus organismos os deixa sensíveis a este objeto social, constituindo-se este componente afetivo agregado aos elementos cognitivos e à tendência comportamental o que Krüger chamou de “estrutura atitudinal”, ressaltando como função da atitude “[...] as inferências a respeito dos valores que a elas se encontram subjacentes [...]”

#### Sexta categoria: Manifestação de causa e efeito (homens e mulheres)

Para interpretar esta categoria recorri a Hewstone (2001), que considera haver vínculo entre representações sociais e causalidade, e ao destacar a palavra explicações mediante grifo na seguinte citação de Moscovici de 1981: “Por representações sociais designamos um conjunto de conceitos, enunciados, explicações originadas na vida cotidiana...” o faz reconhecendo que as representações sociais são de “natureza essencialmente explicativas” (HEWSTONE, 2001, p.218).

Três homens representaram como causa para estarem doentes as mulheres, ressaltando não saber o que tem por trás de um corpo sensual, esbelto (29); que os homens não se embelezem com as mulheres porque por dentro não se sabe o que há (38) e tudo começa no carnaval-mulher (99).

Outra causa representada pelos homens foi o não uso do preservativo: sem prevenção corre o risco de pegar tudo que não presta (17); o preço do descuido (30); se tivesse prevenido não teria acontecido (48); a gente sabe que está correndo risco mas faz (89) e pressa, porque na hora eu não estava com o preservativo, por isso ocorreu de hoje estar com este vírus HPV

(94). Nestes, mesmo sem se referirem explicitamente à causa representada pelos primeiros, é o não dito que se revela como tal. Há certa culpa camuflada pois não se consegue identificar se ele está se culpando ou se considera a mulher com causa da doença. Outra explicação para um dos homens seria: bebida pode influenciar a sair com outras pessoas sem se prevenir(13)

Para duas mulheres a explicação seria: paraíso de alto risco (74) e tormento, desde que tive HPV não tenho sossego (91).

#### Sétima categoria: Manifestação sobre o tratamento (homens e mulheres)

As representações dos homens são na sua maioria expressas em frases que caracterizam o tratamento: parti para o tratamento, tomar as providências cabíveis (34); gotas amargas, porque arde muito na hora do tratamento (65); incomoda um pouco quando tomo banho, às vezes arde. O tratamento está respondendo bem (82). Há expressão de medo entre um deles: pensei que ia ser operado e de preocupação: pensando que a vida ia mudar daqui pra frente e a preocupação de saber que a cada dois meses tem que ir ao médico (90).

Quanto às mulheres, emergiram as expressões representativas do medo: pensei que ia operar(9); medo de precisar usar algum aparelho de tomografia (35); fiquei apavorada quando a doutora disse que o tratamento é o resto da vida (73). Duas mulheres são inconformadas: em pleno século 21 não tem cura para uma doença como essa (84); o tratamento é difícil, vir duas vezes por semana é impossível (100).

#### Oitava categoria: Manifestação de caráter religioso (homens e mulheres)

Nesta categoria, os catorze sujeitos não dizem claramente que se sentem culpados, entretanto suas falas estão impregnadas de manifestações de culpabilidade. Embora as representações de cinco homens e de nove mulheres pareçam semelhantes nos seus conteúdos, há diferenças dignas de nota. Nas representações de três homens (51, 82, 85) eles transferem a Deus seus problemas pois acreditam que pela supremacia divina ficarão bons e em dois (45 e 78) há consciência de que foram castigados.



Para as mulheres, suas representações assinalaram para a fé que têm em Deus, fazem seus pedidos mas dão algo em troca, quer seja rezando, fazendo promessas, acendendo velas (5), ou simplesmente rezando (78, 79, 80). Uma se considera imunda (53); outra se expressa como autopunição: é como se tivesse uma cruz cravada em mim e um pouco de mim tivesse morrido (42); uma delas fez referência à eternidade (73); outra se sente no inferno (100).

Ressalto mais uma vez que em suas representações sociais as mulheres estão sempre ancoradas em figuras masculinas (78, 79, 80), que sobressaem às outras, quer seja por palavras (20), frases (73, 100) ou temas diversos (5, 42).

Na pesquisa Representações das singularidades de homens e mulheres ao vivenciar a infecção pelo HIV/AIDS, uma das categorias referidas é religião/fé interpretada por Miranda(2000, p. 62) como: “A religião aparece no discurso feminino como suporte para o enfrentamento da doença. Lançar mão da fé as conforta e as deixa com esperança de uma nova vida, minimizando seu sofrimento e sua dor”.

#### Nona categoria: Manifestação sobre os filhos (homens e mulheres)

As expressões dos homens que representaram os filhos estão ancoradas na preocupação: se não vai interferir em ter filhos (21); fiquei preocupado com o bebê, a companheira está grávida (72) e vida, esperança e um futuro melhor sabendo educá-los (93).

Nas representações das mulheres há um misto de preocupação: é com o bebê, se vai nascer bem (19); pensei no filho porque se separar, a falta do pai para ele (10); tristeza, vazio (39) e medo: pensei em procurar recursos e não achar e eles ficarem abandonados e sós (92).

#### Décima categoria: Manifestação das expressões faciais das figuras (homens e mulheres)

Tanto os homens quanto as mulheres exprimiram por meio de figuras masculinas: expressão facial pensativa, de preocupação, tristeza e terror enquanto as mulheres exprimiram por figuras femininas apenas expressão facial pensativa e de tristeza. (algumas destas figuras estão anexadas).

### 3.4 O depoimento livre na captação das representações sociais de homens convivendo com o HPV

Na análise geral da figura 3 do grupo dos homens, o processamento de dados com o software ALCESTE foi executado com 25 Unidades de Contexto Inicial (UCIs) - que significam os dados de falas dos 25 sujeitos participantes.

O ALCESTE dividiu o corpus em 64 Unidades de Contexto Elementar (UCEs) com 100% de aproveitamento das produções discursivas. Nestas 64 UCEs houve 697 palavras ou vocábulos diferentes. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 426 palavras analisáveis e 151 palavras instrumentos. As 426 palavras analisáveis ocorreram 617 vezes, e cada palavra contribuiu para a constituição do corpus 9 vezes em média.

Na etapa de Análise Hierárquica Descendente (AHD) foram obtidas 64 UCEs das 64 UCEs em que inicialmente o corpus se dividiu. Em outras palavras, a AHD considerou para a análise 100% do total de UCEs que o corpus tinha.

Conforme a análise geral, pode ser observado que, genericamente, todos esses conteúdos foram denominados Convivendo com o HPV.

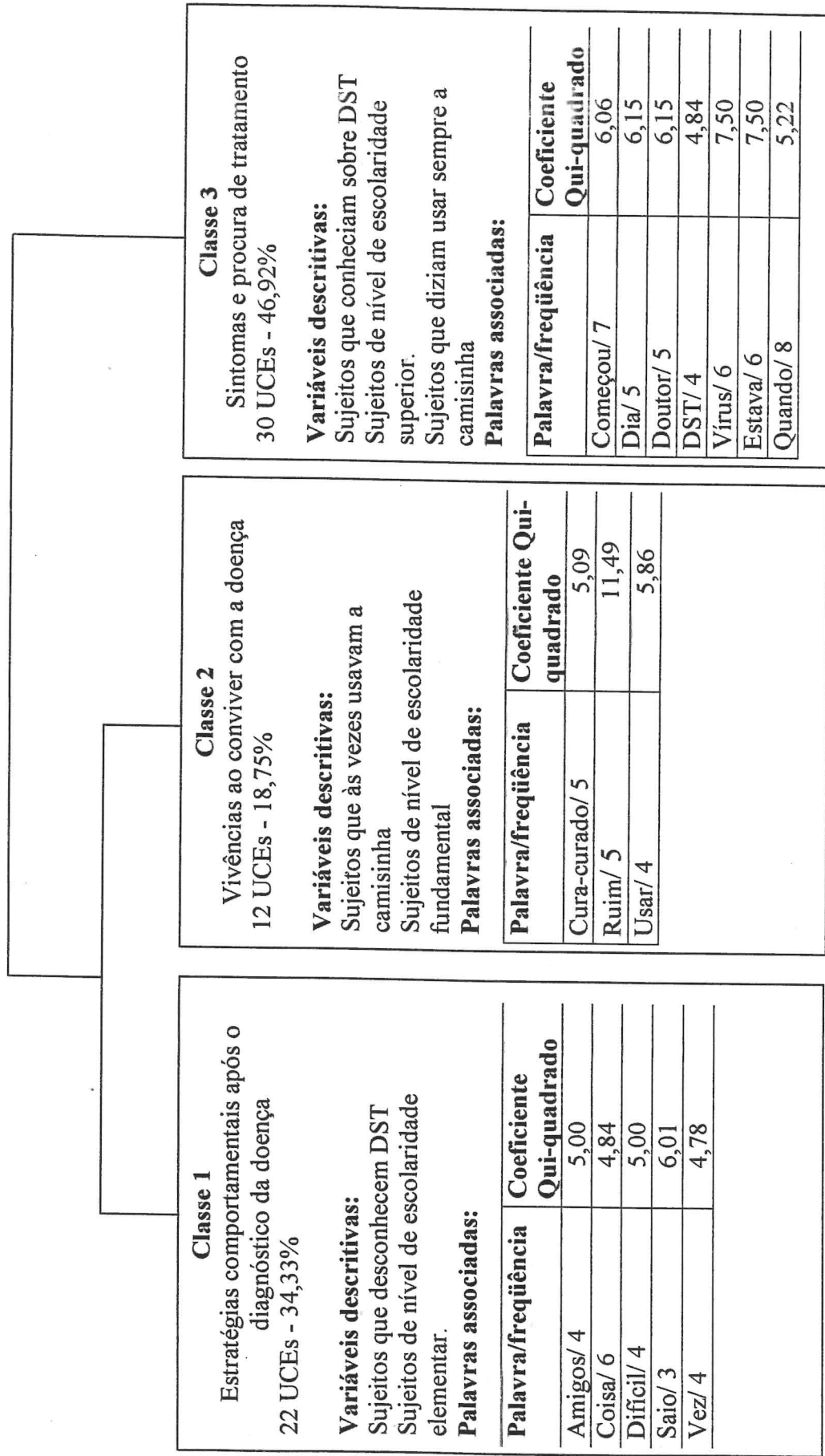
Esses conteúdos que compuseram a figura 3 ficaram distribuídos em dois blocos. Um desses blocos compôs a Classe 3, denominada de Sintomas e procura de tratamento. O outro bloco desdobrou-se em duas classes: a 1 e a 2.

A Classe 1 foi denominada Estratégias comportamentais após o diagnóstico da doença e a Classe 2 focalizou Vivências ao conviver com a doença.

A seguir são descritas as porcentagens de UCEs que cada uma das classes da figura 1 conteve após o processamento dos dados com o software ALCESTE: Classe 1: 34,33% do total de UCEs do corpus. Classe 2: 18,75% do total de UCEs do corpus e Classe 3: 46,92% do total de UCEs do corpus.

Ao observar as porcentagens de UCEs supracitadas foi possível perceber existir uma distribuição equilibrada das mesmas. A seguir é mostrada na figura 3 a distribuição das três classes:

Figura 3-Distribuição das classes das RS no grupo dos homens sobre o tema Convivendo com o HPV. Fortaleza-Ceará, jan./jun. 2002



Descrição e análise da Classe 1 - Estratégias comportamentais após o diagnóstico da doença

Em virtude do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (22 UCEs - 34,33%), esta foi uma das principais classes de conteúdos identificada. A análise das variáveis descritivas permitiu caracterizá-la como uma classe produzida, fundamentalmente, pelos sujeitos 65, 74, 78, 79, com escolaridade elementar, que não tinham conhecimentos sobre as DSTs.

Referida classe surgiu de uma das duas subdivisões dos conteúdos analisados. Ela pertence, juntamente com os conteúdos da Classe 2, relacionada com Vivências ao conviver com a doença, à subtemática Comportamento pré e após o diagnóstico da doença.

Ao verificar no contexto semântico da classe e no seu perfil que algumas das palavras de conteúdo - amigo, difícil, sai, entre outras - estão relacionadas com os comportamentos e as dificuldades que eles enfrentaram quando a doença foi diagnosticada, diversas UCEs dentro desta Classe 1 apontaram para as novas estratégias de comportamentos que eles desenvolveram após o diagnóstico diante do fator de risco de contaminar outras parceiras com a enfermidade.

Muitos autores têm provado e mostrado a função explicativa de uma representação social (MOSCOVICI, 1978; 1981; HEWSTONE, 2001; SÁ, 1996), segundo a qual, ao mesmo tempo que os indivíduos representam um fenômeno da realidade que lhes interessa, na maioria das vezes espontaneamente, eles elaboram explicações para esse fenômeno. Neste sentido, a atribuição causal é uma explicação, um tipo de pensamento acrescentado à percepção social (representação social) do assunto representado. Várias UCEs permitiram ter acesso a imagens por meio das quais a contaminação da doença foi explicada.

Na grande maioria das UCEs desta classe predominou uma atribuição de causa da contaminação da doença aos comportamentos sexuais sem o uso do preservativo. Estas imagens, em que o depoimento dos participantes sobre como conviviam com o HPV se ancorou, refletem não apenas o campo de imagem de uma representação social mas também

outros campos estruturais da representação social. Por exemplo: o campo da informação - a respeito de como prevenir a doença - e o campo da atitude - quando se colocam a favor do uso da camisinha.

A seguir, são apresentadas algumas UCEs que contêm elementos do campo de informação, do campo da atitude ou do campo representacional propriamente dito.

Destacando uma UCE que possui elementos do campo da informação, o homem 76 assim se expressou: “Antes eu era mais alegre. Agora fico com este pensamento na cabeça. Saio mais de casa para não ficar pensando. Caminho, jogo bola, malho, saio com os amigos, vou às festas mas não bebo”.

Outra UCE, a do homem 74, mostra o campo da atitude quando diz: “Agora só com camisinha. Mesmo agora se der vontade e mesmo que eu fique bom, vai ser só de camisinha. Não comento com ninguém. As pessoas pensam que as coisas só acontecem com os outros. O tratamento é difícil, o ácido e muito forte”.

Ao situar o campo representacional propriamente dito o homem 63 declara: “Tenho desde os quinze anos, agora estou em revisão. A companheira que eu tinha na época não sei dizer se fez tratamento. A que estou agora sabe que estou em revisão. A preocupação se a doença volta ou se não volta. Será que cura ou não. Às vezes tenho medo de passar o resto da vida com isto”.

Ao focalizar as reações sociais dos outros diante da doença, emergiu uma UCE, a do homem 70, que disse: “Na sociedade é meio ruim. As pessoas criticam e no trabalho você está com esta doença, o chefe sabia e criticava, divulgando para os outros. É ruim viver neste ambiente, é uma coisa pessoal. A prevenção é importante e não deixar passar para outro. Se Deus defende, pegar AIDS, mata, é pior”.

Neste depoimento pode ser observado quão preconceituosa é a sociedade ao saber que alguém porta essa doença, sobretudo por se tratar de uma DST. A primeira idéia da sociedade ou do grupo ao saber da situação é a de ser pessoa, no mínimo, promíscua.

outros campos estruturais da representação social. Por exemplo: o campo da informação - a respeito de como prevenir a doença - e o campo da atitude - quando se colocam a favor do uso da camisinha.

A seguir, são apresentadas algumas UCEs que contêm elementos do campo de informação, do campo da atitude ou do campo representacional propriamente dito.

Destacando uma UCE que possui elementos do campo da informação, o homem 76 assim se expressou: “Antes eu era mais alegre. Agora fico com este pensamento na cabeça. Saio mais de casa para não ficar pensando. Caminho, jogo bola, malho, saio com os amigos, vou às festas mas não bebo”.

Outra UCE, a do homem 74, mostra o campo da atitude quando diz: “Agora só com camisinha. Mesmo agora se der vontade e mesmo que eu fique bom, vai ser só de camisinha. Não comento com ninguém. As pessoas pensam que as coisas só acontecem com os outros. O tratamento é difícil, o ácido e muito forte”.

Ao situar o campo representacional propriamente dito o homem 63 declara: “Tenho desde os quinze anos, agora estou em revisão. A companheira que eu tinha na época não sei dizer se fez tratamento. A que estou agora sabe que estou em revisão. A preocupação se a doença volta ou se não volta. Será que cura ou não. Às vezes tenho medo de passar o resto da vida com isto”.

Ao focalizar as reações sociais dos outros diante da doença, emergiu uma UCE, a do homem 70, que disse: “Na sociedade é meio ruim. As pessoas criticam e no trabalho você está com esta doença, o chefe sabia e criticava, divulgando para os outros. É ruim viver neste ambiente, é uma coisa pessoal. A prevenção é importante e não deixar passar para outro. Se Deus defende, pegar AIDS, mata, é pior”.

Neste depoimento pode ser observado quão preconceituosa é a sociedade ao saber que alguém porta essa doença, sobretudo por se tratar de uma DST. A primeira idéia da sociedade ou do grupo ao saber da situação é a de ser pessoa, no mínimo, promíscua.

As seguintes UCEs também apresentaram conteúdos estruturais da representação do convívio com o HPV, no sentido da prevenção e do cuidado a ter com a parceira para que ela não se contamine, expressado pelo homem 63: “Eu quero me casar e estar ciente que não vai passar, contaminar. Família sabe e poucos amigos sabem, aqueles que a gente confia. Fico preocupado em comer coisas reimosas e piorar”.

No aspecto comportamental, o homem 65 referiu: “Fui encaminhado à cirurgia porque o tratamento não foi adequado e aumentaram as lesões. Estou há dois anos sem relações sexuais por opção, por ter consciência para não transmitir”.

Esta classe de conteúdos pode ser reconhecida como um tipo específico de representação social que versou predominantemente sobre o comportamento sexual após o conhecimento da doença pelo HPV. Foi uma representação social direcionada, no fundamental, para a explicação das causas da doença e para as condutas pós-diagnóstico.

Os diferentes conteúdos nos quais foi ancorada a imagem do que significa conviver com o HPV permitiram fazer hipóteses dos três campos estruturais em que esta representação social se organizou - imagem, informação e atitude - sendo seu alvo a relação entre representação do HPV como uma doença de transmissão sexual e o comportamento sexual no sentido de usar ou não camisinha.

#### Descrição e análise da Classe 2 – Vivências ao conviver com a doença

Em razão do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (12 UCEs - 18,75%), esta foi a classe de conteúdos que menos UCEs teve, pois houve a repartição das Unidades de Contexto Elementar. Foi uma classe produzida, fundamentalmente, por sujeitos com nível de escolaridade fundamental e que, durante as relações sexuais, disseram ter usado a camisinha às vezes. Alguns dos sujeitos que contribuíram com produções discursivas para a classe foram os homens 22 e 25.



A Classe Vivências ao conviver com a doença surgiu de uma das duas subdivisões dos conteúdos analisados. Ela pertence, juntamente com os conteúdos da Classe 1, relacionada com Estratégias comportamentais após o diagnóstico da doença, à subtemática Comportamento pré e após o diagnóstico da doença.

Observa-se, no contexto semântico da classe e no seu perfil, que algumas das palavras de conteúdo estão relacionadas com vivências dos sujeitos ao ter de conviver com uma doença incurável.

Muitas UCEs mostram existir indivíduos que mantêm um estilo de vida muito semelhante ao anterior diagnóstico. Alguns dos vocábulos da classe podem exemplificar o supracitado: ruim; cura, curado, usar, causa, companheira, contato, relação, sabia, tratamento.

Os diferentes conteúdos desta classe permitiram ter acesso a imagens sobre um assunto extremamente importante na vida desses sujeitos, associado com o conviver com esse problema e sobre como manter uma qualidade de vida, mesmo sendo portador do vírus. Essas imagens se configuraram ao longo de duas das três dimensões da representação social, a saber: a informação e a atitude, sobretudo relacionadas às práticas individuais sexuais e sociais após o diagnóstico (MOSCOVICI, 1978).

No que diz respeito à dimensão de informação, houve algumas imagens positivas que indicavam como eles estão bem informados sobre quais foram os fatores de risco que os levaram a ter a doença, conforme afirmação do homem 85: “A gente age pelo impulso. A bebida e a turma de amigos, o embalo influi muito. Em relação aos amigos e ambiente do trabalho não conto, só para um amigo que já teve, só a companheira”.

Outra UCE a ser destacada é a do homem 82: “Só saber que tem tratamento vai passar e se soubesse que não tinha era ruim. É só usar a camisinha e não procurar aleatoriamente por parceira e diminuir o número de parceiras”.

Do ponto de vista da dimensão da atitude, no fundamental, a relação entre as informações que eles já possuem da doença e como agora planejam a vida para lidar com os

problemas de relacionamento social e manter uma qualidade de vida razoável parece ter melhorado, pois as seguintes produções discursivas mostram certo otimismo e enfrentamento centrado no problema. Isto, sem dúvida, contribui positivamente para o bem-estar psicológico na cura dos sintomas e na recuperação, embora a doença não tenha cura até o momento atual.

Foi detectado na fala do homem 75: “Esta não tem cura mas é uma doença que não causa um mal maior. Pratico esporte, faço desde pequeno, estimula o organismo e ajuda a se defender dos germes”.

O mesmo homem mostra certo otimismo no enfrentamento do problema quando diz: “Me sinto o mesmo. Tem que usar camisinha com a companheira. Antes era uma relação aberta, não usava e sim ela tomava comprimido. O trabalho é normal. As amizades também, mas sem comentar. A família sabe que faço o tratamento e apóia. A prevenção é muito bom e não corre o risco de pegar uma doença que não tem cura como a AIDS”.

Outro homem, o 68, parece inconformado por estar doente. E afirma: “Está meio ruim. É chato a gente saber que está com aquele problema. Eu quero ficar curado e a companheira também. A doença não tem interferido no trabalho, na família e na relação com a companheira”.

Diferentemente das UCEs anteriores, as seguintes apresentaram outra vivência relacionada com os problemas enfrentados ao ter de conviver com diversas dificuldades que envolvem o casal e os relacionamentos futuros.

No aspecto do casal, o homem 82 declarou: “É muito ruim porque não sabia que tinha e de repente apareceu. A minha esperança é até desaparecer. A minha relação com a companheira ficou diferente porque a gente não sabia que tinha”.

Ao focar relacionamentos futuros, o homem 85 afirmou: “Foi muito ruim, eu me senti com medo de enfrentar novos relacionamentos. Ter contato, diálogo com a pessoa, se relacionar e não utilizar das outras maneiras por pulsão ou impulsão”.

Do ponto de vista da Teoria das Representações Sociais, uma das funções de uma representação social é a de saber, quer dizer, compreender e explicar a realidade. Das imagens que os sujeitos do sexo masculino construíram sobre o convívio com a doença infere-se terem eles mudado seus comportamentos sexuais em geral.

Conforme observado, muitos tentam manter uma estilo de vida adaptado à doença crônica que agora os atinge. As imagens apresentadas contextualizam a dimensão de informação da representação social do convívio com o HPV. Já as imagens sobre aspectos negativos dizem respeito aos problemas sociais gerados pela convivência em grupo.

### Descrição e análise da Classe 3 - Sintomas e procura de tratamento

Em decorrência do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (30 UCEs - 46,92%), esta foi a classe de conteúdos que mais UCEs comportou, inferindo-se como a classe mais importante após a repartição das Unidades de Contexto Elementar. Foi uma classe produzida, fundamentalmente, por sujeitos com nível de escolaridade superior, que diziam conhecer as doenças sexualmente transmissíveis e que sempre usam a camisinha durante as relações sexuais. Alguns dos sujeitos que contribuíram com produções discursivas para a classe foram os homens 1, 2, 67, 77, 81.

A Classe Sintomas e procura de tratamento faz parte de uma das duas subdivisões dos conteúdos analisados pelo software ALCESTE.

Observa-se, no contexto semântico da classe e no seu perfil, que algumas das palavras de conteúdo estão relacionadas com os primeiros sintomas dos sujeitos e com a procura de um tratamento ou consulta médica para investigar a causa e o porquê desses problemas de saúde. Alguns dos vocábulos da classe podem exemplificar o supracitado: vírus, comecei, começar, dia, doutor, DST, conversar, procurei, exame, HIV, normal, parte, sexual, sinto, vida.

Do ponto de vista do processo saúde-doença, umas das vivências mais significativas

na vida de uma pessoa é conviver com um problema de saúde que a está aproximando do estado da doença e afastando do estado saudável de vida (CANGUILHEM, 1978; SAN MARTIN, 1984; SAN MARTIN; PASTOR, 1988, 1989).

O adoecer desperta no indivíduo uma série de vivências que comprometem vários aspectos da vida dele. As imagens contidas nas UCEs desta classe mostram diferentes vivências dos sujeitos entrevistados e saem de um universo individual para se tornar consensuadas.

Diferentes UCEs podem ser analisadas a seguir para verificar o consenso destas imagens que mostram no homem 1 como este vivenciou os primeiros sinais do HPV: “No momento em que descobri que também tinha o vírus fiquei espantado e muito triste, mas depois que passei pela primeira consulta e de ter conversado com a assistente social eu vi que não era tão preocupante assim”.

O relato do homem 2 sobre como se deu a descoberta das lesões afirma: “No período de junho do ano passado percebi duas verrugas na parte dos órgãos genitais e comecei a ficar preocupado porque já sabia que era uma DST, logo pesquisei em manuais, panfletos, conversei com outros colegas de trabalho”.

O homem 12 descreve assim sua experiência ao notar o sinal do HPV: “começou com um carocinho tipo uma espinha e foi crescendo. Fez olho bem alto, aí minha mulher colocou uma folha de corama com banha quente, estourou. Quando vim para cá ela estava pontuda. Falei com a doutora e à noite ela estourou. Fui encaminhado ao doutor. Agora está coçando e os caroços estão murchando”.

Foi possível verificar o consenso dos relatos que mostram as diferentes maneiras de como procuraram ajuda especializada:

Homem 2: “Mas sem dar a minha identificação eu liguei para o hospital e fui atendido pela assistente social que deu um encaminhamento para outubro. Então não fiquei satisfeito com a data, procurei uma unidade de saúde e no mesmo dia começou o tratamento. Particularmente

estava bastante nervoso, com medo, preocupado, ansioso e devido o preconceito das pessoas, mas ao mesmo tempo com coragem”;

Homem 1: “Só fiquei sabendo sobre esse vírus depois que a minha esposa recebeu o resultado de alguns exames de prevenção. Antes nunca tinha ouvido falar sobre essa nova DST”;

Homem 83: “Eu tenho dúvidas, estou vindo hoje para conversar e saber mais. Estava ansioso para que chegasse o dia para conversar com o doutor e saber mais. Eu pensava que não era uma doença tão grave, estou esperando o que o doutor vai dizer para ter mais noção, não sei o significado”;

Homem 2: “Falei com o doutor, que logo começou o tratamento e pediu exames HIV e VDRL. Quando foi para receber os resultados estava bastante nervoso, ansioso e imaginando várias coisas, mas graças a Deus deu negativo em todos os resultados”.

Assim como na classe anterior, estas UCEs apontam para aqueles comportamentos de prevenção por eles apresentados uma vez diagnosticados com o HPV, como mostram as falas:

Homem 1: “A doutora fez a prevenção da minha esposa, disse que seria bom se eu fizesse também a prevenção. Foi aí que eu resolvi procurar um especialista no assunto”;

Homem 21: “Estou sendo mais cauteloso, tenho mais cuidado. É normal conviver com o vírus. Procuro nem me lembrar dessa doença. A companheira me auxilia muito e dá muitos conselhos em relação à higiene”.

### 3.5 O depoimento livre na captação das representações sociais de mulheres convivendo com o HPV

Na análise geral da figura 4 do grupo das mulheres o processamento de dados com o software ALCESTE foi executado com 25 Unidades de Contexto Inicial (UCIs) - que significam os dados de falas das 25 mulheres participantes. O ALCESTE dividiu o corpus em

90 Unidades de Contexto Elementar com 100% de aproveitamento das produções discursivas. Nessas 90 UCEs houve 919 palavras ou vocábulos diferentes. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 540 palavras analisáveis e 195 palavras instrumentos. As 540 palavras analisáveis ocorreram 934 vezes, e cada palavra contribuiu para a constituição do corpus 10 vezes em média, enquanto a frequência média de cada palavra nas classes foi de 4 vezes.

Na etapa de Análise Hierárquica Descendente (AHD) foram obtidas 90 UCEs das 90 UCEs em que inicialmente o corpus se dividiu. Em outras palavras, a AHD considerou para a análise 100% do total de UCEs que o corpus tinha.

Os conteúdos dos depoimentos dos sujeitos sobre o que significou o Conviver com o HPV foram analisados mecanicamente pelo software ALCESTE.

Esses conteúdos compuseram a figura 4 dentro da qual as classes ficaram distribuídas em três grandes subdivisões. Uma dessas subdivisões gerou a Classe 2, denominada Afeto e sexualidade após a doença.

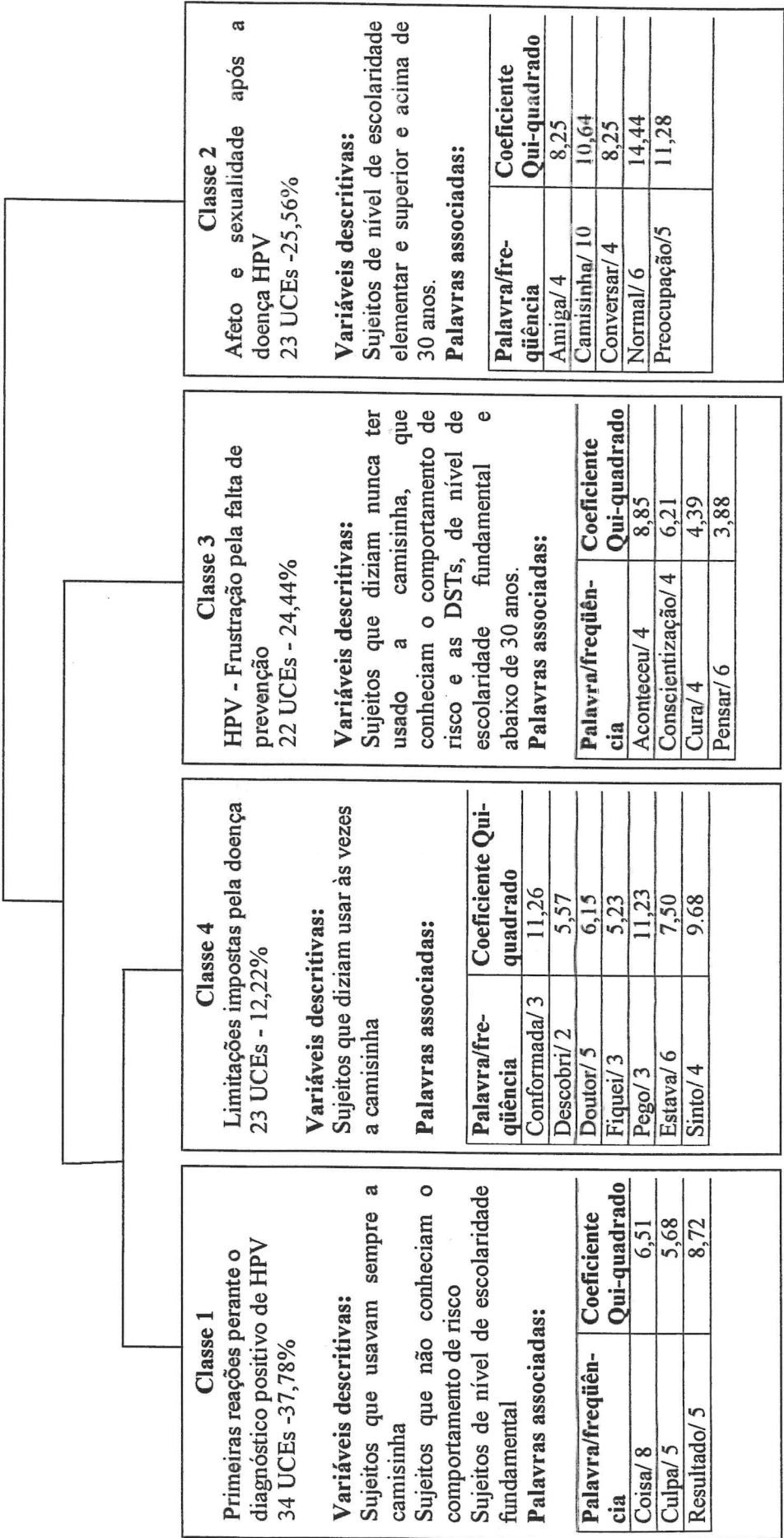
Outra subdivisão gerou um bloco que deu origem à Classe 3, denominada HPV - Frustração pela falta de prevenção, e a um outro bloco subdividido em duas classes: a Classe 1 e a Classe 4.

A Classe 1 focalizou o tema Primeiras reações perante o diagnóstico positivo de HPV e a Classe 4 denominou-se Limitações impostas pela doença.

A seguir, são descritas as porcentagens de UCEs que cada uma das classes da figura 2 conteve após o processamento dos dados com o software ALCESTE: Classe 1: 37,78% do total de UCEs do corpus. Classe 2: 25,56% do total de UCEs do corpus. Classe 3: 24,44% do total de UCEs do corpus. Classe 4: 12,22% do total de UCEs do corpus.

Ao observar as porcentagens das UCEs supracitadas percebeu-se estarem elas distribuídas equilibradamente. A seguir é mostrada na figura 4 a distribuição das quatro classes:

Figura 4 - Distribuição das classes das RS do grupo de mulheres sobre o tema Convivendo com o HPV. Fortaleza-Ceará, jan./jun.2002





## Descrição e análise da Classe 1 do grupo de mulheres - Primeiras reações perante o diagnóstico positivo de HPV

Em razão do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (34 UCEs - 37,78%), esta aparece como a maior classe de representação social identificada nas produções discursivas.

A análise das variáveis descritivas permitiu caracterizá-la como uma classe que foi produzida, fundamentalmente, por sujeitos que não conheciam os comportamentos de risco e que sempre usavam o preservativo. Os sujeitos que mais contribuíram para a formação desta classe foram os seguintes: 37, 39, 44, 49, 68, 69, 73.

Esta classe surgiu da última subdivisão dos conteúdos analisados. Ela pertence ao mesmo bloco, juntamente com os conteúdos da Classe 4.

Observa-se, no contexto semântico da classe e no seu perfil, que algumas das palavras de conteúdo estão relacionadas com as primeiras reações uma vez que confirmaram o diagnóstico da doença: resultado, coisa, culpa, culpada, dia, saúde, exame, HPV, passar, vírus, acontecendo, causa, entender, mulheres, tratamento, triste, vejo, verrugas.

As reações das mulheres ao diagnóstico foram muito variadas. As produções discursivas mostraram:

Medo, pela mulher 73: “Acho que o pior dia foi quando recebi o resultado do exame, eu já estava nervosa, com medo do que ia ouvir e a maneira como a médica falou só fez piorar as coisas, ele ficou o tempo todo me chamando de irresponsável”; e da mulher 39: “Fiquei atordoada, como-se estivesse anestesiada, fui encaminhada para a assistente social, ela explicou um pouco mais sobre o vírus, não sei se ouvi o que ela dizia. Fui para casa já com o exame marcado, continuei anestesiada por mais dois dias”;

Raiva, da mulher 73, que disse: “Cresci sabendo que se não me cuidasse um dia poderia ter câncer. Uma das primeiras coisas que passou pela minha cabeça foi quem me transmitiu o vírus e a raiva que você passa a sentir pela pessoa”;

Raiva e culpa, da mulher 39: “Essa raiva e tristeza, junto com a dor que eu estava sentindo, passei para o meu parceiro, o culpei pelo que estava acontecendo, pois o vírus é transmitido sexualmente”;

Culpa, da mulher 69: “Às vezes eu fico muito triste, tento esquecer mas uma coisa muito difícil é saber que você é culpada, pois sou a única culpada, sou eu que não me preveni”;

Tristeza, da mulher 44: “Antes do HPV eu não sabia o que era estresse e nem tristeza. Eu era muito alegre, feliz com a vida. Depois do acontecido me sinto só, triste, sem esperança”.

Na melhor das hipóteses, as reações otimistas revelaram a esperança de uma medicação que possa curar definitivamente a doença, conforme afirmou a mulher 37: “Torço para que as pesquisas avancem e novidades na prevenção e cura surjam rápido. Do contrario, com essa falta de conhecimento, a despreparação das pessoas ao se relacionarem, ficará muito complicado combater este vírus”.

Um dos aspectos ligados à condição de mulher é a reação de frustração que elas apresentaram pela limitação na condição futura de tornar-se mães. As seguintes UCEs mostram imagens consensuadas de como a doença interferiu na possibilidade da mulher 44 ser mãe: “Vivo pensando e me vejo chorando, desejando um filho que esta doença... Graças a Deus tenho muita fé, mas apesar de tudo me sinto insegura de passar este vírus para as pessoas que fazem parte do meu dia-a-dia”.

Outras UCEs revelaram o descontentamento dessas mulheres com os serviços de saúde oferecidos nos postos de saúde. Estes como disse San Martin (1984), mostram a crise e os problemas do sistema de saúde brasileiro referidos pela mulher 39: “É difícil diagnosticar com que tipo específico cada um de nós estamos e todas nós somos tratadas como pacientes de risco. Essa situação me afetou muito e são várias as causas, a confiança no parceiro, o fato do vírus não ser exterminado, a falta de informação, pois são mal informados os profissionais da saúde pública em geral”.

A maior parte destas UCEs da classe puderam ser identificadas como pertencentes ao campo representacional da imagem. Nessas imagens apareceram elementos relacionados à atribuição de causalidade no sentido do não uso de camisinha como causa da doença.

#### Descrição e análise da Classe 2 - Afeto e sexualidade após a doença

Em razão do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs, estas (23 UCEs – 25,56%), aparece, junto com a Classe 1, como uma das classes de representação social mais importantes identificadas nas produções discursivas dos sujeitos do sexo feminino. A análise das variáveis descritivas permitiu caracterizá-la como uma classe produzida, fundamentalmente, pelas mulheres acima de 30 anos, com escolaridade elementar e superior, principalmente pelos sujeitos de identificação 37, 39, 44, 49, 68, 69 e 73.

Esta classe, Afeto e sexualidade após a doença, surgiu de uma única subdivisão dos conteúdos analisados e está diferenciada das demais classes, o que indica certa particularidade quanto ao seu conteúdo.

Observa-se, no contexto semântico da classe e no seu perfil, que algumas das palavras de conteúdo estão relacionadas com imagens de sentimentos de afetos desenvolvidos após o convívio com a doença. Por exemplo: “amiga”, “conversar”, “normal”, “preocupada”, “camisinha”, entre outras.

Os efeitos de uma prática sexual sem prevenção, o que levou à contrair a doença, o convívio social e o enfrentamento pessoal deste fato de vida, o adoecer propriamente dito, são alguns dos fatores a influenciar muitas das imagens contidas nesta classe de representação social.

Entre as mulheres, diferentemente dos homens, houve várias imagens consensuadas que continham aqueles aspectos direcionados para a reflexão e para o sentir, porquanto foram contaminadas com o vírus.

Vale a pena salientar que muitas dessas imagens contêm elementos indicativos de sentimentos de tristeza e até sintomas de possíveis transtornos afetivos. Provavelmente muitas dessas mulheres não têm um suporte psicológico que as ajude a manipular os diversos estressores conseqüentes da doença, tais como: a rejeição social, sentida pela:

Mulher 89: “É muito difícil demais, muito preocupada, com insônia, com medo da reação da família; na escola está atrapalhando porque a gente fica preocupada em pegar outra doença. Estou nervosa me sentindo supermal, vou fazer exame de sangue e fico com medo de ter outra doença. Amanhã é o grande dia e se depender de mim homem na minha vida nem quero ver”; e pela:

Mulher 25: “É muito difícil, tem momentos que me sinto com vontade de conversar com alguém mas sinto vergonha. Até mesmo com a filha, ninguém sabe. A vida está normal. Procuro sempre me manter calma com os pés no chão porque se abater não vai resolver e até se prejudica”.

Os problemas de relacionamento com o parceiro vividos pela:

Mulher 90: “Estava achando esquisito, pensava que era um sinal. A gente fica com medo de fazer amor. Perdi o emprego, separei do marido e peguei HPV. É muito difícil, não tenho comido direito, não durmo, me sinto sem vida, sem força de vontade. Com o companheiro atual há diálogo, mas estamos distante”.

O enfrentamento a uma doença, assinalado pela:

Mulher 85: “Está sendo difícil, eu fico sempre triste, pensativa, não consigo falar que dá vontade de chorar. Tenho medo que vire câncer, que não fique boa. Ouvi falar que as pessoas nunca ficam boas. Agora vou ficar mais tranqüila porque ele está preocupado e sugeriu não ter relações sexuais nem de camisinha para eu poder fazer o tratamento”; e pela:

Mulher 84: “Não tem remédio para o HPV e é uma angústia que vai viver para sempre com isto. A vida não está normal porque é uma coisa que fica dentro de você”.

Outras UCEs mostram imagens de uma prática social e individual do ponto de vista sexual que foi radicalmente transformada por terem elas se tornado portadoras da doença. Isto é positivo ao se considerar que desse modo não podem contaminar outras pessoas.

Outras imagens contidas nas seguintes UCEs mostram campos representacionais consensuados, não com indicadores de sintomas afetivos, como as UCEs supracitadas, e sim com conteúdos de um enfrentamento centrado no problema (GONZÁLEZ, 2000), tentando se adequar a um novo *status quo* determinado pela doença, conforme depoimentos:

Da mulher 83: “Agora só com camisinha, se ele não quer com camisinha não tem, a gente conversa e se entende, mas no começo não usava camisinha porque eu não sabia”;

Da mulher 86: “Em relação à escola está tudo normal e a família não sabe, só primas e amigas”;

Da mulher 93: “Estou convivendo normal e evitando relação sexual. Quem vive a dois tem que conversar muito, ele pensa que esta doença não pega. Tenho que insistir para usar camisinha. No trabalho estou bem. Pesquisei sobre a doença na internet, procurei fotos para ver como a pessoa fica se não se cuidar”;

Da mulher 85: “Se eu não ficar com ele e arranjar outro parceiro vou ter sempre que usar camisinha para não passar para ele”;

Da mulher 25: “Quanto mais a gente se preocupa é pior. O uso da camisinha é muito importante pois se eu tivesse usado não teria acontecido. Não foi falta de informação, foi falta de cuidado. Eu sempre oriento as pessoas que usem e que nunca façam sem usar”;

Da mulher 93: “Só a minha irmã sabe e o companheiro que está agendado e concordou em fazer o exame. Eu não sei como peguei, se foi dele ou do outro, pois eles não usavam camisinha”;

Da mulher 88: “No trabalho está normal. Para a prevenção o melhor remédio é a camisinha,

conhecer o parceiro, fazer exame tanto em você como no parceiro. Acho que já que a maioria são jovens deve ser feito campanha para esclarecer e fazer conscientização”.

Quando em algumas das UCEs anteriores são lidos conteúdos que apontam para procura de informações sobre a doença, mudança de estilo de vida e formas de prevenção, infere-se que tais UCEs podem ser identificadas como pertencentes ao campo representacional da informação e que essas mulheres têm construído um saber prático e coerente de informações, de imagens e de atitudes sobre como prevenir a doença e como enfrentá-la, uma vez adquirida.

O saber prático por elas demonstrado sobre a doença é um saber no qual podem ser identificados claramente todos os campos: o da imagem, o da atitude e o da informação. Referidos campos permitiram inferir que existe uma representação social dessas estruturas com funções não apenas de saber propriamente dito, mas também de orientação, com vistas guiar alguns comportamentos no sentido preventivo, mesmo que nos postos de atendimento à saúde não haja todas as condições ótimas de orientação sexual.

#### Descrição e análise da Classe 3 - HPV - Frustração pela falta de prevenção

Em função do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (22 UCEs - 24,44%), esta classe, assim como a Classe 2, também derivou de uma subdivisão particular da figura 2. A análise das variáveis descritivas permitiu caracterizá-la como uma classe produzida, fundamentalmente, por mulheres abaixo de 30 anos de idade, de nível de escolaridade elementar, que nunca usavam a camisinha durante as relações sexuais, que conheciam o comportamento de risco e que diziam conhecer DST.

De acordo com as variáveis descritivas da classe, a emissão destes discursos relativos à frustração por não ter tido comportamentos preventivos comportou preferentemente mulheres abaixo de 30 anos, de nível de escolaridade elementar que nunca usaram a camisinha e que conhecem tanto os comportamentos de risco como as DSTs.

É conveniente salientar que a maioria dos conteúdos desta classe referem imagens de arrependimento e de frustração decorrentes da falta de cuidados preventivos com a doença. De alguma maneira, muitas destas mulheres gostariam de voltar no tempo para evitar a doença, mas como não podem fazê-lo compartilham sentimentos de tristeza e de desesperança em face do estado crônico da enfermidade.

Este grupo de mulheres pode ser caracterizado como um grupo taxionômico e não como um grupo real, o qual, segundo Leme (1993), se caracteriza por uma simples reunião de sujeitos individuais sob a mesma classificação. No entanto, como aponta Sá (1998), possui ele variáveis em comum, uma delas, a mais importante, ser portador da doença, o que permitiu ter acesso a alguns elementos compartilhados. Por exemplo: como elas têm construído uma representação social do convívio com a doença que contém elementos relativos a imagens de todo o processo de enfrentamento na luta com a doença e como se readaptar à mesma. Além disto, partiu-se do pressuposto de que estas mulheres se envolviam de maneira sistemática nas conversações cotidianas pelas quais algumas representações podem ser construídas, como pode ser o caso do tema que foi proposto, Convivendo com o HPV.

Algumas das dimensões em que o objeto da representação social convivendo com a doença se estruturou foram: a dimensão de campo de representação ou imagem e a dimensão de atitude. Em cada uma destas dimensões um dos conteúdos mais relevantes ficou atrelado à frustração por não ter-se prevenido e à mudança de atitude em relação a esta prevenção. Algumas das palavras típicas das UCEs em que as dimensões apareceram foram: “conscientização”, “cura”, “deixar”, “pensar”.

A frustração foi uma das imagens mais frequentes em que o objeto da representação social foi ancorado. Nas seguintes UCEs isto pode ser verificado nos relatos:

Da mulher 47: “Puxa vida, se eu pudesse voltar no tempo tudo seria bem diferente”;

Da mulher 71: “Nosso maior defeito é saber o certo e fazer o errado ou então se conscientizar depois que acontece coisa pior. Foi o meu caso. Não dei valor a nenhum tipo de informação

que adquiri durante o período que pensava estar saudável”;

Da mulher 87: “Eu fico pensando porque Deus deixou isto acontecer comigo. Foi minha primeira relação e aconteceu, isto veio aparecer agora. Às vezes acho que não tenho sorte na vida por causa disso. Sobre a prevenção está claro, se não usar camisinha pode se contaminar”;

Da mulher 71: “Mas não acho ruim passar para os outros como uma pessoa se sente depois que descobre que está com um vírus, é também uma forma de conscientizar e informar muitos jovens sobre a importância da famosa camisinha. Acho que se eu tivesse tempo”;

Da mulher 87: “Está sendo muito ruim, eu achei que com este tratamento eu ia ficar boa, mas a doutora explicou que vou ficar boa das verrugas, que vão sumir. Mas ela disse que o vírus vai permanecer no meu organismo”;

Da mulher 94: “Eu acho que não se deve nem pensar, deve se usar a camisinha, porque se pensar já é perda de tempo, é não querer usar”;

Da mulher 71 “Agora estou tentando fazer o impossível, voltar atrás para fazer tudo diferente, bobagem, o tempo não volta. Mas eu tenho uma grande consolação e o apoio da minha família, que tem sido de grande importância para mim, pois são muito otimistas e não me deixam abalar por nada, porque desabafar é o melhor remédio contra qualquer doença”.

É possível assinalar, conforme apontam alguns autores, que essa representação social centrada na frustração pelo erro cometido tem provocado uma mudança de atitude e prática sexual que, no universo consensual dessas mulheres, é inviolável (JODELET, 1986; SÁ, 1998).

Embora algumas UCEs tenham mostrado a mudança de comportamento, outras contêm imagens de desesperança que poderiam levar estas mulheres a desenvolver transtornos depressivos, conforme relatos: da mulher 81: “As meninas na sala de espera estavam dizendo que não tem cura, que pode voltar e que não pode ter filho. Fiquei assustada com o que ouvi,



ficar um tempo se tratando e saber que depois vai voltar é ruim”; e da mulher 71: “Não poderia viver em função dele. Agora que estou convivendo com ele, uma convivência até pesada para mim, afinal não tem cura, ele permanecerá no meu corpo o resto da minha vida, é claro que eu preferia estar saudável, pois faria tudo diferente, usaria camisinha, por exemplo”.

As seguintes UCEs mostram imagens muito otimistas sobre a doença e como as mulheres a estão enfrentando. No caso específico, acredita-se que como um desafio, sendo assinalado: pela mulher 71: “Bem, espero que muitas pessoas se conscientizem ao saber da minha triste e alegre história, pois tirei grandes e marcantes lições que hoje são de grande importância para mim”; e pela mulher 94: “Acho assim, diante de tudo que está acontecendo comigo, estou preparada para enfrentar com firmeza e seriedade. Eu já tinha ouvido falar e apresentei trabalho de DST que podia acontecer com qualquer pessoa e comigo não vai acontecer”.

Quase todas estas UCEs pareceram estar mais do lado da ação preventiva de saúde, embora muitas dessas atitudes favoráveis ao cuidado preventivo dependam principalmente de esforços individuais. A partir do exposto anteriormente, identificou-se uma representação social do convívio com a doença associada à frustração e à superação de obstáculos necessários para vencê-la.

#### Descrição e análise da Classe 4 - Limitações impostas pela doença

Em razão do número de Unidades de Contexto Elementar que a compôs (11 UCEs - 12,22%), esta foi uma das classes de menor número de UCEs após a distribuição das classes na figura 2. A análise das variáveis descritivas permitiu caracterizá-la como uma classe produzida, fundamentalmente, pelas mulheres que diziam usar o preservativo às vezes, particularmente as mulheres 4 e 8.

Esta classe compôs um dos blocos em que a figura 2 se subdividiu junto com a Classe 1, Primeiras reações perante o diagnóstico positivo de HPV. Observa-se, no contexto

semântico da classe e no seu perfil, que algumas das palavras de conteúdo estão relacionadas com imagens de limitações impostas pela doença: “conformada”, “descobri”, “peguei” e “sinto”, entre outras. Tais palavras poderão ser identificadas nas UCEs que exemplificam a classe.

Do ponto de vista da Teoria das Representações Sociais, uma das funções de uma representação social é a de saber, quer dizer, compreender e explicar a realidade. A realidade ora discutida é a do conviver com a doença. Neste caso percebe-se passar a compreensão destas mulheres pela aceitação de limitações que do ponto de vista sexual e social a doença lhes impõe. Acredita-se na existência de imagens muito realistas sobre estas limitações, as quais, de alguma maneira, estão contextualizando a dimensão de informação da representação social da doença.

Na maioria das UCEs pode ser identificada uma única atitude quanto a seguir o tratamento assim como as orientações médicas a ele relacionadas. Os relatos a seguir demarcam esta atitude:

Da mulher 43: “Agora depois de alguns meses tento não ficar com isso martelando a minha cabeça, procuro preencher meu tempo vazio, mas sinto que minha vida mudou por inteiro, principalmente minha vida sexual, pois já não tenho o ânimo que tinha antes”(…) “Enquanto eu estiver fazendo o tratamento dá para dizer porque eu não quero, e depois que eu receber alta o que vou dizer, não é por medo, mas não sei porque fiquei assim, só sei que não tenho mais cabeça para pensar nisso por um bom tempo”; e da mulher 58: “Eu me sinto presa, com falta de liberdade, pois até mesmo deixei de gostar do meu marido como gostava antes. Não sei se ele é culpado, mas não sei se é por causa dessa minha mania de culpar de tudo que acontece em relação a este vírus e principalmente agora que vai fazer um mês que descobri que também tenho no colo do útero”.

Assim como na Classe 2, as seguintes UCEs mostraram sentimentos de tristeza e até dificuldades de identidade pessoal que estas mulheres estão sofrendo ao saber da

contaminação: “Agora estou mais conformada, pego o espelho e me olho e não vejo mais”, mulher 92; “ O que me deixa mais angustiada ainda é saber quanto tempo vou ficar me tratando e mesmo assim saber que você pode ter alta e daqui a alguns dias, mês ou até anos pode aparecer de novo, isso eu não me conformo”, mulher 43; “Mas só sei que quando a doutora me disse que a doença não tem cura, só melhora, fiquei muito chocada, chorei bastante, naquele momento você tenta esquecer, mas não consegue, foi assim que eu me senti, você não tem ânimo para nada”, mulher 43; “Na verdade, quando eu descobri não me chocou muito pois eu não sabia o que era na verdade, só depois da primeira consulta com a doutora que eu fiquei sabendo um pouco, foi que veio aquela tristeza, não dá nem para explicar direito como você se sente”, mulher 43.

Conforme a presente classe que configurou um tipo de representação social sobre a relação doença-limitações permitiu deduzir, existem imagens muito compartilhadas sobre a dificuldade de enfrentamento da doença, em decorrência do diagnóstico e da falta de suporte psicossocial de muitas dessas mulheres.

## Capítulo 4

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Enfim, chegou a hora de encerrar o que foi iniciado há três anos. Sejam as minhas primeiras palavras para registrar meu contentamento por terminar conforme previsão anterior, isto é, dentro do prazo estabelecido.

Após inúmeras tentativas para escrever esta etapa do relatório final da pesquisa, denominada inicialmente ousando concluir a pesquisa, decidi fazê-lo de forma mais descontraída na tentativa de amenizar o mal-estar advindo dos inúmeros questionamentos feitos a mim mesma sobre a obrigatoriedade de concluí-la neste momento em que, envolvida com seus resultados, permiti-me o devaneio de procurar a cada leitura, pelo processo de interpretação, mais e mais correlações entre o objeto de estudo e a trilha metodológica em todos os seus passos e ao mesmo tempo avaliando o que deveria fazer parte deste texto.

Ao arriscar-me outra vez no estudo da Teoria das Representações Sociais por meio da pesquisa empírica, isto foi possível porque venho tentando ao longo de dez anos incorporar os corolários desta teoria. Estou porém ciente ser este tempo escasso para assimilá-la no seu todo. Mas remetendo-me a uma afirmação de Moscovici, quando declarou sua dificuldade em dar um conceito à teoria apesar de tê-la elaborado e de ser sua ferramenta de trabalho em mais de quarenta anos, aquieto-me ao reconhecer minhas dificuldades. Apesar desta constatação, estou segura de que a utilização da Teoria das Representações Sociais, com apoio da Teoria do Núcleo Central, foi adequada ao estudo dos valores, crenças, dores e medos conscientemente admitidos e inconscientemente demonstrados, representados nas falas e comportamentos diante do acometimento pelo HPV.

Por outro lado, o emprego de conceitos como o de mal-estar inspirado em Freud e de auto-engano, em Fonseca, entre outros, justificou-se pela complexidade do tema proposto, que envolve fenômenos subjetivos quase indescritíveis na sua totalidade, como a dor, a vergonha,

## Capítulo 4

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Enfim, chegou a hora de encerrar o que foi iniciado há três anos. Sejam as minhas primeiras palavras para registrar meu contentamento por terminar conforme previsão anterior, isto é, dentro do prazo estabelecido.

Após inúmeras tentativas para escrever esta etapa do relatório final da pesquisa, denominada inicialmente ousando concluir a pesquisa, decidi fazê-lo de forma mais descontraída na tentativa de amenizar o mal-estar advindo dos inúmeros questionamentos feitos a mim mesma sobre a obrigatoriedade de concluí-la neste momento em que, envolvida com seus resultados, permiti-me o devaneio de procurar a cada leitura, pelo processo de interpretação, mais e mais correlações entre o objeto de estudo e a trilha metodológica em todos os seus passos e ao mesmo tempo avaliando o que deveria fazer parte deste texto.

Ao arriscar-me outra vez no estudo da Teoria das Representações Sociais por meio da pesquisa empírica, isto foi possível porque venho tentando ao longo de dez anos incorporar os corolários desta teoria. Estou porém ciente ser este tempo escasso para assimilá-la no seu todo. Mas remetendo-me a uma afirmação de Moscovici, quando declarou sua dificuldade em dar um conceito à teoria apesar de tê-la elaborado e de ser sua ferramenta de trabalho em mais de quarenta anos, aquieto-me ao reconhecer minhas dificuldades. Apesar desta constatação, estou segura de que a utilização da Teoria das Representações Sociais, com apoio da Teoria do Núcleo Central, foi adequada ao estudo dos valores, crenças, dores e medos conscientemente admitidos e inconscientemente demonstrados, representados nas falas e comportamentos diante do acometimento pelo HPV.

Por outro lado, o emprego de conceitos como o de mal-estar inspirado em Freud e de auto-engano, em Fonseca, entre outros, justificou-se pela complexidade do tema proposto, que envolve fenômenos subjetivos quase indescritíveis na sua totalidade, como a dor, a vergonha,

o trauma, os quais se encontram no limite entre o dizível e o indizível. E, ao optar pela hermenêutica, como método de análise centrado na possibilidade do diálogo e da ressignificação de vivências, propiciou-se a articulação entre os aspectos objetivos e subjetivos que estruturam as experiências dos sujeitos com a doença.

Refazendo meu percurso até chegar aos sujeitos da investigação, ela passa pela afinidade com a área de saúde coletiva que escolhi para trabalhar ao longo da vida profissional como enfermeira e docente, bem como na convivência com a clientela nos campos de enfermagem.

Vale ressaltar três pontos importantes a facilitarem a realização da pesquisa: o livre trânsito nas instituições; a manutenção de relacionamentos profissionais duradouros com interesses comuns pela área de conhecimento e pesquisa e a aceitação dos homens e mulheres em participar da pesquisa.

Ao tecer algumas considerações que serão os arremates da pesquisa no tocante aos achados pertinentes à construção de representações sociais por homens e mulheres em relação ao HPV, tentarei focá-los a partir dos objetivos propostos.

A identificação das representações sociais dos dois grupos após confirmação diagnóstica se deu mediante associação livre de palavras, cujas evocações dos 200 sujeitos foram analisadas pelo software EVOC, que selecionou aquelas inerentes aos elementos mais estáveis e resistentes às mudanças, qual seja, o provável núcleo central das representações (medo, nervoso, tristeza, assustado), assim como os mais flexíveis que remetem ao sistema periférico (confiança, esconder, filhos, HIV, inseguro).

Quanto à descrição das práticas preventivas conhecidas e utilizadas pelos 100 homens e 100 mulheres, o conjunto dos dados analisados pelo EPI INFO em relação às variáveis demográficas subsidiou quantitativamente a análise da técnica expressiva nos seus aspectos qualitativos, via análise de conteúdo e hermenêutica, classificando dez categorias para os homens e nove para as mulheres envolvendo as manifestações cognitivas, histórico-

factuais, afetivo-emocionais, de atitudes positivas, de atitudes negativas, relação causa e efeito, tratamento, de caráter religioso, envolvendo os filhos, além de expressões faciais das figuras.

Nestas últimas e na análise percentual, evidenciou-se que homens e mulheres na sua grande maioria possuem noção do risco ao ter relações sexuais sem preservativo, entretanto, ao se arriscarem, cada grupo justifica à sua maneira. As mulheres alegaram confiança no companheiro, mas foi possível inferir que não têm poder de convencimento e se submetem às decisões dele, enquanto os homens ressaltaram a importância do momento, o que os leva a se descuidar e praticar o sexo dito não seguro.

Na comparação das reações dos homens e mulheres ao impacto da confirmação diagnóstica e suas repercussões em alguns aspectos, quais sejam: individual, familiar, sexual e afetivo, ficou constatado que tanto os homens quanto as mulheres indicaram como de grande relevância a repercussão neles mesmos, o sofrer calado, sem poder comunicar sua angústia, seu medo, suas dúvidas e inquietações, porquanto, passaram a entender, na convivência com o vírus, quão preconceituosa é a sociedade. Em determinadas situações sentiram-se discriminadas até por parte de alguns profissionais que atuam na área das DSTs.

Ao identificar as representações sociais de homens e mulheres na convivência com o vírus, os cinquenta depoimentos livres dos sujeitos que se dispuseram a escrevê-los, tiveram, após o processamento no software ALCESTE, a configuração de dois corpus analisáveis.

Para os homens estes corpus foram divididos em três classes, com as seguintes representações sociais: 1. Estratégias comportamentais após o diagnóstico da doença, sobressaindo a função explicativa das representações sociais, assim como os campos estruturais da imagem, da informação e da atitude; 2. Vivências ao conviver com a doença, ressaltando-se as dimensões da informação e atitude e a função de saber. 3. Sintomas e procura de tratamento, com o aparecimento de imagens consensuadas para o comportamento de prevenção.

Para as mulheres os corpus foram divididos em quatro classes, com as seguintes representações sociais: 1. Primeiras reações perante o diagnóstico positivo de HPV, onde se destacaram imagens consensuadas e atribuição de causalidade, no sentido do não uso do preservativo; 2. Afeto e sexualidade após a doença, também com muitas imagens consensuadas voltadas para o enfrentamento da doença e procura de informações sobre o vírus. Tal saber prático identifica os campos da imagem, da atitude e da informação; 3. HPV – Frustração pela falta de prevenção, enfatizando a dimensão do campo de representação ou imagem e a da atitude, atreladas à frustração, embora apresentem atitudes favoráveis à prevenção. 4. Limitações impostas pela doença, que apresentou imagens compartilhadas sobre as dificuldades no enfrentamento da doença, características da dimensão da informação

Diante do exposto, a proposição de tese se aplicou nas diversas vertentes analisadas, sendo possível constatar a atitude favorável dos sujeitos à prevenção, uma vez acometidos pelo HPV, mas a tensão que os envolvia na vivência da pulsão sexual determinada pela diferença dos sexos é um fator complicador para mantê-la na prática, pois conforme Corrêa (1998, p. 39), “antes de ser social o homem é um ser pulsional, sede de conflitos intrínsecos e dono de uma subjetividade profunda, que não é favorável pelo jogo circunstancial da realidade”.

Como se pode ver, há ainda muito a fazer no âmbito das instituições de saúde e órgãos formadores de recursos humanos, assim como no empenho dos profissionais em cuja ação educativa há que se conhecer a singularidade de cada indivíduo para adequar os princípios da promoção da saúde com vistas à qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. Tradução de Pedro Humberto Farias Campos. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 328.
- ALBUQUERQUE, J.A.G.(Orelha). In: FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- ALVES, D.E.; ARRATIA, A.; SILVA, D.M.G.V. da. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n.2, p. 2, jul./dez. 1996.
- ALVES, M.D.S. **Mulher e saúde: representações sociais no ciclo vital**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997, p. 27.
- ALVES, M.D.S. **Qual a contribuição que Schleirmacher, Dilthey, Heidegger e Gadamer deram em relação à hermenêutica?** Fortaleza, 1999 (trabalho reproduzido, circulação restrita.)
- ALVES, M.D.S.; COSTA, M.S. **Hermenêutica como arte de interpretar as representações sociais**. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA E CAMPOS DE APLICAÇÃO, 1998, Natal. **Resumos...** Natal:, 1998.p. 236.
- ARRUDA, A.M.S. A livre escolha da maternidade: pressões e representações. In: **1ª Reunião Regional da SBPC-Nordeste**, 1984, João Pessoa.
- ARRUDA, A.M.S.; LUZ, L. de N.C.; VAZ, V.M.M. Representações sociais de mulheres da periferia de Campina Grande, Paraíba, sobre reprodução e planejamento familiar. In: **XIII Reunião Anual de Psicologia**, 1992, Ribeirão Preto.
- ARRUDA, A. Ecologia e desenvolvimento: representações de especialistas em formação. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 234-265.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA . **II Plano diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 1995-1999**. Rio de Janeiro, 1995. 31p.
- AYRES, J.R. de C.M. Sujeito, subjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARATA, R.B. Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p. 21, 2001.
- BATISTA, M.O. **Adolescente portadora de HPV: um estudo de caso no contexto familiar**. 1999. 50 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999.
- BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea. O saber da filosofia**. Lisboa-Rio: Edições 70, Lisboa, 1980.

- BOCK, A.M. Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p.280-291.
- BORGES, S. N. **Metamorfoses do corpo: uma pedagogia freudiana**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 18, 124.
- BORGES, N. R. A. C. Mulheres e AIDS: refletindo sobre o risco. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 175.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 1997. p.55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. .Gov, Brasília, jun. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>.Acesso em 18 jun.2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Adelaide. .Gov, Brasília, jun. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>.Acesso em 18 jun. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Sundsvall. .Gov, Brasília, jun. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>.Acesso em 18 jun. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Bogotá. .Gov, Brasília, jun. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>.Acesso em 18 jun. 2001.
- BRESLOW, L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. **JAMABrasil**. v. 3. n. 7, ago. 1999.
- BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro. Editora Francisco Alves. s/d. p.50.
- CAMARGO, B.V. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC. Edição Especial Temática, p. 97-110. 2000.
- CAMARGO, B.V. **Introdução à utilização do programa informático ALCESTE para análise quantitativa dos dados textuais**. João Pessoa, 2001 p.1,4,5 Mimeo.
- CAMARGO, B.V. Relações das noções “Atitude” e “Representações sociais”: implicações para pesquisas em saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 38.
- CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J.; SOUZA, E. S. B. e. **AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino-Florianópolis, Itajaí e Balneário Camburiú**. Relatório de Pesquisa. Florianópolis, dezembro de 2001.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANESQUI, A.M. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1. p. 27. 2001.

CARNEIRO, H.F. **AIDS: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Escuta, 2000.p.10, 20,21.

CASTRO, R.V. de. Representações sociais da prostituição na cidade do Rio de Janeiro. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p 149-187.

CAVALCANTE, E. G. F.; TEIXEIRA, T.G. Aspectos epidemiológicos característicos dos usuários do ambulatório centro de saúde escola meireles. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. v.14, n.3, p. 49. 2002.

COHN, A. Saúde coletiva: em busca da identidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1. p. 23. 2001.

CORETH, E. **Questões fundamentais da hermenêutica**. São Paulo: EPV, 1973.p.56-67.

CORRÊA, C. P. A culpa original do ser. In: SILVA, A. F. R. da . **Culpa: aspectos psicanalíticos, culturais & religiosos**. São Paulo: Ed. Iluminuras Ltda, 1998. p.36

COSTA, J. F. A construção cultural da diferença de sexos. **Hpg**, João Pessoa, fev. 2001. Disponível em: <http://www.jfreirecosta.hpg.com.br>>. Acesso em 18 fev. 2001.

CUARTA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES. **Memorias**. Ciudad de Mexico. 1998. 118p.

DADIER, A. **Os métodos projetivos**. Ed. Campus. s/d. p. 30.

DELAY, J.; PICHOT, P. **Manual de psicologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 1967. p. 95-96.

FERNANDES, A. et al. Representações sociais da sexualidade por estudantes cordobeses. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 99.

FERRARI, A. T. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982, p. 258.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (Ed.). **Novo Aurélio - o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1999. p. 2002.

FONSECA, E.G. da. **Auto-engano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p.12, 31, 120, 141.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A Guilhon Albuquerque, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 53.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 10.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 235.

FRANCISCO, M. T. A. R representação social da AIDS e as práticas de prevenção entre estudantes universitários. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 180.

FREUD, S. **Mal-estar en la cultura**. Obras completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. v. III, 1981.

GENTILE, M. Promoção da saúde. .Gov. Brasília jun. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 18 jun.2001.

GOLEMAN, D. **Mentiras essenciais, verdades simples: a psicologia da auto-ilusão**. Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. p. 251.

GONZÁLEZ, M. A. **Stress: um enfoque neuroendocrinológico**. São Paulo: Ed. Robe.2000

GUARESCHI, N.M de F. A criança e a representação social de poder e autoridade: negação da infância e afirmação da vida adulta. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 212-233.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis:[s.n], 1996. p.-(coletâneas da ANPEPP ; 10). p. 9-36.

GUARESCHI, P. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, EDUFSC, Coleção Especial Temática, p. 33-46. 2000.

HARRÉ, R. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. 2001. p.117.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis revista de saúde coletiva**. IMS/UERJ. v. 1, n. 2, p 29, 1991.

HEWSTONE, M. Representações sociais e causalidade. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 217-237.

HPV; Isto é especial -saúde da mulher. São Paulo (s/d). p. 43.

JACYNTHO, C., ALMEIDA FILHO, G.; .MALDONADO, P. **HPV – infecção genital feminina e masculina**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1994. 125p.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.) **Psicologia social II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales**. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-49.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed: UERJ. 2001. p. 26.

JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. (Org.) **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 317.

JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. (Org.) **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994. 324 p.

KRÜGER, H. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: EPU, 1986. p. 31.

LAPLANCHE e PONTALIS. Vocabulário da psicanálise; sob a direção de Daniel Lagache. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1988. p. 38.

LANE, S.T.M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 58-72.

LEFÈVRE, F. **Para além da camisinha**. *Usp*, São Paulo, jul. 1999. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~lefevre/camisi/htm>>. Acesso em 10 jul. 1999.

LEME, M.A.V. da S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 46-57.

LIMA, J.C. Aspectos pedagógicos e éticos nas ações de prevenção em doenças sexualmente transmissíveis. **J Bras Doenças Sex Transm**. v. 11, n. 1, p. 26-27, 1999.

LIMA, M.J. de.; ROSSI, D.R.; SOUSA, M.C. Espaço e rede de relações intersubjetivas. In: 1º **CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, 1990, Lisboa.

MACHADO, R. Orelha. In: FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

MACHADO, R. Orelha. In: FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1. p. 10. 2001.

MINAYO, M. C. de S et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 21-22.

MIRANDA, K. C. L. **Representações sociais das singularidades de vivenciar a infecção pelo HIV/AIDS: mulheres no mesmo barco e homens egocêntricos e fragilizados**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

MORAES, E. C. de.; LIMA JR, E.; SCHARBELE, F.A. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis/ed. UFSC. Especial. p.83-96. 2000.



- MORAES, E. C. de.; LIMA JR, E.; SCHARBELE, F.A. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis/ed. UFSC. Especial. p.83-96. 2000.
- MORIN, E. **O método III – o conhecimento do conhecimento**/1.Publicações Europa-América. 1986. p.102.
- MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. In: MORIN, E.; ALMEIDA, M. da C. de; CARVALHO, E. de A.(orgs.). São Paulo: Cortez, 2002. p. 69.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1978. p.26, 44.
- MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Ed. Vozes Ltda, 1994, p.8-12.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M.J.(Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p.266-279.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. Representações de germanidade, identidade étnica e vitalidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis:[s.n], 1996. p.-(coletâneas da ANPEPP; 10). p. 109-123.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. Representações da natureza e do meio ambiente. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis/EDUFSC. Especial. p.67-82. 2000.
- OLIVEIRA, D. C. de. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis/EDU. UFSC. Especial. p.50-51. 2000.
- OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção das DST e a contracepção, In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 90.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-Infantil**. Serie PALTEX 7. Washington, D.C.1986. p. 11,13.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde.**, 4 ed.. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.465.
- PALMER, E. **Hermenêutica**. Lisboa: Edições 70, 1989. p. 127,164,217
- PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, E. C. A (re) invenção da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 85.
- PINHEIRO, C.V. de Q. O humano e a ética. **Jornal O Povo**, Fortaleza, p. 12, 3 ago. 1996.

- REIGOTA, M. Narrativas ficcionais da práxis ecologista. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis:[s.n.], 1996. (coletâneas da ANPEPP ; 10). p.47-58.
- REINERT, M. ALCESTE une methodologie d'analyse des donnees textuelles et une application: aurelia de gerard de nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, n. 26, March 1990. p. 24-54.
- RIBEIRO, A. M. de S. **Crenças e valores da mulher portadora de Papiloma Vírus Humano – HPV: abordagem na etno-enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.
- ROUQUAYROL, M. Z. et al. **Epidemiologia das doenças infecciosas em Fortaleza 1991-1995**. Fortaleza, 1996. p.44-45.
- SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996. 189p.
- \_\_\_\_\_. Representações sociais: o conceito e o estado da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p.19-45.
- \_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 54.
- SÁ, C. P.; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, EDUFSC, Coleção Especial Temática, p 11-31. 2000.
- SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 2001. p. 37,56.
- SAN MARTIN, H. **Crisis mundial de la salud: salud para nadie en el año 2000?** Madrid: Ciencia, 1984.
- SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. **Salud comunitaria: teoria y práctica**. Madrid: Díaz Santos, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Economia de la salud**. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1989
- SANTOS, M. de F. de S. A velhice na zona rural. Representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis:[s.n.], 1996. (coletâneas da ANPEPP ; 10). p. 59-84.
- SARAMAGO, J. **Deste mundo e do outro**. Editorial Caminho, Lisboa, 1986.
- SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 188-211.
- SAWAIA, B.B. Representação e ideologia: o encontro desfeticizador. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p.73-84.

SOUTO, S. de O jogo de papéis e representações sociais na universidade: um estudo de um caso particular. In: SPINK, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p.292-311.

SOUZA, E. da S. D.; CAMARGO, B. V. A dimensão da informação na representação social da prevenção da AIDS. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES METODOLÓGICAS, II., 2001, Florianópolis. **Caderno de resumos...** Florianópolis: UFSC. 2001. p. 92.

\_\_\_\_\_. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993.p. 109-145.

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 85-108.

SPINK, M.J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 305, jul./set. 1993.

SPINK, M.J.P. O discurso como produção de sentido. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. (Org.) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis:[s.n.], 1996. p.-(coletâneas da ANPEPP ; 10).p.

TEIXEIRA, M.C.T.V. Representações sobre a velhice e sobre o self. **Revista de Ciências humanas**, Florianópolis: EDUFSC. Edição Especial Temática, p. 111-140. 2000.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 479-501. 1999.

TRUJILLO FERRARI, A. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982. p. 258.

TURA, L. F. R. A AIDS, o preservativo e a prevenção. In: JORNADA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA E CAMPOS DE APLICAÇÃO, 1998, Natal. **Resumos...** Natal:, 1998.p. 38.

VAN DES BOSCH, P. **A filosofia e a felicidade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p.15.

VERGÈS, Pierre. Lévoation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**. Tome XLV. n.405. France.

VILLELA, W.V. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo que se fala. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Apulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 310-323.

WAGNER, W. Sócio-genêse e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 1-26.

WAGNER, W. Papers on social representations. **.Swp**, Linz, jan. 2002. Disponível em: <http://www.swp.uni-linz.at/content/> Universidade de Linz na Áustria. Acesso jan., 2002.



WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petrópolis: Vozes, 1986. 288p.

## ANEXO

Para interpretar as figuras contei também com a orientação da obra de Weil e Tompakow - O corpo fala - detendo-me nas que se referem às expressões do rosto.

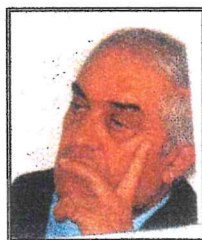
Tanto os homens quanto as mulheres exprimiram por meio de figuras masculinas expressões facial pensativa, de tristeza, de preocupação e de terror. Mas quando as mulheres se expressaram por meio de figuras femininas só apareceu expressão faciais pensativa e de tristeza.

As que estão aqui anexadas são uma amostragem com vistas à compreensão da categorização. Comentarei as expressões dos homens seguidas das expressões das mulheres, com base nos autores anteriormente referidos.

No final anexeí duas figuras incluídas em outras temáticas quando da organização das figuras na sua parte inicial.



6



8



28

As figuras dos homens 6, 8, 28, categorizadas como expressão facial de preocupação em que os rostos têm sobrancelhas levantadas, franzidas, que indicam susto; olhos baços que podem significar desprazer, insatisfação. O homem 8 segura o queixo denotando espera firme, paciente, desafiadora para enfrentar a situação e, conforme mostra a figura, o 28 coça a cabeça como se dissesse: é preciso usar a cabeça.



16



18



37



41



85

A expressão facial pensativa dos homens 16, 18, 37, 41 e 85 mostra olhos baços mas há um quê de interrogação, tendo sido analisado como expectativa de como será o desenvolvimento da doença. O homem 41 também segura o queixo e pela sua afirmativa de "ter responsabilidade de não contaminar os outros" ratifica o caráter preventivo da sua reflexão.



25



44



55



59

Com expressão facial de tristeza estão os homens 25, 55 e 59 cujo olhos baços denotam desânimo, tristeza. Enquanto os homens 25 e 59 estão com as sobrancelhas abaixadas, o que indica concentração, reflexão, seriedade, os homens 44 e 55 expressam susto pois têm as sobrancelhas levantadas. Ratifica-se a categoria tristeza ao se examinar os lábios dos homens, 44, 55 e 59, que se encontram arqueados para baixo, significando, desprazer, tristeza e insatisfação.



68



96

Os dois homens (68 e 96) mostram expressão facial de terror a qual exprime, no primeiro, o 68, raiva e no segundo, pavor.



7



26

As figuras das mulheres 7 e 26, categorizadas como expressão facial de preocupação apresentam na mulher 7 expressão sisuda e na 26 olhar de soslaio.





32



43



66



80

A expressão facial pensativa das mulheres 32, 43, 66 e 80, a partir de figuras masculinas, apresenta em três (32, 43, 80) a mão segurando o queixo, que denota espera firme, paciente, desafiadora para enfrentar a situação, a exemplo dos homens. As sobrancelhas dos homens das figuras 32, 43 e 80 são arqueadas para baixo, o que indica, desprazer, insatisfação.



46



78



79



81

Com expressão facial de tristeza, também a partir de figuras masculinas, estão as mulheres 46, 78, 79 e 81, que pelos olhos baços denotam o desânimo, tristeza. Enquanto as figuras 78, 79 e 81 estão com as sobrancelhas abaixadas, que indica concentração, reflexão, seriedade. Entretanto a figura 46, com sobrancelhas levantadas, expressa susto. Ratifica-se a categoria tristeza ao se examinar os lábios das figuras 46, 79 e 81, que se encontram arqueados para baixo significando desprazer, tristeza e insatisfação.



33



34

As duas mulheres (33 e 34) com expressão facial de terror se exprimiram também a partir de figuras masculinas. A primeira, a 33, espanto, e a segunda susto.



6



16



44

A expressão facial pensativa das mulheres 06, 16 e 44, a partir de figuras femininas apresenta na mulher 16 a mão segurando o queixo, o que denota espera firme, paciente, desafiadora para enfrentar a situação, a exemplo dos homens. O olhar baço das mulheres 16 e 44 denotam desânimo, tristeza, enquanto a mulher 6 com sobrancelhas levantadas expressa susto, surpresa.



21



58

Com expressão facial de tristeza, a partir de figuras femininas, estão as mulheres 21 e 58, cujos olhos baços denotam desânimo, tristeza. As sobrancelhas abaixadas, o que indica concentração, reflexão, seriedade, e ratifica-se a categoria tristeza ao se examinar os lábios destas figuras, que se encontram arqueados para baixo, significando desprazer, tristeza e insatisfação.

Para encerrar, tratarei de duas figuras, do homem 17 e da mulher 5, constantes da seção técnica expressiva na construção das representações sociais de homens e de mulheres com HPV.



O homem 17, já incluído na categoria manifestações de causa e efeito, quando disse: “sem prevenção, corre o risco de pegar tudo o que não presta”.



A mulher 5, incluída na categoria manifestações de caráter religioso, expressou: “quis dar um para, acendi velas, fiz orações, rezei e fiz promessas”.