

MULHERES EM RELACIONAMENTO ESTÁVEL E AIDS: ESCOLHENDO CONFIAR DESCONFIANDO

Carla Marins Silva¹

Octavio Muniz da Costa Vargens²

INTRODUÇÃO: Existem, no mundo, aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV. A Unaid (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) estima que 50% das pessoas infectadas no mundo são mulheres. Na América Latina, aproximadamente 550 mil mulheres vivem com HIV⁽¹⁾. A feminização da aids trouxe um grande desafio para saúde reprodutiva e sexual, introduzindo aspectos conflituosos das relações de poder entre gêneros, na vivência de um relacionamento estável, nem sempre tratados em sua complexidade e abrangência⁽²⁾. Com isso, o relacionamento estável se torna um cenário crítico no contexto de vulnerabilidade à aids, pois, geralmente, não há adoção de comportamentos protetores, introduzindo no contexto da epidemia a idéia de que aids é “doença do outro”. A prevenção do HIV/Aids entre heterossexuais que se consideram em relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo o quanto essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associados ao casamento ou ao relacionamento afetivo vivenciado. Na concepção ocidental, são representados por atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade⁽³⁾.

OBJETIVO: Descrever o processo de interação social da mulher em relacionamento estável no contexto da aids, a partir dos significados por ela atribuídos ao relacionamento estável.

METODOLOGIA: Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em lugares de grande circulação de pessoas. A escolha deste cenário se deu em função do local ser rico na diversidade de mulheres, de diferentes raças, condições socioeconômicas, idades, religiões e comportamentos, que frequentaram e transitaram por estes espaços durante os meses de novembro de 2011 a março de 2012. Para responder os objetivos foram formados quatro grupos amostrais com mulheres que se auto-declaram em um relacionamento estável, com idade acima de 18 anos, inicialmente sem qualquer outra predeterminação. Foram atendidas todas as exigências preconizadas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP/HUPE: 2919). As entrevistas foram gravadas em aparelho de mp4 e seu conteúdo foi transcrito imediatamente após a coleta para propiciar análise comparativa constante dos dados. O processo de coleta e análise dos dados foi guiado pela amostragem teórica, baseado nos pressupostos teórico-metodológicos do Interacionismo Simbólico e da *Grounded Theory*⁽³⁻⁴⁾.

RESULTADOS: As mulheres que se autodeclaram em relacionamento estável caracterizam este tipo de relação como um conjunto de sentimento e ações em uma dimensão emocional, relacionando sua situação conjugal com os sentimentos envolvidos, como carinho, amor e amizade. Além desta percepção, relatam algumas características que são esperadas, pela sociedade, em relacionamentos desta natureza, como por exemplo fidelidade/monogamia. Os dados foram organizados em três categorias: “Refletindo sobre a chegada da aids”, “Não podendo controlar o parceiro” e “Escolhendo confiar desconfiando”. A primeira categoria reflete a preocupação da mulher com relação à magnitude da doença e suas repercussões, o que não fazia parte da vivência de um relacionamento estável. A aids introduziu no relacionamento estável a

¹ Enfermeira Obstétrica, Doutora, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem. E-mail: carlamarinss@hotmail.com

² Enfermeiro Obstetra, Doutor, Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Líder do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem. E-mail: omcvargens@uol.com.br



sensação de insegurança e desconfiança; A segunda categoria aponta a influência da desigualdade de gênero na impossibilidade de controlar o comportamento e as atitudes do parceiro, reconhecida pela mulher como fator de sua vulnerabilidade. Esta impossibilidade gera a dificuldade em garantir as características do relacionamento estável conforme suas expectativas como mulher. Ficou evidenciado que a mulher cumpre o papel tradicional de gênero, mostrando ainda atitudes de submissão e passividade. A terceira categoria descreve a atitude da mulher frente à auto-proteção com relação a aids, em que escolhe “confiar desconfiando” e não modifica seu comportamento para manutenção do relacionamento, evidenciando uma visão romantizada do que seja relacionamento estável. Apesar do advento da epidemia da aids e das mudanças por ela provocadas na noção de segurança/estabilidade, o comportamento da mulher em relação às suas expectativas pautadas no amor romântico e aos métodos de prevenção à aids não mudou. Ficou evidenciado que a mulher em relacionamento estável não modifica seu comportamento por duas razões: não se sente no risco e/ou se sente no risco, mas se expõe conscientemente. Não se sentir no risco significa sentir-se distante da possibilidade de contrair o HIV. Este distanciamento em relação à doença evidencia uma baixa percepção de risco, em que as mulheres ignoram sua real condição e se justificam com a vivência de um relacionamento estável composto por características como fidelidade/monogamia, com cuidados e exames médicos regulares e atitudes consideradas não desviantes. As mulheres reconhecem o risco de contrair IST/Aids em seus relacionamentos estáveis, afirmando que, atualmente, todas as pessoas são expostas, desde que não utilizem medidas preventivas. Mesmo assim, decidem se expor conscientemente. **CONCLUSÃO:** Nesse contexto, a vivência que as mulheres têm em um relacionamento estável faz com que os significados atribuídos às suas características instituídas/construídas socialmente provoquem a quebra das concepções que elas possuem sobre risco e autoproteção. Mesmo assim, percebem que o relacionamento estável gera uma imagem de que estão distantes de uma possível contaminação. **CONTRIBUIÇÕES:** A compreensão destes significados enfatiza que é um fenômeno muito mais amplo e complexo do que os métodos formais de conscientização para prevenção de HIV/Aids. De fato, deve-se respeitar as individualidades, singularidades e complexidade da mulher que se auto-declara em relacionamento estável. Para modificação a longo prazo deste processo apresentado, há necessidade de várias instâncias de intervenção, com sistema educacional promovendo o empoderamento a partir de amplas discussões de gênero, com a desmistificação do papel feminino. Espaços como Educação infantil, empresas de comunicação em massa, formação de profissionais de saúde e pesquisas sobre gênero e mulher são formas de iniciar o processo de ressignificação do processo, para que as mulheres passem a ser sujeitos ativos e de direitos e com isso, possam modificar sua linha ação em relação às medidas preventivas contra a aids.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Enfermagem. Aids.

Eixo 2 - Questões antigas e novas da pesquisa em enfermagem

Área temática - Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde. DST e Aids entre mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. [citado em 14 dez 2011] Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=dst-e-aids-entre-mulheres>.
2. Giacomozzi AI. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
3. Guilhem D. Escravos do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Ed. UnB; 2005.
4. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California; 1969.

5. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. California: Sociology Press; 1978.