

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DO SEXO DA REGIÃO  
METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS SOBRE PREVENÇÃO DA AIDS E DSTs**

**Leandro Castro Oltramari**

**Florianópolis**

**2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DO SEXO DA REGIÃO  
METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS SOBRE PREVENÇÃO DA AIDS E DSTs**

**Leandro Castro Oltramari**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-  
graduação em Psicologia para obtenção do  
título de Mestre em Psicologia.

**Orientador: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo**

**Florianópolis**

**2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**


**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado**


***REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DO SEXO DA  
REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS SOBRE PREVENÇÃO  
DA AIDS E DSTs***

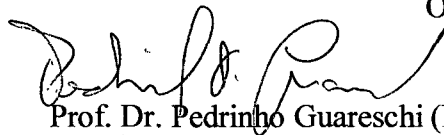
***Leandro Castro Oltramari***

Dissertação defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Organizações Humanas, Trabalho e o Fenômeno das Representações Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Juacy Toneli Siqueira  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

  
Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo (UFSC)  
Orientador

  
Prof. Dr. Pedrinho Guareschi (PUC-RS)

  
Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura (UFRJ)

**APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 19/09/2001.**

## AGRADECIMENTOS

À todas mulheres que me auxiliaram para a concretização desta pesquisa.

À minha família, por ter sido uma verdadeira equipe de apoio para mim neste momento importante de minha vida.

À minha namorada Nira, por ter sido uma verdadeira auxiliar de pesquisa e companheira.

Ao meu orientador Prof. Dr. Brígido, por ter me mostrado os caminhos da pesquisa em Psicologia Social com muita seriedade, paciência e respeito pelo meu trabalho.

As professoras Dra. Clélia Maria Nascimento-Schulze e Dra. Maria Juraci Toneli Siqueira, que nunca se negaram a contribuir com este trabalho.

Aos professores Dr. Pedrinho Guareschi e Dr. Luís Fernando Rangel Tura, por terem aceitado participarem da avaliação deste trabalho.

As amigas revisoras, Míriam, Sônia e Maristela que em muito me auxiliaram para a concretização do mesmo,

Aos meus amigos e sócios do Instituto de Planejamento de Pesquisa Social e Estudos Avançados (IPPSEA), por compreenderem minhas faltas e preocupações.

Aos meus amigos do Arco-Íris Instituto de Prevenção a AIDS, pela amizade e confiança.

# SUMÁRIO

- AGRADECIMENTOS ..... 3
- SUMÁRIO ..... 4
- RESUMO ..... 7
- ABSTRACT ..... 8
- INTRODUÇÃO ..... 9
- 1. MARCO TEÓRICO ..... 14
  - 1. 1 Mulheres Profissionais do Sexo e a Prostituição ..... 14
    - 1.1.1 Vulnerabilidade à AIDS e as relações com parceiros fixos ..... 24
  - 1.2. Teoria das Representações Sociais e Teoria das Atitudes ..... 32
    - 2.1.1 Representações Sociais da Aids ..... 38
    - 2.1.2 A dimensão das atitudes perante a AIDS ..... 46
- 2. MÉTODO ..... 53
  - 2.1 Participantes: ..... 53
  - 2.2 Instrumentos de coleta de dados: ..... 54
  - 2.3 Procedimentos da pesquisa ..... 55
  - 2.4 Procedimentos para análise dos dados: ..... 57
- 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS ..... 60
  - 3.1 Caracterização do grupo de mulheres profissionais do sexo entrevistado ..... 60
  - 3.2 Análise dos resultados do corpus 1 sobre prevenção das DSTs, gravidez e sobre o uso de preservativo. .... 63
    - 3.2.1 Classe 1: Perigo das DSTs ligado ao sexo venal ..... 66
    - 3.2.2 Classe 3: A prevenção contra DSTs deve ser realizada com preservativo ..... 68
    - 3.2.3 Classe 2: Para a prevenção tanto da gravidez quanto das DSTs é necessário o preservativo. .... 69
    - 3.2.4 Classe 4: A Prevenção da gravidez deve ser realizada por métodos como pílula e injeção. .... 71
  - 3.3 Análise dos resultados do corpus 2 sobre a risco de contágio, prevenção e explicação das entrevistadas sobre o que é AIDS ..... 72
    - 3.3.1 Classe 1 e 4: A AIDS como uma doença relacionada ao “outro”, sendo parceiros fixos ou não. .... 75

3.3.2 Classes 2 e 5: A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo e sendo uma ameaça generalizada às pessoas.....	79
3.3.3 Classes 3 e 6: A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas.....	82
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
4.1 Representações sociais sobre prevenção às DSTs para profissionais do sexo.....	86
4.2 Representações sociais sobre prevenção à gravidez para profissionais do sexo.....	88
4.3 Representações sociais da AIDS para profissionais do sexo.....	90
4.3.1 A AIDS como uma doença relacionada ao “outro”, sendo parceiros fixos ou não..	90
4.3.2 A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo, sendo uma ameaça generalizada às pessoas.....	93
4.3.3 A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas.....	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXO 1 - Modelo do roteiro de entrevista a ser aplicado com as profissionais do sexo	115
ANEXO 2 – Relatório do programa ALCESTE corpus 1- Prevenção das DST's e contracepção.....	116
ANEXO 3 – Relatório do programa ALCESTE do entendimento das entrevistadas sobre AIDS.....	133

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA I – LOCAL DE NASCIMENTO DAS ENTREVISTADAS .....	61
TABELA II – TEMPO QUE A ENTREVISTADA ESTÁ RESIDINDO EM FLORIANÓPOLIS. .....	61
TABELA III – TEMPO DA ENTREVISTADA NA ATIVIDADE DA PROSTITUIÇÃO. ...	61
TABELA IV – JUSTIFICATIVAS DAS ENTREVISTADAS SOBRE SEU INGRESSO NA ATIVIDADE DA PROSTITUIÇÃO. ....	62
TABELA V - TEMPO QUE AS ENTREVISTADAS TÊM DE RELACIONAMENTO .....	63
FIG. 1 DENDOGRAMA 1: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DAS CLASSES ESTÁVEIS DA PREVENÇÃO ÀS DSTS, GRAVIDEZ E USO DO PRESERVATIVO PARA AS PROFISSIONAIS DO SEXO – GRUPO DE PROFISSIONAIS DO SEXO (N=40). FLORIANÓPOLIS, 2001. ....	65
FIG. 2 DENDOGRAMA 2: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DAS CLASSES ESTÁVEIS DAS RESPOSTAS DAS ENTREVISTADAS SOBRE RISCO DE CONTÁGIO, PREVENÇÃO E EXPLICAÇÃO SOBRE O QUE É AIDS – GRUPO DE PROFISSIONAIS DO SEXO (N=40). FLORIANÓPOLIS, 2001. ....	74

## RESUMO

O presente estudo refere-se às representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a contracepção. As mulheres têm-se mostrado capazes de adotar comportamentos preventivos frente a estas doenças, através do uso de preservativo com seus clientes. No entanto, não sabemos se elas têm apresentado o mesmo procedimento preventivo com os seus parceiros fixos não comerciais. Portanto, entendemos ser necessário estudar as representações sociais das profissionais do sexo sobre a AIDS, a prevenção das DSTs e contracepção. Foram entrevistadas 40 mulheres (com idade mínima de 19 anos e máxima de 47 anos). Das entrevistadas, 18 delas tinham relações estáveis, não comerciais, com parceiro fixo e 22 não tinham parceiro fixo no momento da entrevista. Para a análise do material coletado, foi utilizado um *software* de análise quantitativa de dados textuais (ALCESTE). Os resultados demonstraram que as representações sociais da AIDS, prevenção das DSTs e da gravidez, compartilhadas pelas profissionais do sexo, são diferentes, tratando-se de mulheres que têm uma vida sexual com um parceiro fixo. Neste caso, estas representações parecem incorporar menos o conhecimento preventivo (oriundo do universo especializado da prevenção de DSTs e da AIDS), o que pode significar, para estas mulheres, uma condição de maior vulnerabilidade diante da AIDS do que as outras. O risco parece estar onde elas acreditam estar seguras, ou seja, nas relações não comerciais. Outro resultado que chamou a atenção foi, para as entrevistadas, a relação existente entre AIDS e drogas; lícitas ( uso de bebida em boates) e ilícitas ( uso dos clientes). Estes fenômenos foram caracterizados pelas entrevistadas como facilitadores do risco de infecção pela AIDS.

Palavras-chave: representações sociais; profissionais do sexo; AIDS, DSTs, parceiros fixos, atitudes.



## ABSTRACT

The present study concerns the social representations of the sex workers women about AIDS, the prevention of sexually transmitted diseases (STD) and the contraception. The women have shown to be able to adopt preventive behavior in relation to these diseases, through the use of preservatives with their clients, although it is still unknown if they have the same preventive behavior with their steady partners.

This justifies the study of the social representations of the Sex workers about AIDS and the prevention of the STD and contraception. 40 women were interviewed (ages ranging from 19 to 47 years). Among the interviewed women, 18 had steady relationships, noncommercial, with steady partners, and 22 did not have steady partners. For the analysis of the data, a software for quantitative analysis of textual data (ALCESTE) was used. The findings showed that the social representations of AIDS, the STDs and the pregnancy shared by the sex workers are different since they concern women who have a sexual life with a steady partner. In this case, these representations seem to incorporate less the preventive knowledge (from a specialized universe of DST prevention and of AIDS), which may create, for these women, a condition of greater vulnerability in relation to AIDS than to other women. The risk may seem to be where they believe to be safe, within the noncommercial relations. Other finding which called our attention was the exiting relation, for the interviewed women, of AIDS and drugs; legal (alcoholic beverages at night clubs) and illegal (used by the clients). These phenomena were characterized by the interviewed as facilitators of the infection risk with AIDS.

Keywords: social representations; sex workers ; AIDS, STDs, steady partners, attitudes.

Palavras-chave: representações sociais; profissionais do sexo; AIDS, DST's, parceiros fixos, atitudes.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui-se em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina. O seu tema concentrou-se em dois aspectos: a representação social das DSTs e da gravidez, além da representação social da AIDS para profissionais do sexo com parceiro fixo não-comercial e sem parceiro fixo.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2001), órgão nacional que monitora as informações sobre a epidemia de AIDS<sup>1</sup> no Brasil, temos hoje um total de 194.757 casos de AIDS registrados até 30/12/2000. Destes, 145.637 são homens e 49.120 são mulheres. Em Santa Catarina existem 7.395 casos registrados. Destes, 5.124 são homens (69, 29%) e 2.271 (30,70%), mulheres (Ministério da Saúde, 2001). Estes dados chamam atenção para o aumento da infecção do HIV em mulheres no decorrer destes anos da década de 90. Em 1990 havia 327 (81,34%) homens notificados e 75 (18, 65%) mulheres<sup>2</sup>.

Do total destas 2.271 mulheres que contraíram o HIV até dezembro de 1999, até as últimas estatísticas do Ministério da Saúde, 1.415 (62,30%) infectaram-se através da via sexual, 464 (20,43%) através da via sangüínea e 207 (9,11%) foram meninas que nasceram com HIV, transmitido pela via perinatal<sup>3</sup>. Estes números têm aumentado significativamente no Brasil. Em 1986, a proporção era de 18 homens para cada mulher infectada. Hoje, esta é de 2 homens para cada mulher infectada com idade acima de 13 anos (Ministério da Saúde, 2001). Em função desta alteração epidemiológica, a prevenção da infecção pelo HIV exige novos desafios, tanto para profissionais da área da saúde como para psicossociólogos, que procuram compreender os aspectos interacionais relacionadas a esta epidemia.

Os dados revelam um aumento da epidemia, principalmente entre pessoas com relações heterossexuais estáveis em regime de conjugalidade. Pretendeu-se, portanto, analisar, com base na presença ou ausência de relacionamentos estáveis das profissionais do sexo com seus parceiros não comerciais, a lógica que elas utilizam para entender os riscos em relação às DSTs, AIDS e gravidez. As formas de compreensão dos riscos à saúde destas mulheres, em nosso entendimento, são fundamentais para o estudo dos comportamentos preventivos.

---

<sup>1</sup> AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) decorrente da infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

<sup>2</sup> Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001. Tabela número de casos por sexo e ano diagnóstico; período: 1980-1999. Endereço eletrônico: <http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sc.def>.

<sup>3</sup> Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001. Tabela número de casos por ano diagnóstico e categoria de Exposição; sexo/feminino; período: 1980-1999. Endereço eletrônico: <http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sc.def>.

Assim, o motivo desta pesquisa é a compreensão dos aspectos interacionais da epidemia da AIDS no que se refere às profissionais do sexo. As dúvidas que motivaram o estudo surgiram a partir de relatos constantes no campo de trabalho realizado pelo Arco-Íris Instituto de Prevenção à AIDS, no período de julho de 1998 a abril de 1999, com mulheres profissionais do sexo, em Florianópolis. Elas solicitavam encaminhamentos para cirurgia de esterilização com objetivo de evitar a gravidez e relatavam não utilizar o preservativo com seus companheiros e namorados. Era fundamental entender como estas mulheres relacionavam a prevenção à AIDS, DSTs e à gravidez. Isto porque, mesmo sendo alvo constante das estratégias preventivas do Estado e/ou das Organizações Não-Governamentais (ONGs), elas relatavam que seus comportamentos de cuidado eram diferentes quando estavam desempenhando suas atividades profissionais e quando estavam fazendo sexo com parceiros fixos. Esta forma de pensar diferenciadamente o uso do preservativo sugeria uma maneira pouco adequada destas mulheres compreenderem os riscos de contágio pelo HIV (Pinheiro, 1998; Ferreira, Ferraz & Costa, 1998; Hebling, 1998; Ruthes e cols, 1998). Foi esta forma de compreensão das profissionais do sexo que interessou ao presente trabalho.

A importância de entender o que as mulheres profissionais do sexo compreendem por prevenção, quando, e com quem acham que devam fazê-la, tem sido uma das principais preocupações tanto de epidemiologistas quanto de cientistas sociais.

Uma pesquisa sobre prevenção da AIDS com mulheres revela que estas, mesmo tendo conhecimento específico sobre a possibilidade de transmissão do HIV pelos seus companheiros, ainda assim não tinham “condições emocionais”, muito menos respaldo social para se protegerem da possível infecção (Guimarães, 1996b). A autora ainda revela que existe uma dificuldade real da mulher casada, ou com um relacionamento fixo de conjugalidade, em questionar a fidelidade de seu companheiro, mesmo sabendo das relações sexuais extraconjugais do mesmo, prática legitimada pela nossa cultura. Na maior parte dos casos, esta forma de pensar socialmente compartilhada é relacionada com uma das obrigações da esposa dentro do casamento, promovendo assim a vulnerabilidade de exposição ao HIV nas relações com parceiros fixos (Cardoso, 1997). Muitas vezes, na vivência da relação conjugal, a possível ameaça da AIDS parece não existir. É como se a confiança ou o amor garantisse a imunidade dos parceiros, os quais tornam-se cúmplices deste sentimento de confiança. As relações entre confiança e vulnerabilidade à AIDS têm sido alvo da mídia já há algum tempo, relacionando os

perigos que as pessoas, principalmente mulheres casadas, vêm sofrendo no risco de infecção pelo HIV<sup>4</sup>.

As relações estáveis que envolvem confiança despertam o interesse dos pesquisadores porque, em muitos casos, as pessoas revelam utilizar os preservativos apenas quando se conhecem recentemente. Após o período de conhecimento, quando a relação torna-se estável, os parceiros deixam de lado o preservativo. Esta forma de agir deixa indícios de que tanto a confiança quanto a estabilidade, promovida pelos relacionamentos fixos, são formadas como estratégias de prevenção por grupos que vivem em regime de conjugalidade (Martin, 1997).

Guimarães (1996a) revela como as mulheres que possuem uma relação de conjugalidade pensam no risco de se infectarem pelo HIV como algo distante do seu universo. Nas entrevistas realizadas pela pesquisadora, grande parte das mulheres não acreditava na possibilidade de contraírem o HIV, por terem um relacionamento monogâmico estável. Quando questionadas sobre as possibilidades de contágio e prevenção ao HIV em relação ao seu parceiro fixo, respondiam com a frase: “Eu conheço ele”, como se o fato de selecionar o parceiro fosse um método eficaz de prevenção à AIDS. Quando se trata de prevenção “(...) esta cegueira para o risco pode ter a ver com o fato de acreditar que a aids é sempre um problema do outro” (Paiva, 1992, p. 60). Este “outro” nunca coincide com as pessoas de seu próprio grupo, mas sim com aqueles de um grupo do qual ele não faz parte (Martin, Barbosa & Villela, 1992).

Desta forma, as profissionais do sexo com relacionamentos fixos demonstraram que o fato de conhecerem o parceiro, ou estarem envolvidas afetivamente com ele, é uma das justificativas para a não utilização do preservativo, seja para prevenir-se das DSTs ou da gravidez indesejada, ou mesmo para a prevenção da transmissão do HIV.

O presente trabalho tem por objetivo estudar explicações das mulheres profissionais do sexo sobre suas condutas de prevenção sexual da AIDS, DSTs e contracepção, bem como sobre o uso do preservativo com seus parceiros fixos. Para estudar tal fenômeno, utilizamos a Teoria das Representações Sociais, no intuito de entender como as teorias de senso comum criadas por cada um dos grupos estudados mulheres com parceiros fixos não comerciais e sem parceiros fixos influenciam nas estratégias preventivas de cada um destes.

A Teoria das Representações Sociais pode ser um instrumento eficaz para entender como as teorias de senso comum são criadas pelos grupos e influenciam os comportamentos preventivos

---

<sup>4</sup> Vários artigos na mídia focalizaram estas discussões sobre a infecção das mulheres pelos seus companheiros como, por exemplo, a Revista Veja, ano 31, nº43, de 28 de outubro de 1998, a qual publicou um artigo com o título “Dormindo com o inimigo”. Outro exemplo é o da Revista Cláudia, de novembro de 1998, que publicou artigo de nome “Aids e casamento. uma relação de risco: como a aids está afetando as relações amorosas”.

destas mulheres, pois resgata as formas destas elaborarem suas explicações sobre como o mundo influencia no seu cotidiano.

Estas representações sociais compartilhadas, que influenciam nas estratégias preventivas de cada um dos grupos, são fundamentais para o presente trabalho, pois é através destas lógicas de pensamento elaboradas por elas que poderemos compreender como cada grupo se previne, ou não tanto de doenças como a AIDS e as DSTs, quanto com a saúde reprodutiva e a prevenção da gravidez.

Como já foi explicado, o problema de pesquisa deste trabalho refere-se ao **estudo do modo como as profissionais do sexo integram a necessidade de prevenção da AIDS e DSTs no âmbito profissional e no âmbito privado.**

Utiliza-se dois grupos de profissionais do sexo aquelas com parceiro fixo e aquelas sem parceiro fixo com objetivo de comparação das diferentes formas de explicação que influenciam na elaboração das estratégias preventivas de cada um dos grupos. Interessa também, além das doenças sexualmente transmissíveis, a preocupação das mesmas sobre a prevenção da gravidez, pois a compreensão das profissionais do sexo sobre contracepção pode indicar a forma como as mesmas vêm diferenciando a prevenção.

Objetivo Geral: Compreender a conduta preventiva de profissionais do sexo diante da AIDS e das DSTs.

Objetivos específicos 1: Descrever as representações sociais das profissionais do sexo sobre prevenção da AIDS e DSTs.

Objetivos específicos 2: Comparar estas representações sociais em função das profissionais do sexo terem relacionamento sexual com parceiro fixo ou não.

Objetivos específicos 3: Analisar a explicação destas concepções de prevenção para a conduta preventiva de cada um dos grupos.

Objetivos específicos 4: Fornecer para as políticas públicas e ONG's que trabalham junto a este público indicações para ações de prevenção à AIDS.

É importante que este estudo sirva para que os técnicos que trabalham com estas populações incluam, em suas estratégias preventivas, atenção às mulheres que possuam parceiro fixo, pois muitas delas demonstram que, por um lado, se os trabalhos relacionados à prevenção com clientes tem obtido sucesso em seus resultados, o mesmo não se pode afirmar com relação àquelas que possuem parceiro fixo. Por último, este estudo demonstra aos profissionais de saúde como as estratégias preventivas devem preocupar-se com as dimensões psicossociais da

epidemia, e que a prevenção tanto da AIDS quanto das DSTs tem na disponibilidade de preservativo um grande começo para um trabalho sério de prevenção, mas que, em hipótese alguma, este pode ser reduzido à única forma de ação preventiva em relação à AIDS.

A apresentação deste trabalho terá a seguinte ordem: após esta introdução seguirá o capítulo I, que irá expor o marco teórico utilizado para a fundamentação da pesquisa. Este capítulo divide-se em duas partes. A primeira, definirá o conceito de “profissionais do sexo” e fornecerá elementos do modo de organização do mundo do sexo venal, como as profissionais se relacionam com seus parceiros fixos e com clientes e como se protegem das DSTs e da AIDS. A segunda parte, apresentará a teoria das Representações Sociais, sua origem, conceito, função e estruturação, além de pesquisas que utilizam esta teoria no campo da saúde e, mais precisamente, no campo da AIDS. Este capítulo ainda apresentará a importância do conceito de atitude para a compreensão das estratégias preventivas dos grupos no que se refere à AIDS.

No capítulo II, referente ao método utilizado, serão expostos os critérios para a seleção das amostra deste estudo, as técnicas utilizadas para a coleta dos dados e para a análise do material coletado, além de uma descrição dos locais onde as entrevistas foram realizadas e os procedimentos adotados para a realização das mesmas.

O capítulo III trata da análise dos resultados e foi dividido em duas partes. A primeira delas apresenta uma descrição das entrevistadas, como idade, local de nascimento, entre outras informações além da análise das respostas das mesmas sobre o seu entendimento a respeito das DSTs e da contracepção. Na segunda parte deste capítulo, foi analisado o entendimento das entrevistadas a respeito da AIDS.

O capítulo IV apresenta a discussão dos resultados e sua articulação com outros estudos sobre prevenção, além da relação com a teoria das Representações Sociais.

As considerações finais expõem, além de uma síntese da pesquisa, algumas questões que merecem outros estudos.

As referências bibliográficas contém todas as obras utilizadas no referido trabalho e os anexos apresentam o roteiro de entrevista utilizado para a pesquisa, além dos relatórios dos dois corpus produzidos pelo programa ALCESTE.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1. 1 Mulheres Profissionais do Sexo e a Prostituição

Iremos nos referir às mulheres que desenvolvem a atividade de vender sexo em troca de dinheiro como “profissionais do sexo”, denominação esta derivada dos Encontros Nacionais das Prostitutas, o primeiro deles realizado em 1987, na cidade do Rio de Janeiro (Moraes, 1996). As participantes destes encontros vêm definindo políticas e estratégias, perante o poder público, para a desenvolvimento e reconhecimento das suas atividades junto à sociedade. Mas, ainda não há consenso sobre esta terminologia. Portanto, historicamente, a “prostituta” vem sendo reconhecida como representante legal da atividade da prostituição. Usaremos, também, alternadamente, termos que se colocam como similares à categoria supra citada, dentre elas: “garotas de programa”, “mulheres que vivem da prostituição”, ou mesmo “prostituta”, respeitando a utilização de cada autor citado.

A prostituição consiste no ato de fazer sexo por uma determinada quantia de dinheiro. Caracteriza-se como uma forma de relação de troca impessoal, anulando, assim, o vínculo afetivo (Sepúlveda, 1979; Gaspar, 1988). Ela, no senso comum, é considerada uma das atividades comerciais mais antigas do mundo e há muito tempo é alvo de discussões e preocupações do poder público e da sociedade em geral.

Segundo Cavalcanti (1990), na Grécia, o legislador Solon (640 aC. a 560 aC.) foi o primeiro a instalar casas de meretrício naquele país. Essas casas eram públicas e as mulheres que exerciam esta atividade eram protegidas pelo Estado. As prostitutas que viviam nestes locais eram conhecidas como *dictérides*. Exerciam as atividades em casas afastadas da cidade e as marcas que designavam que ali era um lugar de prostituição estavam expostas em seus corpos, como a cor do cabelo (pintado de açafrão), que as identificavam em contraponto a outras mulheres “respeitadas”. A casa onde elas realizavam a atividade da prostituição, era identificada por lâmpadas coloridas e por pênis gigantesco esculpido nas portas de entrada. Entretanto, havia prostitutas conhecidas como *heteras*, que eram extremamente respeitadas e tinham lugar de destaque na sociedade grega, pois, através de seus contatos com pessoas importantes da época, conseguiam ter acesso a importantes decisões políticas. Elas tinham status mais elevado que as mulheres casadas, que apenas cumpriam a obrigação de cuidar dos filhos e da casa. As *heteras* eram, inclusive, preparadas para agradar os homens e possuíam uma cultura superior a qualquer mulher da época. “Ao contrário das ‘dictérides e até da maioria das ‘aulétrides’, elas podiam se

dar ao luxo de escolher os amantes ou os admiradores que desejassem” (Cavalcanti, 1990, p.61). Neste momento da história, podemos perceber a diferença existente entre essas duas classes de mulheres que vendiam seus corpos e carinhos aos homens gregos.

Posteriormente, na Idade Média, as prostitutas foram muito perseguidas devido às normas morais implementadas pela Igreja Católica, mas esta foi diversas vezes condescendente com a prostituição. Neste período, a Igreja, incentivava a manutenção de grandes bordéis públicos, com objetivo de prevenir a sodomia<sup>5</sup> e as investidas dos homens às jovens mulheres castas ou casadas (Richards, 1993). Isto não quer dizer, necessariamente, que as prostitutas fossem aceitas socialmente. Para elas, era designado um determinado lugar dentro da sociedade, como um escoamento para as impurezas sociais. São Jerônimo, no século V, afirmava que “uma meretriz é aquela que se encontra disponível para atender os desejos de muitos homens” (*apud* Richards, 1993, p. 123). Os códigos morais eram muito bem preservados, pois, segundo Tomas de Chobham, a prostituta poderia receber dinheiro para se deitar com um homem, mas nunca poderia sentir prazer decorrente deste relacionamento, pois aí, sim, o dinheiro ganho desta atividade seria vergonhoso (*idem*).

Na Idade Média, como na Grécia, os ambientes e as práticas da prostituição eram diferentes e refletiam as normas e valores sociais da época. As práticas de prostituição eram realizadas de diversas formas. Em primeiro lugar, no topo hierárquico da prostituição havia um grande bordel, geralmente municipal, onde a atividade era controlada pelo Estado, havendo uma permissividade maior com relação a ela. Em segundo lugar, na hierarquia da prostituição existiam as casas particulares e as casas de banho, onde, mesmo sendo proibida, a prostituição era realizada; por último, havia as prostitutas que vendiam seus corpos publicamente nas ruas e praças, sendo estas as maiores vítimas das perseguições da época (Richards, 1993).

A partir do século XVIII, começaram a ser criados espaços específicos para as prostitutas realizarem suas atividades. Os canonistas obrigaram-nas a usarem roupas distintas, que serviam como códigos de identificação, e a ocuparem determinados espaços da cidade, criando, assim, as chamadas zonas da “luz vermelha”. Estes eram espaços que o Estado e o clero destinavam para as prostitutas trabalharem. O objetivo da distinção das vestes era proteger as mulheres respeitáveis de um possível constrangimento provocado por algum homem. Mesmo com as perseguições seculares, a prostituição foi consolidando-se de várias formas e com características distintas e, hoje, pode ser considerada um fenômeno difundido mundialmente.

---

<sup>5</sup> A sodomia (prática de relação anal) era considerada um ato anti-natural e acontecia entre jovens homens. A Igreja acreditava que, existindo as prostitutas, os jovens deixariam de cometer tais atos (Richards, 1993).



No Brasil, as primeiras prostitutas eram escravas aliciadas pelos seus senhores e complementavam a renda destes, com suas atividades. Apenas no início do século XX, houve uma transformação com a chegada de “polacas” ou “francesas”, que ocuparam o lugar das escravas (Castro, 1993). Mas esta realidade começou a mudar com a política de reconhecimento da profissão de dançarina de cabaret e de *dancing*<sup>6</sup> e com um aumento do número de brasileiras que se prostituíam nestes locais. Apesar da prostituição não ser reconhecida e continuar sendo discriminada, o registro da profissão de dançarina possibilitou, de alguma forma, que as mulheres que trabalhavam na noite pudessem ter alguns direitos e uma maior segurança para trabalhar. O que acontecia é que as dançarinas, mesmo não sendo prostitutas declaradas, usavam a prostituição como forma de aumentar sua renda pessoal. Mas a repressão existia e controlava esta atividade. Quem tivesse a profissão de dançarina não poderia ser abordada se prostituindo, pois a pena era invariavelmente a detenção (Menezes, 1998).

Assim como em outros países em contextos históricos distintos no Brasil, houve também repressão do Estado sobre a prostituição. Esta ocorria, inclusive, nas áreas da cidade onde as prostitutas poderiam desenvolver suas atividades. Enquanto os cabarets e dancings ocupavam as áreas centrais da cena urbana do Rio de Janeiro, as casas que abrigavam as prostitutas foram cada vez mais se tornando marginais aos olhos da população, indo, através do controle promovido pelo Estado com sua política higienista, para áreas mais afastadas, tradicionalmente ligadas à prostituição (Menezes, 1998). Durante o século XIX e metade do século XX, a prostituição foi responsabilizada diretamente pela proliferação da sífilis. As prostitutas e os bordéis eram vistos como perigosos focos de desordem social, sendo culpabilizados pela má formação das crianças e pelo declínio moral da sociedade (Carrara, 1996).

Em geral, as leituras sobre prostituição relacionam com frequência as prostitutas a pessoas com alguma anormalidade patológica, decorrente de algum trauma infantil, ou, em outras abordagens desse fenômeno, como vítimas do sistema econômico e social (Rago, 1991).

Há uma certa variedade de estudos com diversas abordagens sobre a constituição social da prostituta. Alguns estudos relacionam as prostitutas como mulheres degeneradas moralmente, com alguma patologia relacionada ao seu caráter (Lombroso; Cunha; Borges *apud* Moraes, 1996). Outros autores vitimizam essas mulheres e relacionam a prostituição como um problema cultural, social ou religioso (Lúcia, 1986; Ângelo, 1982; Sepúlveda, 1979).

---

<sup>6</sup> O cabaret era um local destinado para beber. O dancing, novidade vinda da Europa, era um local reservado para a dança. Poderia até ser freqüentado por mulheres da sociedade, mas estas não poderiam dançar, pois, esta atividade era reservada às dançarinas que ficavam à disposição dos homens para a dança.

Há várias razões que levam as mulheres a entrarem na atividade da prostituição. Vamos tentar reconstruir algumas dessas explicações, a partir da forma de vida delas dentro da atividade que desenvolvem e da realidade vivida por este grupo, seus costumes e algumas maneiras de se relacionarem socialmente de forma profissional e afetiva.

As mulheres que se prostituem têm as mais variadas explicações para a realização de suas atividades. Uma das mais freqüentes e difundidas é a necessidade financeira como motivadora da entrada na prostituição (Leite, 1992; Moraes, 1996). Reconhecidamente, as mulheres jovens de classes populares não têm possibilidades concretas de trabalho, recebem salários muitas vezes baixos, devido a sua pouca formação, sendo alvo de propostas de prostituição desde muito jovens. A partir daí existem relações consistentes entre a pobreza e a prostituição, o que não quer dizer que essa seja a única explicação desse fenômeno, mas uma das mais aceitas. Há outras versões, como em Gaspar (1988), cuja pesquisa revela que, apesar de muitos trabalhos referirem-se às condições de dificuldades financeiras como principal explicação para a entrada na prostituição, grande parte das suas entrevistadas disseram ter entrado na prostituição através de alguma amiga que já se prostituía.

A prostituição se desenvolve nos mais diferentes locais. Começaremos pela descrição de lugares onde as prostitutas realizam suas atividades. Alguns autores defendem que, através das diferenças de características existentes entre cada local de prostituição, pode ser feita uma classificação hierárquica entre prostituição “baixa”, “média” e “alta” (Freitas, 1985; Espinheira, 1984).

Como “alto nível”, estaria compreendida a prostituição de casas, definidas como “casas de massagens” e, mais recentemente, “agências”, onde os freqüentadores possuem um maior nível econômico. A “baixa prostituição” seria considerada a atividade desenvolvida em lugares frequentados por pessoas que têm menor poder aquisitivo. Encontram nesta classificação a “prostituição de rua” e as chamadas “zonas”.

Este tipo de classificação não é simples e pode facilmente incorrer em erros devido à dinâmica tanto de “clientes” quanto de “profissionais”, que podem freqüentar diversos ambientes.

Algumas mulheres podem trabalhar em ambientes reconhecidos como de “baixa” prostituição e, posteriormente, vir a trabalhar em um lugar reconhecido como de “média” prostituição (Moraes, 1998). Essa transição não ocorre com tanta facilidade entre as casas consideradas de “prostituição de luxo”. Nessas, são essenciais alguns predicados determinados

pela mesma tais como: beleza, alto nível de escolaridade e idade jovem, que são muito exigidos em todos os estabelecimentos com essas características.

Gaspar (1988) afirma que a diferença existente entre as várias formas de prostituição são expressivas. Segundo a autora, a prostituição de “casa de prostituição” (onde foram realizadas suas pesquisas) tem características distintas da prostituição de rua, conhecida historicamente como *trottoir*. Apesar de haver diferenças entre as várias formas de prostituição em “casas específicas” ou “empresas” (Bacelar, 1982), não descrevemos aqui, em detalhes, as várias formas de casas de prostituição como *zonas, rendez-vous, motel ou boates*<sup>7</sup>.

As transformações históricas e regionalismos fazem, muitas vezes, com que haja uma certa sobreposição de fatores e características de casas que se misturam, não havendo, assim, uma definição muito precisa da classificação do tipo de casa que se apresenta. Nesse trabalho, estaremos definindo o local de realização da pesquisa como *boate*, por ser considerada como característica das modernas “casas de prostituição” (Freitas, 1985).

A *boate*, ou “casa de prostituição”, tem características específicas, como ter um gerente ou “café”, o que controla a rotina da casa, alugando quartos e controlando a venda de bebidas e cigarros. Muitas vezes, quando uma mulher é gerente, esta viveu também da prostituição (Freitas, 1985; Moraes, 1996). As casas de encontro ou boates constituem-se em locais que fazem a aproximação entre cliente e prostituta (Espinheira, 1984).

Quanto à prostituição de rua ou *trottoir*, esta trata-se de uma das formas mais conhecidas de prostituição, caracterizada pela presença das profissionais nas esquinas, ou locais próximos a dormitórios ou wiskerías, cujo o cotidiano consiste em conquistar clientes e levá-los ao local onde exercem a atividade, geralmente algum hotel próximo (Espinheira, 1984; Silva e cols, 1998). Estas profissionais da prostituição não têm a quem prestar conta de seus serviços, pois o tradicional cafetão (Andrade, 1998) hoje não é mais uma presença constante e obrigatória neste cenário<sup>8</sup>.

“No *trottoir* as mulheres são suas próprias defensoras, resolvendo todas as situações difíceis em que se envolverem, enquanto que no manguê, como nos bordéis, há sempre um esquema formal ou informal de segurança, ao qual as mulheres se apegam quando há necessidade” (Espinheira, 1984, p.51).

<sup>7</sup> Uma descrição detalhada pode ser lida em Freitas (1985).

<sup>8</sup> Moraes (1996) revela que o cafetão, como ator social, tem desaparecido da história da prostituição, mesmo em *zonas tradicionais* como Vila Mimosa. Mas a autora afirma que esse fato não fez acabar as formas de dominação para com as prostitutas. Outras formas de dominação têm surgido, com novos atores sociais: gerentes de boates, maridos ou traficantes.

A diferenciação entre as modalidades de prostituição são relatadas, principalmente, pelas profissionais que desenvolvem as atividades. Em pesquisa com adolescentes que se prostituem, dados revelaram que “entre as garotas das casas de encontro, que atendem uma clientela de melhor nível sócio-econômico, impera um sentimento de superioridade em relação às garotas de casas mais simples e principalmente quanto as de rua” ( NUPEC, 1995, p. 49).

Segundo Freitas (1985), há diferenças na identidade social das prostitutas de rua e de bordel. Estas diferenças se expressam em uma dicotomia entre “prostituta integrada” e “prostituta excluída”. Cada um dos grupos de mulheres reivindica o *status* de menos expostas socialmente do que as outras. As prostitutas de casas de prostituição acreditam que estão menos expostas e são moralmente mais dignas do que as que exercem suas atividades nas ruas. Por sua vez, prostitutas que trabalham nas ruas acreditam ser menos exploradas e expostas por não estarem em um lugar identificado exclusivamente com a prostituição.

As mulheres da Vila Mimosa, no Rio de Janeiro, consideram as que trabalham nas ruas como “perigosas”, “brigonas”, verdadeiras “putas”, e têm receio quando alguma mulher que havia trabalhado nas ruas aparece para “batalhar”<sup>9</sup> na Vila. Muitas vezes, as próprias mulheres que trabalham nas ruas denominam as colegas, que desenvolvem a atividade no mesmo local, como de baixo nível, viciadas em drogas, ou mesmo ladras (Moraes, 1996; Freitas, 1985). O estereótipo da prostituta de baixa renda é sinônimo de pobreza e também representa a mulher promíscua e contaminada (Gaspar, 1988, p.80).

Uma das questões que influencia muito na relação entre as mulheres que vivem da prostituição é a idade. Segundo Bacelar (1982), um dos critérios básicos para as mulheres que se prostituem terem maior remuneração é o fator idade: quanto mais jovem mais possibilidade de alcançar melhores ganhos. É importante entendermos que, de uma maneira geral, as mulheres começam a se prostituir muito jovens, principalmente crianças e adolescentes pobres, ou dependentes de substâncias psicoativas (NUPEC, 1995; Dimenstein, 1999; Verardo, & Reis & Vieira, 1999).

A inserção na prostituição varia de acordo com as condições financeiras, sociais, culturais e pessoais de cada pessoa. De maneira geral, as mulheres começam a se prostituir quando entram na adolescência. Não há uma regra geral, mas nas boates é muito restrito o acesso dessas meninas adolescentes à atividade, pois a presença delas é ilegal e atrai a polícia. Apesar da

---

<sup>9</sup> “Batalha” é uma palavra muito utilizada por quem se prostitui, para designar o ato de fazer sexo por dinheiro. Similar a ela também é “trabalhar na noite”.

prostituição infantil ser ilegal, há uma busca intensa de pessoas por serviços sexuais de adolescentes.

Quanto mais nova e corpo em melhor forma, maiores são as possibilidades de rendimento para a profissional, pois a rentabilidade cai a partir de 30 anos, embora isto não seja determinante. O aspecto físico depende muito da condição estética e de saúde desta mulher. O envelhecimento precoce acontece com frequência na camada mais pobre e este envelhecimento tem influência direta sobre o valor dos serviços prestados. Quanto mais envelhecida e menos atraente, menos procurada ela será e o valor de seus serviços, conseqüentemente, será menor. As mulheres mais bonitas e jovens são procuradas pelas “boates” que atendem pessoas com condição social mais elevada. As gerentes buscam mulheres que preencham alguns critérios para colocá-las em suas casas de prostituição. Portanto, as meninas mais “bonitas” estarão em uma casa de prostituição onde frequentam clientes mais ricos. Elas cuidam-se melhor esteticamente, pois são mais cobradas pela casa (NUPEC, 1995). Assim, há uma exigência maior destes estabelecimentos que pretendem oferecer bons serviços aos seus clientes, ou seja, a de que sempre tenham novas mulheres na casa. Os atributos físicos determinam os valores a serem cobrados no programa e mulheres que não apresentam tais credenciais estão fora destas “boates”, pois:

“a) já não são aceitas porque ‘maculam’ o *status* da ‘casa’, podendo no máximo integrar-se a ‘empresas’<sup>10</sup>, sem maior capitalização, com baixa classificação na estratificação prostitucional; b) a empresa exige maior esforço físico (conversas, ficar em pé, beber, etc...de forma compulsória) e maior tempo de duração; por outro lado, não teriam grande rentabilidade pelo número mínimo de ‘fregueses’ que atrairiam” (Bacelar, 1982, p.99).

A rotatividade nas áreas de prostituição é grande. As mulheres geralmente não trabalham muito tempo em um local, circulando entre as casas de prostituição, ou mesmo indo para outras cidades ou Estados em busca de melhores rendimentos. A rotatividade de mulheres entre locais de encontro se dá por diversos fatores: problemas de relacionamento com a direção da boate, viagens para outras cidades ou mesmo Estados. Um desses fatores nos chama atenção: quando as mulheres saem de uma determinada casa de prostituição pela perda de seus atributos de beleza. Logo, se uma mulher vai se tornando sem atrativos físicos para uma casa de prostituição,

<sup>10</sup> O autor refere-se ao termo “empresa” como um local de prostituição que visa a satisfação e obtenção de lucros dos clientes, através da prostituição das mulheres que trabalham na casa.

encaminha-se para outro lugar onde estas características não sejam tão exigidas. Quando estas casas também não se interessarem mais, elas são lançadas à própria sorte (Espinheira, 1984).

Tanto na prostituição de rua, quanto na boate, o que move o “negócio” é a troca de sexo por dinheiro o que chamam invariavelmente de “programa”. “O ‘programa’ é a unidade elementar da atividade da prostituta. Sua execução requer acordos prévios sobre três itens: as *práticas*, ou o conteúdo do serviço que será prestado, o *preço*, e, o tempo disponível pela prostituta” (Freitas, 1985, p.30). O programa refere-se tanto ao ato sexual, em troca de uma quantia em dinheiro, quanto ao fato do cliente apenas ocupar um determinado tempo com a profissional do sexo para conversar. Mas, basicamente, ele consiste em “(...) pagamento pelo serviço prestado conforme o combinado, utilização de preservativo masculino, restrição do contato boca a boca (beijo) e ausência de feridas ou assaduras nos órgãos sexuais” (Silva e cols, 1998, p. 328). O “programa” é o que diferencia a vida profissional dessas mulheres da sua vida afetiva. Entendemos afetividade como um conjunto de emoções e sentimentos positivos que as entrevistadas experimentam em relação a uma outra pessoa (Alferes, 1993). Assim, identificamos que, para elas, o programa consolida como critério, de proteção moral quanto a sua identidade. Várias pesquisas (Bacelar, 1982; Gaspar, 1988; Castro, 1993; Moraes, 1996, 1998) têm revelado estes dois mundos diferentes e complementares, nos quais vivem estas mulheres que trocam sexo por dinheiro, tendo-o como profissão.

Gaspar (1988) realizou um trabalho no Rio de Janeiro com garotas que faziam programas em boates na região de Copacabana. Quanto ao aspecto da identidade das pesquisadas, segundo a autora, as prostitutas dividem seu mundo em dois: um é o profissional, e, o outro, seu mundo privado, o das relações pessoais e afetivas, onde elas tentam fugir do estereótipo que lhe é designado, ou seja, o de “mulher que faz sexo por dinheiro”. Uma prostituta, entrevistada pela pesquisadora, revelou “que faria qualquer coisa dependendo do pagamento, mas não dormiria com o cliente, pois dormir, só nos seus próprios lençóis e com a pessoa amada” (Gaspar, 1988, p.118). Em outra pesquisa, com prostitutas na Zona do Mangue, no Rio de Janeiro (Castro, 1993), os depoimentos das entrevistadas revelaram existir uma dicotomia entre o mundo em que vivem fora da prostituição, com forte caráter moral, e o do exercício de sua profissão de prostituta. Numa pesquisa realizada por Moraes (1996), com mulheres de programa no Rio de Janeiro, aspectos semelhantes foram revelados nas entrevistas. As mulheres declararam “guardar” partes de seus corpos para os “verdadeiros amantes” e que a estes entregam-se totalmente por amor, diferenciando assim as práticas sexuais - comerciais das afetivo - amorosas.

Muitas mulheres protegem áreas do corpo, mantendo-as guardadas, não deixando que ninguém as toque, preservando, de alguma forma, seus valores para aqueles que denominam como verdadeiros amantes, a quem dizem entregar-se completamente por amor<sup>11</sup>. Assim, as garotas de programa criam um limite simbólico que estrutura relações e envolvimento emocionais. Este fato pode ser melhor ilustrado quando Gaspar (1988) revela que é comum que uma garota não cobre seus serviços profissionais ao estabelecer uma relação satisfatória com um cliente, rompendo assim a relação profissional.

Com relação à família, algumas profissionais do sexo revelaram que “escondem” sua situação da família e da comunidade onde vivem. Há, nestes casos, quase um dever da prostituta em mostrar a todos um comportamento estereotipado de “mulher direita”, para não revelar sua outra identidade. Assim, “(...) as prostitutas e as ‘honestas’ acontecem sobre mesmo terreno. Estão, as ‘duas’, alocadas na mesa de uma sexualidade temida e que precisa ser controlada com base no altruísmo moral do bem-estar social” (p.175).

Ao contrário do que pensa o senso comum, as mulheres que vivem da prostituição constituem famílias, têm maridos e filhos. Segundo Bacelar (1982), a prostituta não revela sua atividade profissional para a família, sendo que muitas vêm de outras localidades do interior, ou mesmo de outros Estados. Em algumas situações, os filhos<sup>12</sup> ficam com os avós, mas é comum elas os sustentarem em casa, pagando alguém para cuidar deles, ou mesmo deixando os menores sob a responsabilidade dos primogênitos. Andrade (1998) revela que, em sua pesquisa, a maioria das mulheres entrevistadas tinha marido e filhos. As relações conjugais são, muitas vezes, temporárias. Há casos em que as mulheres têm longo tempo de relacionamento, mas, de maneira geral, os relacionamentos são mais instáveis devido à sua atividade e à frequência com que viajam pelas cidades ou Estados (Bacelar, 1982).

Observa-se, nas declarações das mulheres que fazem programas, um conjunto de regras e normas que regulam suas ações. Os códigos de conduta para atuar como profissional que faz sexo por dinheiro são caracterizados de uma forma, e os códigos que contemplam sua vida na intimidade são outros, o que demonstra haver uma “ambigüidade entre ser vista como mulher de vida ‘pública’ e mulher de vida ‘privada’” (Moraes, 1996, p. 173).

<sup>11</sup> Existem determinadas áreas do corpo nas quais as mulheres não permitem que os clientes toquem: os lábios, seios e nádegas. O programa consiste geralmente no sexo vaginal, definido por elas como “normal”. A esta categoria pode estar também vinculado o sexo oral. Na realização do programa, o sexo anal é considerado por elas como “não normal” (Moraes, 1996).

<sup>12</sup> Na bibliografia não há uma descrição encontrada sobre a média estatística de quantidade de filhos que elas têm.

Quanto aos seus relacionamentos afetivos, é interessante ressaltar que é comum profissionais do sexo, tanto mulheres quanto homens, virem a ter relações afetivas com clientes. Isto acontece com certa frequência, pois a proximidade com que os atores sociais circulam por essas áreas faz com que se aproximem e tenham relações afetuosas, que se constituem em outro âmbito que não mais das relações comerciais, inscrevendo-se nas relações chamadas afetivas, onde as regras do comércio do sexo caem por terra. Em vários estudos sobre profissionais do sexo, aparecem citações de relacionamentos afetivos com clientes (Bacelar, 1982; Perlongher, 1987; Silva e cols., 1998; Florentino, 1998; Kulick, 1998; Verardo & Reis & Vieira, 1999).

As regras não são apenas deixadas de lado quando há uma relação afetiva estável. Há outros fatores que levam as regras de contratos da atividade da prostituição a serem abolidas. Muitas vezes, as profissionais cedem aos apelos dos clientes quando estes são pessoas conhecidas. Em algumas situações, o uso do preservativo, que é uma das exigências da profissional, pode não ser observado. Isto ocorre quando as mulheres identificam os clientes como já “antigos” ou “sadios”. Nesses casos, o uso do preservativo fica como uma opção dos clientes e não uma exigência (Moraes, 1996, p.181). Em determinadas situações, os critérios para o uso do preservativo está relacionado com “(...) a idade do cliente. Aparência física, se é cliente antigo ou não” (Andrade, 1998, p.273). As garotas de programa definem critérios de rejeição ou de aceitação para seus clientes. Quando elas vêem um cliente já o classificam de uma determinada forma, identificando-os como “cliente confiável ou cliente perigoso”. Assediam os clientes que acreditam merecer respeito e tentam afastar-se dos outros que conferem determinado grau de periculosidade, repetindo os valores disseminados pela sociedade em geral (Moraes, 1996).

Um dos fatores que influenciam no rompimento dos acordos estabelecidos para a realização de programa é o dinheiro, pois, muitas vezes, o aumento da oferta deste pode fazer com que as práticas e fantasias sexuais não convencionais sejam atendidas pela profissional do sexo por determinado preço (NUPEC, 1995).

Outra prática muito comum de algumas mulheres, e que muitas vezes influencia nesse rompimento de acordos estabelecidos na atividade da prostituição, é o consumo de álcool e, em menor proporção, o consumo de drogas. O uso de álcool e drogas por parte dos frequentadores destes locais de prostituição é comum, tornando, assim, permissivo o uso entre as profissionais que exercem suas atividades neste contexto (Moraes, 1996). O álcool está historicamente ligado à prostituição. Pesquisas na França, no início do século XX, relatavam um número preocupante de prostitutas dependentes do álcool (Beauvoir, 1990). É atividade das mulheres, além do programa, fazer com que o cliente gaste dinheiro com bebida na boate, recebendo por isso uma



porcentagem<sup>13</sup> (Gaspar, 1988). Os clientes pagam as bebidas como forma de aproximação, mantendo-as na mesa em sua companhia e para a concretização do programa.

Esta rotina faz com que haja uma aproximação excessiva do álcool e das drogas. Pereira e cols (1996), em pesquisa com mulheres que fazem programas na Avenida Atlântica, em Copacabana, relatou que era de “(...) 38% o percentual de mulheres que fazia uso de drogas e/ou álcool habitualmente durante os programas” (p.152). O uso de álcool e drogas entre profissionais do sexo, mesmo não sendo generalizado, é fato relatado em outras bibliografias (Melo, 1994; Silva e cols, 1996; Martin, 1996; Gravato e cols, 1996). Este comportamento de uso de substâncias psicoativas, durante a atividade da prostituição, é um comportamento considerado vulnerável e mesmo de risco de exposição frente as DSTs e a AIDS (Serre e cols, 1998).

### **1.1.1 Vulnerabilidade à AIDS e as relações com parceiros fixos**

A prevenção da AIDS ainda é um desafio para os profissionais da saúde e cientistas sociais que tentam enfrentar a epidemia, estudando suas diversas características de infecção nas pessoas e grupos sociais. O que vemos no decorrer dos anos, é que a AIDS não está restrita simplesmente ao campo da saúde, sendo um fenômeno que deve ser pensado a partir das questões de gênero, orientação sexual, questões étnicas, entre outras (Galvão, 2000). Uma das principais questões que os cientistas vêm comprovando é que a AIDS tanto é um problema de saúde pública, por ser epidêmica, quanto um problema social marcado pela discriminação e pelo preconceito. O surgimento da AIDS entre homossexuais, prostitutas e usuários de drogas ecoa até nossos dias ancorado em preceitos impregnados de homofobia e discriminação.

Os preconceitos foram-se expandindo às populações que eram vítimas da AIDS. Na década de 80, os grupos sociais começaram a ser designados sob determinados rótulos, por exemplo: os usuários de drogas foram escolhidos “culpados”; as mulheres, “vítimas” de seus maridos e assim por diante. Segundo Galvão (2000), a relação entre preconceito e rotulação sobre determinados grupos sociais, alvos constantes de discriminações, foi chamada de “pânico moral”, por conectar doenças a questões de ordem moral. As profissionais do sexo logo foram alvo desse tipo de atribuição.

Esta correlação entre grupos minoritários e estigma da AIDS, no decorrer dos anos, fez com que estas populações de profissionais do sexo se organizassem através de movimentos sociais

<sup>13</sup> Os valores podem ser relativos. Espinheira (1984) revela que as mulheres ganhavam cerca de 15% a 20% de cada produto consumido, sendo que estes produtos têm valor muito superior que os do mercado. O ganho que estas

com intuito de combater o aumento da disseminação da AIDS e da discriminação com seu grupo. As mulheres profissionais do sexo foram, ao mesmo tempo classificadas como, “vítimas” das falhas nas políticas públicas de proteção à saúde por parte do Estado e, por outro lado, foram acusadas de serem “culpadas” por promoverem a transmissão do vírus da AIDS. Estas mulheres, como afirmamos anteriormente, convivem com a presença quase que constante do risco das DSTs e da AIDS devido às características de sua atividade.

A organização social destes grupos avançou em muito no sentido de prevenir o vírus da AIDS, com campanhas específicas ao seu grupo social e distribuição de preservativos gratuitamente pelo Estado. Mas, ainda assim, determinados comportamentos destes grupos são alvos da chamada vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres e cols. (1999),

“(…) busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que *cada indivíduo* ou *grupo populacional particular* tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, *julgadas relevantes* para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.” (p. 65, grifo dos autores).

Este conceito surge a partir da discussão dos Direitos Humanos e a sua relação com a Saúde Pública. Foi a escola de Saúde Pública de Harvard que difundiu este conceito como forma de combate ao reducionismo teórico da categoria denominada por “grupo de risco”, categoria essa que até então era utilizada para compreender os perfis epidemiológicos da transmissão do HIV.

A vulnerabilidade é uma possibilidade de compreensão das possibilidades que uma pessoa ou determinado grupo tenha de se infectar pelo HIV. Ela é dividida em dois aspectos: individual e coletiva.

Segundo Ayres e cols. (1999), a vulnerabilidade individual consiste em três pressupostos: a) qualquer indivíduo é passível de infecção de acordo com os valores pessoais ou mesmo recursos preventivos que o mesmo tenha em determinada época de sua vida; b) quanto mais amparo social e assistência à saúde que os mesmo dispuserem, menor a morbidade, invalidez e morte - há uma relação inversa entre elas; c) as questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual.

A vulnerabilidade coletiva está dividida em vulnerabilidade programática e social. A vulnerabilidade programática consiste nas ações do Estado através de seus programas

---

mulheres têm ao incentivar o consumo de bebida pode ser bastante expressivo.

específicos de prevenção à AIDS, onde esse faz uma ligação entre os planos individual e social. Existe uma série de critérios para avaliação destas ações. A vulnerabilidade social se dá por diversos indicadores sociais desenvolvidos pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). A partir de oito índices deste programa, podem ser definidos critérios para a classificação de vulnerabilidade entre alta, média e baixa. Os índices são: a) acesso à informação; b) Gastos com serviços sociais e da saúde; c) Mortalidade antes dos cinco anos; d) Situação da mulher; e) Índice de liberdade humana; f) Relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde; g) Índice de desenvolvimento humano.

Os trabalhos de prevenção do HIV com mulheres profissionais do sexo vêm sendo desenvolvidos em todo o mundo, tendo, de alguma forma, demonstrado resultados apesar das dificuldades encontradas. As pesquisas com mulheres profissionais do sexo relatam alguns padrões de comportamento que dificultam a prevenção da AIDS. Citaremos algumas pesquisas e os fatores por elas encontrados, os quais podem ser entendidos como facilitadores desta vulnerabilidade. Uma das primeiras questões é a utilização de substâncias psicoativas pelas profissionais do sexo, durante as suas atividades. Este fator pode influenciar significativamente no uso ou não do preservativo. É relevante o número de mulheres que utilizam alguma substância enquanto desenvolvem a atividade da prostituição.

Segundo Serre e cols (1998), em pesquisa realizada na França, 37% (96/262) dos profissionais do sexo (homens, mulheres e travestis) são dependentes de alguma substância química, como álcool e drogas. Assim “(...) o uso de drogas, a doença e o medo da agressão são fatores fragilizantes, que favorecem o abandono dos comportamentos de prevenção” (p. 50-51). As drogas e o álcool podem tornar os comportamentos preventivos menos eficazes, assim como, em casos de dependência das substâncias, as profissionais ficam à mercê das propostas de rompimento do acordo de trabalho pelo oferecimento de maior quantidade de dinheiro para fazer sexo sem preservativo.

Segundo Fritz (1998), em sua pesquisa com mulheres profissionais do sexo, 62% das entrevistadas (88/141) relataram usar alguma substância química enquanto se relacionavam sexualmente. Segundo Butcher (1984), as drogas são elementos importantes para uma análise mais aprofundada das questões de ordem da prevenção do HIV, por tornar mais vulneráveis comportamentos e ações preventivas.

Outro fator, entendido por vulnerabilidade e citado em pesquisas de prevenção à AIDS entre mulheres profissionais do sexo, são as precárias condições de vida destas, precariedade aqui

entendida como ausência de moradia, falta de acesso aos serviços de saúde e aos serviços previdenciários.

Em pesquisa por Prybylsky & Alto (1999) realizada em Phnom Penh no Camboja, 502 mulheres profissionais do sexo entrevistadas foram caracterizadas pela baixa idade (média 22 anos), por serem pobres, analfabetas e vindas das áreas rurais. A pesquisa demonstrou que fatores como esses podem influenciar no abandono do uso de preservativo com o parceiro fixo ou com o cliente. A pesquisa revelou que 40% estavam dispostas a não usar o preservativo para poder agradar o cliente e, assim, conseguir concretizar o programa. As entrevistadas demonstraram, de uma maneira geral, que conheciam a necessidade de usar o preservativo: 96,8% (n. 316) disseram que, para se prevenir do HIV, deve-se usar o preservativo. Em 44,9% das respostas, essas mesmas mulheres revelaram que não teriam sexo se o cliente exigisse não usar o preservativo, e 44,0% falaram que fariam sexo com eles sem preservativo.

Outro item que promove a vulnerabilidade das profissionais do sexo é a violência. Este, segundo Serre e cols.(1998), pode facilitar uma condição desfavorável de negociação por parte da profissional do sexo na hora de requerer o uso do preservativo.

Um fator também importante que foi apontado em pesquisa nas Filipinas, com 1394 profissionais do sexo, sendo 98,6% de mulheres. Através desta pesquisa constatou-se que as mulheres que têm acesso a preservativo nas casas de prostituição, têm 2,82 vezes mais possibilidade de usar preservativo com clientes, do que das mulheres que não têm acesso a preservativo<sup>14</sup> (Morisky e cols, 1998).

Joesoef e cols. (2000), na Indonésia, perceberam através de pesquisa que as mulheres que se prostituíam em bordéis tinham o mais baixo índice de comportamentos e crenças sobre a prevenção da AIDS com a utilização de preservativo, seguidas pelas prostitutas de rua. Mas a pesquisa relata um dado importante: ao mesmo tempo em que as mulheres têm a informação, agem de outra forma ao pensar no “marido”. A pesquisa revelou que apenas 5% das trabalhadoras de bordel (33/692) e 14% (25/177) das prostitutas de rua tinham preservativo na hora da entrevista.

As mudanças nas políticas públicas de repressão à prostituição causam também modificação no perfil da epidemia nos países em desenvolvimento. Hanenberg & Rojanapithayakorn (1998) fazem uma análise das mudanças ocorridas no universo da prostituição na Tailândia, onde cada

<sup>14</sup> Em países em desenvolvimento, a questão da prevenção ao vírus da AIDS é sempre um desafio. Muitos países, até bem pouco tempo, não tinham uma política pública definida em relação à AIDS. Questões primordiais, como as campanhas preventivas, e a distribuição de preservativos não eram implementados pelo poder público local.

vez mais as mulheres profissionais do sexo deixam de se prostituir em bordéis, começando a se prostituir em bares e restaurantes, o que vai mudando o perfil da epidemia.

As condições de vida que a grande maioria das mulheres que se prostituem levam são, de maneira geral, muito precárias. Baixa remuneração, local sem condições de higiene, além da falta de segurança para desenvolver suas atividades. Dimenstein (1999), em documentário jornalístico sobre prostituição infanto-juvenil no norte do Brasil, denuncia as condições de vida, na maioria das vezes precária, na qual as meninas que se prostituíam se encontravam. Muitas destas meninas não tinham acesso aos serviços de saúde e confundiam a cólera com a AIDS. Elas adoeciam de malária e quando chegavam aos 18 anos muitas já não podiam mais desenvolver a atividade, pois estavam muito debilitadas ou mesmo doentes.

As pesquisas sobre prostituição têm demonstrado que existem fatores que influenciam na ausência de comportamentos preventivos entre mulheres profissionais do sexo e seus parceiros fixos. Estes comportamentos influenciam na vulnerabilidade de infecção pelo HIV nessas relações. Também elas demonstram que realmente existe um aumento na utilização de preservativo pelas mulheres profissionais do sexo com seus clientes. O preservativo é entendido pela maior parte dessas mulheres como um elemento fundamental para a sua segurança pessoal e de seus clientes. As pesquisas também relatam que, ao mesmo tempo em que aumentou a disponibilidade de preservativo por parte do Estado, no intuito de assegurar a estas profissionais o desenvolvimento de suas atividades com mais segurança, esse aumento na utilização não ocorreu em relação ao uso de preservativo com parceiros fixos. Nesse caso, o comportamento preventivo com preservativo permanece diminuído por diversas razões que descreveremos abaixo.

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Szterenfeld, 1998), o trabalho de prevenção à AIDS demonstra dificuldade quando se trata de profissionais do sexo e parceiros fixos. Nesse trabalho, o índice de aumento do uso de preservativo das profissionais do sexo com os clientes ficou entre 93 %, mas o aumento do uso de preservativo das mesmas com os parceiros fixos não comerciais foi de 10%. Podemos notar a significativa utilização de preservativo por parte das profissionais do sexo com seus clientes, mas não com seus parceiros fixos, aos quais elas são ligadas afetivamente.

Fritz (1998) fez um levantamento entre 141 mulheres profissionais do sexo, em Chicago. Essas entrevistadas revelaram usar preservativo com clientes, mas não com seus maridos ou parceiros significativos. Outras pesquisas também descrevem tal fato como uma das

---

características da separação afetiva existente, âmbito da atuação das mulheres profissionais do sexo, entre relacionamentos com parceiros fixos ou clientes (Butcher, 1994; Morisky & cols, 1998; Walden & Mwangulube & Makhumula-Nkhoma, 1999).

Várias condições podem facilitar, ou não, a vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo dentro do contexto afetivo-emocional. Veremos algumas delas. Segundo Fritz (1998), o conhecimento sobre a transmissão da AIDS necessariamente não é uma condição suficiente para o aumento do uso de preservativo entre as mulheres prostitutas. Muitas delas têm conhecimento sobre a transmissão, mas ainda assim não conseguem tomar medidas preventivas com os parceiros fixos. A auto-estima é uma pré-condição para a realização de comportamentos de redução de risco, tais como o uso de preservativos entre as mulheres profissionais do sexo. As que estavam com baixos índices sobre sua auto-estima, conhecimento, e risco percebido da transmissão do vírus da AIDS, tiveram menos propensão a usar o preservativo. Outro fator que incide nos comportamentos preventivos é como essas mulheres percebem o risco de contrair o HIV. Essa é uma influência direta no comportamento de uso do preservativo com parceiros fixos ou cliente. As mulheres são menos propensas a usar o preservativo com seus parceiros conhecidos do que com os desconhecidos<sup>15</sup>. É ainda este autor quem revela que dentro da relação estável a pressão do parceiro pode ser uma das formas coercitivas para a não utilização do preservativo em uma relação sexual.

Segundo Butcher (1994), há mais probabilidade da mulher profissional do sexo usar o preservativo no trabalho do que com o seu marido, pois há uma distinção entre o que é prazer e o que é trabalho. Essa questão, está ligada a aspectos da identidade social que esse grupo assume em suas vivências sociais dentro e fora da atividade da prostituição. Essa distinção já foi citada anteriormente no início do capítulo.

Os autores Sneed & Morisky (1998), em pesquisa realizada nas Filipinas com 1394 mulheres profissionais do sexo, revelam a influência dos fatores sociais externos sobre uso de preservativo entre essas mulheres, clientes e parceiros fixos. Os pesquisadores revelam que, muitas vezes, as atitudes favoráveis ao uso de preservativo por essas profissionais nem sempre transformam-se em comportamentos, devido aos fatores de imposição social que encontram. Por exemplo, as tentativas de uso do preservativo por elas são impedidas devido a parceiros não compreensivos,

<sup>15</sup> Em pesquisa de Guimarães (1996), com mulheres heterossexuais não profissionais do sexo, com relacionamentos monogâmicos, apareceram frases do tipo: "Eu conheço ele". Como se o conhecimento do parceiro fosse o método mais eficaz de prevenção à AIDS. Muitas das entrevistadas não vêem a possibilidade de contraírem o vírus por terem um relacionamento monogâmico estável.

que não o aceitam. Os autores ainda afirmam que as normas são como uma percepção que o indivíduo tem das regras e pressões sociais que vão agir diretamente em seu comportamento.

Segundo Morisky e cols. (1998), outros fatores interferem na escolha de uso ou não de preservativo com os parceiros fixos. Em pesquisa realizada pelo autor, 55 % das entrevistadas revelaram que o preservativo causa desconforto e dor, isto decorrente da falta de lubrificação. A pesquisa também demonstrou que as profissionais do sexo são menos propensas a usá-los com seus parceiros regulares. Das entrevistadas, 58, 5% (1090), disseram que os preservativos são ofensivos aos parceiros regulares, 73,6% (1191) dizem que preservativos são mais apropriados para usar com parceiros casuais, 64,7% (780) revelaram que nunca os usam quando se relacionam com o parceiro fixo. Nesta pesquisa, 68, 8% das entrevistadas também relataram não terem usado preservativo na sua última relação sexual. Esses dados mostram a complexidade do uso de preservativo entre mulheres profissionais do sexo e seus parceiros fixos.

Ratliff (1999) mostra como as mulheres tentam manter distância de uma identidade estigmatizada como profissional do sexo. Como forma de superar o estigma referente a sua identidade, as mulheres fazem determinadas escolhas frente a prevenção da AIDS. Quando existe a relação com homens que as mulheres entendem como namorados, ocorre uma probabilidade maior de não usar o preservativo. Ao contrário, quando elas entendem o homem como um cliente, o uso do preservativo serve como prerrogativa para a relação sexual.

Segundo Guimarães (1996b), podemos entender que as mulheres profissionais do sexo, quando estão nas suas relações familiares, dos afetos, onde não há o intermédio do dinheiro na relação, tornam-se tão vulneráveis quanto qualquer outra. Pesquisas demonstraram que, entre mulheres com relação estável de conjugalidade, o ato de sugerir a utilização de preservativo com o marido pode ser tão perigoso quanto a doença. A violência, a crise conjugal e o abandono são os resultados esperados. As mulheres, em muitas situações, perdoam aos maridos desde que eles cumpram as suas obrigações de casa. O risco de infecção muitas vezes é suportado porque a mulher resiste a ser acusada de transgressora. Assim, ela assume atitudes e comportamentos passivos frente a epidemia,

“(…) se examinarmos a vida particular da prostituta, fora do campo de batalha, vemos que ela se apresenta com a roupagem de mulher igual às outras e se julga tão feminina e normal quanto. É justamente aqui, no mundo resguardado do lar, lugar de afetos e afazeres sem ‘preço’, que as duas mulheres se encontram. Paradoxalmente no convívio do lar, é que reside o maior risco para ambas as mulheres” (Guimarães, 1996b, p. 318).

O lar para estas mulheres representa um espaço “conhecido”, lugar que as tornam iguais a qualquer outra mulher. O relacionamento amoroso, através da conjugalidade, pode ser uma forma de vulnerabilidade frente a AIDS.

Em pesquisa de Guimarães (1994), as entrevistadas relacionavam o termo “conhecer” como organizador do mundo afetivo-amoroso das mulheres. As mulheres entendiam que apenas “mulheres de rua” relacionam-se com homens que não conhecem, “(...) o conhecer é uma categoria estruturante das relações sociais e sexuais, uma garantia de segurança que leva a aproximação e maior intimidade” (p. 260).

O fato do homem ser responsável por colocar o preservativo faz dele peça fundamental na relação de prevenção da AIDS. A recusa masculina torna a mulher mais vulnerável ao risco do HIV. A dificuldade de solicitação do preservativo é relatada pelas mulheres. Quando usavam preservativo com os companheiros alegavam que seria para prevenir a gravidez e não a AIDS, pois esta colocação ofendia menos os parceiros.

Segundo Heilborn & Gouveia (1999), pesquisando mulheres de classes populares, estas revelaram não usar o preservativo para não gerar desconfiança no parceiro. Outra questão é a dificuldade em negociar o uso do preservativo com os maridos, devido ao desconforto tanto deles quanto delas. “Para as mulheres dos grupos populares, o sexo apresenta-se como uma freqüente estratégia no estabelecimento de vínculos, possibilitando-lhes a realização da aliança” (p.190).

De alguma forma, as relações devem preservar o valor-família. Este valor é atribuído pelas mulheres para suas relações conjugais e é fundamental o *status* social que uma mulher da classe popular confere à conjugalidade. Esta situação torna as mulheres em relação de conjugalidade muitas vezes mais vulneráveis, tanto individual quanto coletivamente.

Com estas considerações sobre os aspectos de vulnerabilidade, tanto sociais quanto individuais, tentaremos entender como as respectivas entrevistadas elaboram os conhecimentos sobre AIDS e quais atitudes preventivas praticam a partir do seu tipo de relacionamento - profissional ou afetivo. Para tanto, utilizaremos como base para nosso estudo a Teoria das Representações Sociais e a Teoria das Atitudes.



## 1.2. Teoria das Representações Sociais e Teoria das Atitudes

Com objetivo de entender a forma como pensam e agem estas mulheres diante da AIDS, utilizamos o campo de conhecimento da psicologia social e, em especial, as teorias das Representações Sociais e das Atitudes.

O estudo clássico que originou a Teoria das Representações Sociais foi *La psychanalyse, son image et son public* (1961, 1976), realizado por Moscovici, em Paris, no final da década de 50. Nessa obra, o autor estudou a representação social da psicanálise para grupos específicos daquela cidade. O seu objetivo era compreender como a teoria psicanalítica se disseminava de forma diferente nos diversos grupos. Este estudo foi realizado a partir de uma necessidade que Moscovici sentia em redefinir o campo de estudo da Psicologia Social, tendo como ponto de partida o fenômeno das representações sociais.

O termo representação social, segundo Moscovici (1998), parte do conceito de representação coletiva criado a partir de Durkheim e Lévi-Bruhl. Estes autores preocupavam-se em criar uma teoria que explicasse o pensamento mítico, mágico e religioso. Na compreensão de Durkheim e Lévi-Bruhl, havia a necessidade de uma teoria que explicasse fenômenos como pensamento social, a comunicação e a semiótica. Para Durkheim “(...) as representações colectivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenômenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum” (Vala, 1993, p. 368). A partir da afirmação de Durkheim, da teoria da linguagem de Saussure, da importância da idéia de desenvolvimento cultural de Vigotsky e, ainda, da teoria das representações infantis de Piaget, Moscovici elaborou sua Teoria das Representações Sociais (RS). Esta teoria pretende dar conta dos fenômenos objetivos existentes na relação entre os homens, com a natureza e a sociedade, compreendendo os processos de influência que o fenômeno das representações sociais exerce sobre os seres humanos nas suas ações cotidianas. A teoria das RS visa resgatar a compreensão do mundo, a partir dos conceitos elaborados pelos grupos, indo ao encontro das explicações disseminadas no “senso comum” (Moscovici, 1978).

→ Segundo Moscovici (1981), as representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas como “teorias do senso comum”, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Elas se parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social formaliza uma

“(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”(Moscovici, 1978, p. 26).

De acordo com Jodelet (1984), a representação social é uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que faz com que isso aconteça se dá pelo contexto concreto no qual estas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das idéias respectivas de um determinado grupo social.

A partir do conceito de representação social, devemos compreender como esta se estrutura através das relações simbólicas e da comunicação dentro dos campos de conhecimento grupal.

Para Moscovici (1998), as formas de identificação concreta das representações sociais estão nas comunicações em geral, onde se elaboram os conhecimentos de senso comum. É importante ressaltar que as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos de senso comum, mas, também, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado.

As representações sociais são constituídas a partir de uma forma de construção e reconstrução de sentidos dos objetos socialmente representados pelos grupos. Estas não devem ser compreendidas como uma simples cópia, interiorizada, de uma imagem vinda do exterior para a introjeção das pessoas. Elas devem ser pensadas como um processo de construção simbólica, a partir da realidade de determinados grupos (Jodelet, 1984).

Conforme Moscovici (1978), as representações sociais possuem três dimensões: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A informação está relacionada com a sistematização de um conhecimento que determinado grupo tem sobre um objeto social. Esta informação condiciona o tipo de representação que o grupo terá do objeto. O campo de representação ou imagem, “(...) remete-nos à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação” (Moscovici, 1978, p. 69).

Das três dimensões, as atitudes são as mais freqüentes, pois referem-se à tomada de posição, positiva ou negativa, que os grupos efetuam frente ao objeto representado. Segundo Moscovici (1978), antes mesmo de alguém ter informação de algo, já tem uma atitude frente a ele.

Veremos como a representação social se constitui como fenômeno. Ela é um fenômeno que é fundamentalmente elaborado e compartilhado entre os grupos sociais, através das relações

interpessoais. Para se constituir como expressão de uma determinada forma de pensamento socialmente compartilhado, são necessários alguns fatores que fazem a representação tomar este lugar de pensamento de “senso comum”. Segundo Vala (1993), existem três fatores sociais que constituem as representações sociais. São eles: *dispersão da informação, focalização e pressão a inferência*.

A *dispersão da informação* acontece quando a informação vai se disseminando de várias formas, conforme as características dos grupos por onde ela passa. “A informação não circula da mesma forma, como não circula o mesmo tipo de informação em todos os grupos sociais, como ainda a ambigüidade da informação não se manifesta da mesma forma para todos” (Vala, 1993, p. 364).

A *focalização* é um fenômeno marcado por questões como: moralidade, interesses profissionais e posicionamento ideológico. Estes fatores fazem com que o conhecimento do indivíduo seja “filtrado” por um conhecimento que seu grupo tenha como parâmetro. Assim, irá representar um objeto de uma forma mais sólida ou dinâmica, dependendo do objeto representado e do conhecimento que este sujeito, ou grupo, já tenha.

A *pressão a inferência* acontece quando um indivíduo ou grupo toma uma determinada posição frente a um objeto, a partir de seu posicionamento social, que faz com que ele possa produzir uma opinião rápida de acordo com suas estratégias de reconhecimento da realidade.

No estudo de Moscovici sobre a psicanálise, entre diferentes grupos pesquisados, o autor encontra uma psicanálise transformada pelos “pensadores amadores”, pessoas comuns que resolvem discutir a nova ciência dando novo significado a ela. Assim, a teoria não preservava mais as características originais. Havia uma diversidade de significados elaborados pelos que tomaram a teoria e a transformaram, através das relações grupais e sociais (Moscovici, 1978).

Os grupos são pensantes porque dão sentido para suas ações, agindo por suas necessidades no mundo. Quando Moscovici (1978) chamou alguns grupos sociais de “sábios amadores”, estava se referindo àqueles que, mesmo sem serem especialistas, propunham-se a discutir a teoria psicanalítica. Estes grupos, de alguma forma, apropriam-se dos conhecimentos disseminados socialmente, transformando-os de uma forma a compreendê-los. Assim, os sábios amadores vivem a divisão de um mundo caracterizado como universo reificado e universo consensual.

De acordo com Oliveira & Werba (2000), o universo reificado caracteriza-se pelo conhecimento científico e objetivo, geralmente sistematizado por técnicos através de conceituações abstratas. Neste universo há uma divisão entre os que têm competência técnica sobre o assunto e as pessoas leigas, causando assim uma diferenciação entre estes dois mundos

de explicações da realidade. No universo consensual, onde circulam as teorias de senso comum, as interações se dão entre pessoas comuns que, através das práticas interativas cotidianas, produzem as representações sociais. Nesse universo, nenhum destes integrantes possui uma competência reconhecida sobre o tema discutido, mas possuem liberdade e igualdade para debaterem e produzir as representações sociais.

Para entendermos melhor como funcionam estes universos, devemos identificar quais são os processos que estruturam uma representação social como objeto compartilhado por um determinado grupo. Os dois processos que irão constituir estes universos são: ancoragem e objetivação, fundamentais para a estruturação das representações sociais para um grupo. Estes processos são importantes para tornar um fenômeno, de maneira geral, uma representação social, ou seja, como um conhecimento que é transformado e partilhado pelo senso comum (Moscovici, 1981).

A *ancoragem* é um processo de classificação onde o não-familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar e identificado. Esta identificação é quase sempre um juízo de valor, pois uma nova informação deve ser relacionada com um objeto já conhecido, sob pena de não haver a possibilidade de ancorá-lo, pois este novo conhecimento deve ter decodificação (Oliveira & Werba, 2000). Ela acontece em dois momentos: antes e depois da *objetivação*. Quando acontece antes da *objetivação*, ela exerce um poder de nomear (categorizar) fenômenos para os grupos sociais. Quando acontece depois, refere-se a uma função social de classificação.

Segundo Moscovici (1981), a classificação é uma das principais características da *ancoragem*, pois necessitamos atribuir uma característica, ou um rótulo, a algo que não nos é completamente conhecido. A classificação realizada pelo processo de *ancoragem* é uma forma de “dar um lugar” a um determinado objeto, dentro de um conjunto de conhecimentos já representados por um determinado grupo. Quando um grupo atribui um determinado valor a um objeto, ou a uma pessoa, geralmente o faz pensando positivamente ou negativamente, pois é uma atribuição pautada exatamente nos juízos de valores já estabelecidos, tanto por ele quanto por seu grupo. A classificação significa o enquadramento ou o atrelamento de uma imagem previamente pensada, de um objeto ou pessoa a um determinado grupo. Por exemplo, quando pensamos em uma mulher que se prostitui, a caracterizamos através de suas roupas, seus hábitos e pensamentos, sempre a partir do que julgamos ser o comportamento de uma prostituta. “Classificar uma pessoa como neurótica, pobre ou liberal não é constatar um facto, é atribuir uma posição numa taxonomia que decorre de representações sobre a doença mental, a natureza humana ou a natureza das relações sociais” (Vala, 1993, p. 363).

A classificação é descrita em dois processos, a generalização e a individualização. A generalização é quando quem está ancorando consegue aproximar a imagem de um objeto não-familiar, que se encontra a sua frente, com um que seja familiar. Já o processo de individualização ocorre quando o novo objeto que está sendo ancorado é visto com uma grande distância dos objetos já reconhecidos por este que o está ancorando, criando uma imagem de objeto desviante de um modelo preestabelecido. A nomeação (categorização) é entendida por Moscovici (1981) como um processo fundamental para a *ancoragem*. Dar nome a um determinado objeto, ou a algo, significa inserir este objeto dentro de uma “matriz de identidade”, conferindo-lhe determinado *status* e determinadas características. Necessitamos dar nome aos objetos, pois, do contrário, não conseguimos comunica-los como imagens passíveis de compreensão para o grupo. A nomeação pode produzir três efeitos: a) o nome permite que uma pessoa ou objeto seja descrito com uma certa atribuição de qualidades e intenções sobre ele; b) o nome dá a possibilidade de distinção de objetos ou pessoas pelas suas características distintas; c) o nome torna algo ignorado, até então, em algo reconhecido.

A *objetivação*, assim como a *ancoragem*, é outro dos processos fundamentais para o fenômeno das representações sociais. A *objetivação* pode ser definida como a “(...) forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e formam expressões de uma realidade vista como natural” (Vala, 1993, p.360). Como definiu Moscovici (1978), a *objetivação* faz um conceito tornar-se realidade, dando materialidade a ele, através de uma imagem. A *objetivação* tenta tecer as palavras que circulam em nosso cotidiano, com algo que até então se desconhece; liga “a palavra à coisa”

O processo de *objetivação* se dá por três etapas distintas: *redução*, *esquematisação estruturante* e *naturalização*. A *redução* consiste em uma diminuição mais precisa da comunicação. Reduz-se um fenômeno em partes para poder explicá-lo melhor, mas acentua-se outros pontos, mais centrais para o grupo, com o objetivo de dar maior sentido e o grupo poder entendê-lo melhor. A *esquematisação estruturante* são noções que constituirão relações padronizadas e estruturadas de conhecimento que irão formar a representação social. A explicação sobre um determinado fenômeno vai se estruturando e tornando-se socializada para determinado grupo. Na *naturalização*, percepção do grupo é encarada como realidade e materialidade. Os grupos vão explicar os fenômenos que acontecem no mundo, a partir das imagens e metáforas que este mesmo grupo tem sobre a realidade (Vala, 1993).

A representação social tem funções específicas para os grupos que compartilham essas teorias de senso comum. A partir desta perspectiva, Moscovici compreende como o homem vai tornando os conhecimentos científicos socializados, para com isso explicar sua realidade e o mundo e, assim, identificar-se com seu grupo. As representações sociais fazem com que esta forma de pensar o mundo crie condições para o homem entendê-lo: “(...) a representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas conseqüências” (Moscovici, 1978, p.44).

Para Moscovici (1978), as representações têm por função “(...) uma *produção* de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma *reprodução* desses comportamentos ou dessas relações” (p.50. grifo do autor).

Conforme Jodelet (1984), devemos compreender que uma representação social sempre está simbolizando algo, uma pessoa, um objeto, ou mesmo um acontecimento. Ela não é uma simples tradução da realidade e sim uma nova leitura. A representação social pode ser compreendida a partir da relação que os grupos estabelecem com o mundo e as coisas, através de um olhar objetivado deste grupo, a partir do lugar social, cultural e econômico que ocupam os integrantes deste. Isto quer dizer que há uma construção simbólica, que faz com que os grupos e indivíduos dêem novos sentidos aos fatos que circundam suas vidas e não apenas a reprodução da realidade. Ainda segundo Jodelet, as representações sociais configuram-se como formas de conhecimento, interpretação e pensamento sobre a realidade cotidiana. Esses pensamentos compartilhados fazem com que os grupos apropriem-se do mundo de uma determinada forma, dando entendimento prático às questões para as quais, até então, não havia explicação. No caso de novas descobertas científicas, as pessoas tentam dominar estes novos conhecimentos para explicar os fatos e as idéias de seu cotidiano.

As representações sociais vão agrupando-se em conjuntos de significados, que permitem a interpretação dos acontecimentos cotidianos, dando sentido aos fatos novos ou desconhecidos, auxiliando na classificação e ordenação dos fenômenos vivenciados na sociedade. Elas são uma forma de conhecimento que se universaliza como senso comum, formando um saber geral e funcional para as pessoas. Assim, o que se denomina hoje de pensamento ingênuo, ou espontâneo, é constituído a partir das experiências e conhecimentos que são recebidos e transmitidos através da cultura, da comunicação social e da educação (Jodelet, 1984).

A partir do entendimento de que as representações sociais agem sobre a forma como os grupos se relacionam na sociedade, devemos compreender quais as funções objetivas das representações sociais. Segundo Abric, citado por Sá (1996), as *representações têm funções de*

*saber*, que fazem com que elas permitam uma explicação e compreensão da realidade. “Elas definem o quadro de referência comum que permite a troca social, a transmissão e a difusão deste saber ‘ingênuo’” (p.44). As *Funções identitárias* permitem uma definição de identidade com o grupo. Esta identidade tem que estar em acordo com a inserção deste grupo dentro de um campo social, onde as regras e normas sociais vão auxiliando no controle social que o grupo tem sobre cada um dos seus integrantes. A terceira seria as “*Funções de orientação*: elas guiam os comportamentos e as práticas”. Esta função já determina antecipadamente o modelo de relação que o sujeito deve ter frente a um objeto. Esta função “(...) define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social”(p.44). A quarta das funções seria a *justificatória*, que faz com que as tomadas de posição pelo grupo sejam justificadas posteriormente. Assim, os integrantes podem explicar suas ações, enquanto atores envolvidos em processos de relações sociais. Devemos entender a função da representação social como uma forma de dar sentido às condutas dos indivíduos. A partir destas afirmações, fica presente que as representações sociais levam as pessoas a agir de uma forma ou de outra ( Abric, 1998).

### 2.1.1 Representações Sociais da Aids

A AIDS é um fenômeno social complexo, que envolve diversas variáveis que vão além dos aspectos epidemiológicos (Galvão, 2000). A Teoria das Representações Sociais tem sido muito utilizada para tentar explicar a complexa problemática social da AIDS. “Nossas representações sociais desta epidemia têm um papel importante no modo como agimos diante dela e da sua prevenção” (Camargo, 2000, p.99). Vários trabalhos vêm sendo produzidos com intuito de decifrar como determinados grupos pensam a problemática da AIDS (Joffe, 1998a, 1998b; Camargo, 1998, 2000; Tura, 1998; Souza Filho, 1998; Andrade, 1998, entre outros).

Segundo Jodelet ( 1998),

“A abordagem das representações sociais leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo de assimilação (ou não – assimilação) das informações, necessário se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da Aids nos anos 80” (p.26).

Os valores e normas sociais são importantes para o estudo das representações sociais, pois através deles os comportamentos são influenciados e transformam-se em ação. Assim, os

preconceitos e normas sociais são fatores importantes para o campo de análise social. Veremos algumas pesquisas que levam em conta esses aspectos.

Os trabalhos de Joffe (1998a; 1998b) revelam como a AIDS tem sido ligada à responsabilidade e à culpabilidade de determinados grupos sociais, entendidos como “outro”. Nestes estudos, a representação social da AIDS é atribuída à “condição estrangeira e o outro” como responsáveis pela disseminação da epidemia. Esta forma de pensar a AIDS faz com que um determinado grupo que se considere isento da infecção da AIDS veja outros grupos como perigosos. Nos relatos de pesquisa de Joffe, “(..) as pessoas com Aids são julgadas como estando ‘em falta’, ou dignas de acusação, porque contraíram um vírus” (1998a, p.303). A autora revela como a AIDS tem sido ligada a grupos marginais e a nações estrangeiras. Em sua pesquisa com homens e mulheres heterossexuais brancos e negros, e homossexuais brancos que moram em Londres, revelou que cada grupo atribui ao outro o surgimento do vírus. Os grupos elaboram representações sociais, pois necessitam explicar os fenômenos que os rodeiam.

A representação social dissemina-se muitas vezes com tanta rapidez e eficiência, que determinados grupos que são alvos de certas representações podem introjeta-la. Joffe (1998a) revela ainda a influência das emoções como medo, ansiedade e impotência diante da AIDS. Estes fatores participam na formulação de uma representação social da AIDS. A autora afirma que estas emoções, as quais se refere, são coletivas e não individuais. Ou seja “elas são o produto de representações emocionais da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular” (Joffe, 1998a, p. 319).

Podemos perceber que as representações sobre a AIDS irão estar em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora através das relações sociais e de comunicação, os quais são elaborados historicamente através de objetos simbólicos.

“A predisposição das pessoas para endossar certas representações sociais de um acontecimento, e não outras, emerge das experiências da infância ligadas às experiências da vida adulta em constante desenvolvimento, que interagem com imagens mediatizadas pelos meios de comunicação, lendas e brincadeiras populares” (Joffe, 1998a, p.317).

A relação existente entre objetos simbólicos e fenômenos sociais são fundamentais para compreendermos as representações sociais de um determinado objeto. Em uma obra interessante



de Sontag (1989) sobre as metáforas<sup>16</sup> da AIDS, esta é encarada como micro-processo como o câncer, uma invasão. Porém, quando a metáfora liga-se à disseminação, está atrelada à poluição compreendida como sujeira visão muito freqüente, tratando-se das doenças relacionadas à sexualidade. A AIDS, assim, está ligada aos comportamentos perigosos. “O comportamento perigoso que produz a aids é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinqüência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente” (Sontag, 1989, p.31). Assim como na pesquisa de Joffe (1998a), Sontag revela que, no passado, a sífilis era encarada como um mal trazido de outra localidade ou país estrangeiro. A autora ainda faz referência a uma forma generalizada de pensar, ou seja, de que a AIDS pode atingir apenas outros grupos sociais. Muitos grupos acreditam nessa possibilidade como forma de proteção pessoal contra a epidemia. É importante pensarmos que a AIDS está relacionada com uma doença, uma peste, que se transmite principalmente pela via sexual e pode levar a pessoa a morte, muito semelhante à sífilis.

“Tal como a sífilis, a Aids é uma doença concebida como um mal que afeta um grupo perigoso de pessoas ‘diferentes’ e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que ocorria antes com o câncer e ocorre agora com a Aids” (Sontag, 1989, p.34).

Segundo Joffe (1998b), em períodos onde determinada crise se agrava, o “outro” irá representar o bode expiatório. “Uma das maneiras da sociedade dominante controlar o medo é através da degradação do ‘outro’” (p.111), o qual, invariavelmente, representa o mal. Os responsáveis pela AIDS são vistos pelo mundo ocidental como pessoas que tinham o “pecado” em seu comportamento, como os homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas negras. Ver grupos específicos como doentes de AIDS é uma forma de preservação para o próprio grupo, pois os grupos designados como doentes serão vistos como tendo um “coquetel do pecado” em suas condutas. “As pessoas leigas associaram um conjunto de práticas ‘perversas’, incluindo a bestialidade e a promiscuidade sexual, a certos grupos” (idem, p. 113). A doença, AIDS, é vista no ocidente como forma de pecado e depravação.

Assim, o pensamento sobre a AIDS vai ser diferente conforme a representação que cada grupo tem desta síndrome.

<sup>16</sup> A autora concebe a palavra metáfora segundo Aristóteles, que significa “dar a uma coisa o nome de outra” (p.9).

“As ações que estão presentes nas normas ocidentais, como por exemplo um comportamento imoderado, pode figurar nas representações que os ocidentais possuem da epidemia, ao passo que ações que ofendem as culturas não-ocidentais, tais como intervenções tecnológicas em relação a corpos humanos, podem caracterizar representações de não-ocidentais em tempos de crise” (Joffe, 1998b, p. 125).

É importante entender, neste contexto da AIDS, como que os diferentes grupos vão constituindo as suas representações sociais, a partir de suas explicações do mundo. São exatamente estas explicações que vão dar sentido às práticas preventivas no cotidiano. Assim, partindo de algumas pesquisas, podemos compreender como estes grupos elaboram suas práticas preventivas a partir de suas representações sociais.

Camargo (1998), que pesquisou as representações sociais da AIDS em roteiros de spots publicitários realizados por jovens com adolescentes na França, revela que ela, está relacionada com esportes perigosos, como salto com elástico, salto de parapente, escalada, corrida de moto. Os roteiros condenam as relações sexuais sem proteção, relacionando-as ao erro e à punição. As relações que os adolescentes fizeram com o sexo sem proteção foram equivalentes a: “a) matar pessoas, b) violar jovens mulheres e c) ter relações sem o preservativo)” (p. 169). Os jovens representaram o uso de preservativo nas relações sexuais como atitudes preventivas perante a doença, mas ainda mostram-se mais preocupados em evitar relações com “outras pessoas” do que com o cuidado com a doença em si. A AIDS, neste caso, mais uma vez aparece atrelada a alguma característica externa ao seu próprio grupo. Há sempre uma necessidade de cuidado com os outros, externos ao grupo, que podem ter o vírus.

Entre determinados grupos entender a diferença nas diversas formas de representar a AIDS, é fundamental para compreendermos como a epidemia é entendida por cada um desses grupos. A partir destas questões, podemos perceber que as representações sociais da AIDS vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelo grupo que a representa.

Conforme Tura (1998), em pesquisa realizada sobre representações sociais da AIDS com estudantes de 14 a 18 anos da cidade do Rio de Janeiro, encontrou-se entre as respostas dos entrevistados dois núcleos figurativos da representação social da AIDS: “doença e morte” e “camisinha e sexo”. Com relação às palavras “morte” e “doença”, estas noções demonstram o distanciamento que a AIDS tem para o grupo entrevistado. A morte é vista como distante e é localizada em outros grupos que não o seu. A forma deste grupo perceber a AIDS, revela não haver uma mobilização de comportamentos em direção à prevenção.

Sobre as noções de preservativo e sexo, as respostas consistiram em um núcleo figurativo, que demonstra a relação ainda predominante de idéias machistas, revelando, muitas vezes, a relação existente entre o cuidado que as mulheres devem ter em relação à prevenção de doenças e a permissividade com que estes assuntos são tratados pelo sexo masculino. O uso do preservativo, mesmo disseminado, ainda se revela atrelado à desconfiança em relação ao seu uso, pois historicamente este esteve atrelado às doenças sexualmente transmissíveis.

O preservativo é eleito para evitar as DSTs e o anticoncepcional para evitar a gravidez, devido ao seu uso generalizado pelas mulheres, principalmente a partir da década de 70. Entende-se, assim, que quando a necessidade de cuidado é com as DSTs e a AIDS, o preservativo é mais utilizado, havendo em seu uso uma relação de desconfiança. Quando o cuidado está relacionado com a prevenção à gravidez, o anticoncepcional é mais utilizado, pois existe aí uma relação de confiança. “No caso da Aids, encontram-se imbricados a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo, o afeto, demandas e desejo, em conjunção com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens” (Tura, 1998, p.123). Há, através destas respostas da pesquisa, um indício de que, atualmente, para os jovens entrevistados existe uma grande diversidade de sentimentos em relação à prevenção à AIDS e às DSTs.

É importante entendermos que as representações sociais da AIDS poderão também estar vinculadas aos significados que instrumentos como o preservativo têm frente ao comportamento sexual dos grupos. Essas representações estarão influenciadas pelos valores morais que circulam pela sociedade, fazendo com que as pessoas tomem determinadas posições frente ao uso ou não do preservativo.

Em outro estudo sobre representações sociais da AIDS para adolescentes, Carvalho (1998) revela que estes vêem o preservativo “(...) como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade e de afirmação de si” (p. 91), pois seu uso entra em contradição com o discurso da fidelidade amorosa como um valor instituído culturalmente. A fidelidade marca os relacionamentos amorosos e conjugais. O preservativo implicitamente é recusado, mesmo existindo afirmações sobre a exigência do uso. A questão da fidelidade, da conjugalidade e da relação amorosa entra em choque com a solicitação do uso de preservativo, “(...) homens e mulheres, partilham a idéia de que ‘eu e o outro somos um’. Deste modo, o outro dilui-se no véu diáfano da fantasia, do desejo de completude” (p.93). Nesse caso, não há como solicitar o preservativo em uma relação de completude, pois há uma cumplicidade na relação.

Os valores agregados à idéia de fidelidade e complementaridade fazem com que haja extrema dificuldade em se fazer uma exigência de uso de preservativo de um parceiro ao outro.

Principalmente quando o parceiro é alguém de quem se gosta em quem se confia, pois o preservativo vai simbolizar a desconfiança. A AIDS, assim, será delegada a quem se desconhece e não se confia.

Podemos confirmar estas questões a partir de pesquisa realizada por Madeira (1998) com jovens de Natal de 9 a 22 anos. Nesta pesquisa, os entrevistados mostraram que elegem outras pessoas para serem alvos do risco da AIDS e assim tentam ficar imunes ao que temem – a doença. Os entrevistados referem-se mais ao uso do preservativo quando têm desconfiança com um parceiro. O preservativo para eles não está relacionado a sua auto-proteção. “Na lógica do sujeitos o uso do preservativo não se constitui numa prática associada ao relacionamento sexual. É uma exceção. Impõe-se, apenas, quando o parceiro integra o grupo dos que, em sua fala, configuram-se como OS OUTROS, os diferentes de si” (p. 68). A confiança representa um sentimento de afetividade e cumplicidade onde a proximidade pode ser um dos elementos que influenciam neste comportamentos. A desconfiança está relacionada ao perigo, ao desconhecido e a uma certa distância que se mantém de determinados grupos. Cada representação estará vinculada a uma rede de significados que cada elemento constitutivo de um grupo dá ao outro.

“A representação social da Aids articula-se, também ao sentido atribuído à mulher, ao homem e à sexualidade, no contexto concreto de vida e de relação destes jovens: passividade e independência, submissão e autonomia configuram assimetrias que se complementam na atribuição do prazer e de sua busca, ao homem, e da passividade e da negação de si, à mulher” (Madeira, 1998, p. 72).

Como a AIDS está diretamente relacionada com questões relativas à sexualidade, devemos perceber as diferenças existentes entre homens e mulheres neste campo. Assim, há várias crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina que serão influenciadas a partir das representações sociais que temos sobre elas. No caso das relações de intimidade, estas não podem ser desprezadas devido às características que estas mediações sociais interferem nos comportamentos de prevenção.

Segundo Gilman, citado por Giami (1998), “as mediações são definidas como o momento da relação entre indivíduos, no qual os discursos dominantes num grupo específico são negociados, das aspirações e das exigências dos diferentes parceiros” (p.212). Os parceiros sexuais irão agir conforme os modelos e regras de condutas orientadas pelos estereótipos da sexualidade de cada época e cultura. Day, em pesquisa realizada com prostitutas percebeu que estas diferenciavam sexo pago, do sexo não pago. O uso do preservativo era restrito ao

relacionamento pago, em sua atividade profissional, enquanto no relacionamento das mesmas com parceiros regulares, onde a relação era considerada “íntima” ou “amorosa”, não faziam uso de preservativo. Os critérios descritos para a seleção de um parceiro são: “o sentimento amoroso, ‘o conhecimento’ do parceiro, a proximidade social, a aparência física e o tipo de relação entre os parceiros” (p.221). Há uma semelhança das pesquisas citadas no capítulo anterior, que é a distinção do sexo venal do sexo afetivo, o que reflete diretamente nos comportamentos preventivos. Segundo Silva e Bilal, citado por Giami (1998), diferente comportamento foi encontrado nos prostitutos masculinos, os quais defmiam com quem usar preservativo através de estereótipos como “bonitos” e “feios”. No entendimento deles, com os bonitos não haveria risco tão eminente. Quanto aos “maus ou feios”, o cuidado deveria ser redobrado. Estes, também consideravam menor o risco de entrar em contato com o HIV quando a parceira era mulher. Neste caso, ainda é presente a concepção de que mulheres não transmitem o HIV. Este pensamento, ainda corrente, teve princípio na idéia de que a AIDS seria uma epidemia apenas de homossexuais (Guimarães, 1996a).

Entre as mulheres, de maneira geral, as estratégias são quase sempre voltadas à fidelidade, já que ter relação com um parceiro fixo pode significar, alguma segurança. Este comportamento, por não se tratar de comportamento “promíscuo”, é mais aceito na sociedade.

Em pesquisa realizada entre mulheres das classes populares do Rio de Janeiro, as respostas das entrevistadas sobre as estratégias utilizadas para a prevenção da AIDS apontam em primeiro lugar para a escolha de um parceiro único e, em segundo, o preservativo. Entre as mulheres entrevistadas, as casadas usavam a discussão racional sobre o uso do preservativo com seus parceiros, enquanto as solteiras, com relacionamentos mais independentes e ocasionais, tinham mais liberdade para a imposição do preservativo ao parceiro (Sousa Filho, 1998). Para muitos grupos, o fato do conhecer as pessoas com quem se relaciona é uma forma de prevenção do HIV. Este pensamento sustenta-se na confiança entre parceiros, questão fundamental para os relacionamentos estáveis ou conjugais.

É importante pensarmos que para as mulheres, como grupo diferenciado dos homens, as representações sociais da AIDS muitas vezes configuram-se de formas distintas. Os estudos citados anteriormente indicam questões relativas às representações sociais da AIDS, como intimidade, amor e confiança. Estes fatores demonstram ser condicionantes nas estratégias preventivas.

Fatores como as mudanças nas representações sociais da AIDS influenciam nas estratégias preventivas de mulheres e homens diante da epidemia. É o que demonstra pesquisa realizada por

Camargo (2000), que aborda as representações da sexualidade e da AIDS para estudantes universitários, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nestes trabalho foram pesquisados dois grupos de homens e mulheres, de dois diferentes centros da universidade (Centro de Ciências da Saúde/CCS e Centro de Ciências Sócio-Econômico/CSE). A pesquisa revelou que há uma mudança na compreensão da epidemia entre jovens franceses no início da década de 90 (Morin e Vêrges apud Camargo, 2000). A representação social que se tinha da AIDS era de “doença” e “morte”.

A pesquisa de Camargo (2000) revela que o núcleo figurativo da representação social entre esses grupos pesquisados por ele, estruturou o referido núcleo a partir da noção de “prevenção sexual”. Esta noção provavelmente está pautada na maior possibilidade de tratamento nos dias de hoje e das ações preventivas em relação as DSTs e AIDS. Mas a relação entre conhecimento das características da doença, assim como suas formas de tratamento e prevenção, não se traduzem automaticamente em mudanças das representações sociais. Mesmo com a representação social da AIDS estando relacionada com a prevenção sexual, segundo esta pesquisa homens e mulheres compartilham a noção de AIDS atrelada à promiscuidade. As mulheres atribuíram à desinformação o fato das pessoas contraírem o vírus; já para os homens, a infecção da AIDS se dava por um descuido da pessoa que se infectava com o vírus.

A mudança das representações sociais da AIDS, provocada pela informação, ainda mostra-se como uma dificuldade. Estudo de Avi (2000) revela que a informação não muda de imediato, a representação social em um determinado grupo. Esta pesquisa sobre as representações da AIDS para profissionais de saúde (profissionais da enfermagem, medicina, odontologia e psicologia) identificou que, mesmo para profissionais qualificados e capacitados para trabalhar com a temática, as representações mais frequentes em relação à infecção está ligada à morte. Mesmo entre estes grupos, manteve-se presente a concepção já relatada anteriormente, sobre a idéia de que a AIDS ainda pertence a determinados grupos de risco. Muitas vezes, os entrevistados discriminam as pessoas que contraíram o HIV e ausentam o seu grupo desta possibilidade. O medo aparece de forma intensa nas entrevistas, expresso de formas diferentes por cada um dos entrevistados. Muitas vezes o medo surgiu como forma de negação. “A categoria negação aparece como um mecanismo eficaz na tentativa de erroneamente sugerir que há uma diminuição de risco de infecção” (p. 96)

Portanto, é de fundamental importância que entendamos que as estratégias de prevenção dos grupos estão de acordo com as explicações do cotidiano, construídas através do universo

consensual. É assim que as teorias práticas, inseridas nas representações sociais, orientarão os comportamentos preventivos ( Jodelet *apud* Tura, 1998).

### 2.1.2 A dimensão das atitudes perante a AIDS

Como foi apresentado na primeira parte deste capítulo, a representação social é constituída de três dimensões, sendo a dimensão das atitudes a mais freqüente. Talvez, das três dimensões esta seja, “geneticamente primordial”, pois faz com que os grupos se posicionem frente a um objeto. Os grupos representam ou se informam a partir de uma posição tomada frente a um objeto, ou seja, tomam uma atitude (Moscovici, 1978).

Estudando as atitudes, podemos antecipar alguns comportamentos, já que através delas podemos nos adequar de forma mais estável à realidade social que se vive. Além disto, as “(...) atitudes formam a base de uma variedade de situações sociais importantes, tais como relações de amizade, conflito, agressão, formação de grupo” (Rodrigues, 1992, p. 342).

Para Moscovici (1978), a representação social tem em sua dimensão atitudinal uma função prática. Esta dimensão vai direcionar o grupo a uma tomada de posição diante de algo representado, condicionando a ação dos grupos diante da informação e da representação deste objeto.

A Teoria das Atitudes tem sido historicamente utilizada na Psicologia Social para entender como estas influenciam diretamente as ações comportamentais dos grupos, havendo uma variedade de conceituações teóricas sobre a mesma (Rodrigues, 1992; Lima, 1993; Myers, 2000). Dentre estas, utilizaremos uma definição de Rodrigues (1992),

“(...) podemos definir atitude social como sendo uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto” (p. 345).

Assim, o conceito de atitude tem a preocupação de mediar teoricamente “(...) a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos” (Lima, 1993, p.168). Portanto, é por esta característica que Moscovici a utiliza para compreender como os grupos representam algum objeto a partir de uma atitude tomada frente ao mesmo.

Partindo do conceito de atitude citado acima, devemos entender como estas se constituem. As atitudes constituem-se de três formas: a) são apreendidas através da história, expressando o posicionamento de determinado indivíduo ou grupo frente a um fato; b) sempre refere à

determinado objeto ou acontecimento social; c) referem-se a uma forma avaliativa e afetiva frente a um determinado objeto social. As atitudes quase sempre expressam-se contra ou a favor de determinado fato (Lima, 1993).

A formação de atitudes tem um papel importante na preservação e construção das identidades de grupo, na manutenção da ordem social e na integração social dos indivíduos. De maneira geral, encontramos semelhanças nas atitudes de indivíduos que pertencem a um mesmo grupo social, além de mudanças nestas atitudes quando existe uma diferenciação intergrupala. Podemos perceber que a atitude depende de variáveis sociais que a condicionam. É através destas variáveis, condicionantes das atitudes, que os grupos vão elaborando os comportamentos e ações no mundo social.

“As atitudes não nascem num vácuo social, mas, pelo contrário, são fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo” (Lima, 1993, p.170).

As atitudes podem ser entendidas como intenções de comportamentos, porém elas se traduzem em ações concretas apenas sob algumas situações: a) que as influências sociais sejam minimizadas perante as atitudes; b) se a atitude corresponde ao comportamento previsto e c) se a experiência direta faz recordar uma determinada situação, o que possibilita que uma atitude se potencialize em um comportamento. Assim, podemos perceber que, apesar de haver uma ligação do que pensamos, sentimos e fazemos, essa relação se faz condicionada a variáveis diversas (Myers, 2000).

Portanto, os estudos que correlacionam atitudes e saúde podem ser utilizados para o campo de conhecimento da Psicologia Social, pois as atitudes estão amparadas em um conjunto de crenças, que se organizam através da história dos grupos e fazem com que os sujeitos tenham uma predisposição para agir contra ou a favor de um objeto, em determinada situação social, como por exemplo a prevenção à saúde. Assim, os comportamentos de prevenção à saúde revelam-se como fenômeno a ser estudado através desta teoria.

Segundo Stroebe & Stroebe (1995), pesquisas sobre atitudes e saúde têm sido realizadas para entender quais relações existem entre as atitudes e comportamentos de proteção à saúde. Há uma necessidade de entender como as atitudes preventivas em relação à saúde efetivam-se em comportamentos, e quais as possíveis causas que as condicionam. O grande desafio dos psicólogos sociais é compreender como atitudes preventivas em saúde, relatadas por



determinados grupos sociais, vão correlacionar-se, efetivamente, com comportamentos de proteção à saúde.

Existem várias razões para que os indivíduos não alterem seus comportamentos de proteção à saúde, mesmo estando em situação de risco. Em algumas ocasiões, as pessoas podem subestimar seus danos à saúde quando comparam estes danos a outros que possam ter. A alteração de uma atitude pode ser condicionada a uma série de fatores sociais que as influenciam.

No interior das teorias das atitudes, há campos de estudos específicos da saúde que nos auxiliam a compreender as condicionantes sociais que podem interferir nas atitudes e, conseqüentemente, nos comportamentos dos grupos sociais quando se relacionam com as doenças. Uma das muitas teorias utilizadas denomina-se Teoria Motivacional, que se constitui na relação existente do risco que o indivíduo sente diante da doença e sua ação frente a este risco. Ou seja, quanto maior for sua percepção sobre o risco, maior sua probabilidade de enfrentá-lo. Esta teoria afirma que a motivação para uma pessoa proteger sua saúde constitui-se de três formas: “1) A percepção da gravidade do acontecimento prejudicial; 2) A percepção da probabilidade do acontecimento ocorrer ou a percepção de susceptibilidade; 3) A eficácia da resposta recomendada para evitar o acontecimento prejudicial” (Stroebe & Stroebe, 1995, p. 45).

Estes fatores coordenam a intensidade dos comportamentos de motivação de proteção à saúde e possibilitam a proteção dos indivíduos diante das situações de vulnerabilidade. Segundo Stroebe & Stroebe (1995) quando se está frente a uma ameaça à sua saúde, ou seja, em perigo, o indivíduo faz com que este perigo determine suas atitudes. O modelo de prevenção do perigo apoia-se em quatro crenças: 1) Depende da gravidade da ameaça a saúde; 2) Da existência de uma vulnerabilidade pessoal; 3) A capacidade que o indivíduo tem em dar respostas de enfrentamento (*coping*) a essa situação; 4) Minimização de ameaça da doença a partir do enfrentamento.

Se o indivíduo tem sua auto-eficácia baixa em relação a um comportamento de cuidado com a saúde, ele não se sentirá capaz de realizar uma ação preventiva no campo da saúde. Sua vulnerabilidade aumenta e sua intenção de cuidar-se não. Devemos, então, compreender, que os indivíduos ou grupos terão atitudes de prevenção em relação às doenças condicionados aos aspectos cognitivos ou situacionais. Estas atitudes podem, de uma determinada forma, direcionar a forma como estes indivíduos agem por meio de comportamentos preventivos face a uma determinada doença. No caso das doenças como a AIDS, estas atitudes preventivas são objetos importantes de estudo, podendo indicar comportamentos favoráveis ou não às estratégias de prevenção, como a utilização do preservativo, por exemplo.

Em estudo realizado com 300 adolescentes sobre uso de preservativo, estes revelaram que as dificuldades no uso do mesmo focalizavam “(...) crenças relativas à redução do prazer, à dificuldade no uso e à resposta provável do parceiro relativamente a sua utilização” (Stroebe & Stroebe, 1995, p.44). Este estudo constatou “uma relação fraca entre intenção e gravidade percebida à infecção pelo VIH<sup>17</sup>, vulnerabilidade percebida à infecção pelo VIH e a percepção de eficácia no uso do preservativo” (idem).

Podemos perceber como as atitudes estão relacionadas com as pressões sociais, as quais influenciam nas transformações destes comportamentos em ações preventivas. Um exemplo disto pode ser entendido a partir dos estudos de Fisher & Fisher (*apud* Stroebe & Stroebe, 1995), cuja pesquisa revela que a informação e a motivação preventiva são importantes para as mudanças de comportamentos, mas não se traduzem imediatamente em ações preventivas. Em relação à AIDS, os autores revelam que, para haver uma atitude preventiva, é necessário que as pessoas tenham condições de negociação do uso do preservativo. Esta possibilidade de negociação influencia a prevenção da infecção pelo HIV. Estas atitudes preventivas estão expressas nos comportamentos de autocontrole diante da relação sexual e a possibilidade de resistência às “(...) pressões coercivas de um parceiro sexual que pretendesse realizar práticas sexuais não seguras” (p.227).

Assim, as atitudes preventivas não se traduzem em comportamentos de proteção por uma relação simples; elas se direcionam à ação condicionadas por situações ambientais, pressões sociais, valores e preconceitos. Estes fatores podem ser observados em outras pesquisas.

Em pesquisas sobre atitudes e conhecimentos em relação ao HIV e AIDS (Fernandes, 1998; Galvão, 1999; Fernandes e cols. 2000), os resultados demonstram vários aspectos, como questões comportamentais e econômicas que são importantes para o entendimento que estas influências têm sobre as atitudes diante da epidemia.

Galvão (1999), em pesquisa realizada com homens e mulheres infectados pelo HIV sobre atitudes e comportamentos diante da AIDS, constatou que 58,5% dos homens e 56% das mulheres revelaram manter-se abstinentes quanto ao sexo como forma de proteção ao HIV e à AIDS. Dos entrevistados, 24% dos homens e 30% das mulheres revelaram não usar preservativo para evitar a AIDS. Sobre a evolução da doença, 44% das mulheres e 25,6% dos homens responderam nada fazer para evitá-la. Das respostas sobre conhecimento pessoal da transmissão da doença, 69,5% dos homens disseram ter suficientemente, e mais de 50% das mulheres entrevistadas revelaram não ter informações de forma suficiente. Destas mulheres 38%

---

<sup>17</sup> Vírus da imunodeficiência humana.

revelaram nada fazer para impedir a transmissão a outras pessoas. As mulheres nessa pesquisa “(...) assumiram atitudes mais positivas diante de sua situação do que os homens, comunicando sua condição de ser infectada aos familiares, seguindo tratamento convencional e procurando menos por terapias alternativas” (Galvão, 1999, p. 2).

Ainda segundo esta pesquisa, mulheres têm atitudes de maior aceitação com relação a estar com a doença - o que parece refletir determinados comportamentos descritos pela pesquisa, principalmente quando se referem a usar menos preservativo que os homens. Outro fator importante revelado, diz respeito ao número significativo de mulheres entrevistadas (44%), que mesmo sabendo de seu resultado sorológico (positivo) não tomavam medida preventiva alguma perante a re-infecção pelo HIV. Este comportamento ocasiona um agravamento significativo do sistema imunológico de uma pessoa já infectada pelo HIV.

Estudo semelhante ao de Galvão (1999) foi realizado por Fernandes e cols. (2000). Trabalhando com 249 mulheres de uma região pobre da cidade de Campinas os pesquisadores buscaram determinar o conhecimento destas mulheres, suas atitudes e práticas em relação às DSTs, como agem para preveni-las e o que pensam sobre estes riscos. Das entrevistadas, 25% eram adolescentes e mais da metade tinha até 29 anos. Da amostra pesquisada, 76% diziam-se casadas ou amasiadas, 20% eram solteiras e 4%, viúvas. A maior parte das mulheres tinha parceiro estável, independente de sua situação civil.

Sobre as respostas das entrevistadas quanto ao conhecimento e as formas de contágio da AIDS e DST,

“61,3% das adolescentes e 56,2% de todas as mulheres disseram conhecer a forma de contágio através de relações sexuais. Além disso, 19,4% das adolescentes citaram o sexo sem camisinha como forma de adquirir doença. Ter vários parceiros foi a resposta para 12,9% das mulheres, ao passo que 6% referiram transfusão de sangue ou uso de drogas” (Fernandes e cols, 2000, p.6).

A maioria das mulheres sabia da utilidade preventiva do preservativo, correspondendo a 72,7% das mulheres, em geral e 77,4% das adolescentes. Um quarto destas responderam que sua forma de prevenção era o relacionamento com um parceiro único. Com relação às respostas sobre o uso contínuo de preservativo, 72,3 % das mulheres e 61,3% das adolescentes não o estavam usando no momento da entrevista. Um quinto das mulheres disse utilizar preservativo em algumas situações, enquanto 7,6% utilizavam-no freqüentemente. Das adolescentes, um terço

utilizava este recurso ocasionalmente, enquanto 8% o usavam continuamente em suas relações sexuais.

Quando perguntadas se já haviam utilizado o preservativo, e por qual motivo, 29% das adolescentes e 20% das mulheres responderam que utilizavam-no como forma de método contraceptivo e 12,9% das adolescentes o haviam feito com objetivo de evitar doenças. A justificativa mais usada sobre o não uso de preservativo com parceiros fixos foi a confiança existente no companheiro “(...) as mulheres com parceiro fixo, sejam casadas ou não, não se sentem vulneráveis a adquirir qualquer infecção, por sentirem distante o risco de contrair DST e AIDS” (Fernandes e cols, 2000, p.12).

Estes dados comprovam que o uso de preservativo nem sempre é fácil para determinados grupos de mulheres. As mais jovens muitas vezes não conseguem proteger sua saúde por condições de pobreza, ou mesmo por uma situação de desvantagem social na negociação do uso de preservativo com o parceiro.

“As mulheres sabem para que serve a camisinha e, apesar de conhecerem sua principal função – a de evitar doenças – possivelmente pela informação dada pela mídia, seu antecedente de uso e o uso atual é baixo, afora que, quando o utilizavam, referem a contracepção como justificativa. Isto denota, mais uma vez, que as mulheres sentem-se seguras e não vulneráveis a adquirir doenças, ou que sentem o risco muito distante delas.” (Fernandes e cols, 2000, p. 12).

Entre as justificativas mais comuns para o não uso de preservativo entre as entrevistadas, 27% responderam que não o utilizavam por estarem grávidas, 11% disseram não utilizar preservativo em virtude de ter parceiro fixo e 19% responderam negativamente ao uso de preservativo por usarem outro método contraceptivo (Fernandes e cols, 2000)

Podemos entender que as atitudes de mulheres com relação ao uso de preservativo em suas relações sexuais está condicionada à sua relação de conjugalidade, por exemplo, que será definida pelo tipo de relação afetiva que mantém com o parceiro. Por exemplo, quando pensa que a vulnerabilidade diminui quando se tem apenas um parceiro único. Outro fator diz respeito à utilização do preservativo, o qual é utilizado muito mais como instrumento de prevenção de doenças. O seu uso geralmente tem sido descartado para a prevenção da gravidez, devido à disseminação da pílula anticoncepcional.

É importante entendermos que essas atitudes não passam simplesmente por uma questão de quantidade de conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção do HIV. As atitudes

revelam que existem condições sociais para a realização de comportamentos preventivos em relação às doenças.

Podemos verificar como o conhecimento sobre prevenção da AIDS, não se traduz necessariamente em estratégias de proteção. É o que demonstra a pesquisa realizada por Fernandes (1998) sobre conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao HIV. Este estudo foi realizado na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, com objetivo de fazer um estudo comparativo para avaliar as evoluções ocorridas nos comportamentos em relação à AIDS. Foram entrevistadas 210 pessoas e os resultados demonstram que 75% das entrevistadas eram mulheres, as quais citaram como maiores fontes de informação em relação à AIDS, a televisão (56%), seguido da escola (13,5%). Nos dados obtidos neste estudo, demonstrou-se um aumento no uso de preservativo entre a população. No ano do primeiro estudo, em 1990, das entrevistadas 21,9% referiram-se ao uso de preservativo contra 41,1%, no ano de 1996. Ainda nesta pesquisa, 58% dos entrevistados revelou que usaria o preservativo caso fosse recebido gratuitamente. Este dado é significativo em um país como o Brasil, onde os serviços públicos de atenção à saúde carecem continuamente de investimentos. Apesar de haver um aumento entre a utilização de preservativo entre as pessoas pesquisadas, esta se revelou mais significativa entre pessoas solteiras, sem relacionamento fixo. A pesquisa encontrou uma correlação entre ser solteiro e usar preservativo ( $p < 0,05$ ), o que pode revelar a maior facilidade com que pessoas sem relacionamentos estáveis tem de prevenir-se sexualmente. Com relação às mulheres casadas entrevistadas percebeu-se “uma menor referência à mudança de comportamento sexual ( $p < 0,0001$ ), ao uso de preservativo ( $p = 0,03$ ) e, ao uso regular deste meio ( $p = 0,03$ )” (Fernandes, 1998, p.5). Mesmo com estas mulheres casadas tendo conhecimento sobre os riscos existentes de infecção pelo HIV, os números comprovaram que a relação com parceiro fixo faz com que tenham menores possibilidades de atitudes de proteção à saúde.

É necessário investigar como as representações sociais e atitudes interferem nos comportamentos preventivos, para entendermos como os grupos e pessoas orientam suas ações de proteção à saúde.

## 2. MÉTODO

O presente estudo constitui-se como uma pesquisa exploratória de caráter comparativo. Foi empregada a técnica de entrevista semi-diretiva, com intuito de coletar dados textuais como indicadores de representações sociais e de atitudes das mulheres profissionais do sexo, diante da prevenção da AIDS com parceiros fixos não comerciais e clientes.

### 2.1 Participantes:

As participantes da pesquisa foram 40 mulheres profissionais do sexo que desenvolvem suas atividades em casas de prostituição em Florianópolis<sup>18</sup>. Participaram do estudo mulheres entre 19 a 47 anos que tinham, ou não, parceiro fixo não-comercial na época da entrevista.

Os critérios utilizados para a seleção das participantes foram os seguintes: as participantes deveriam desenvolver suas atividades de sexo venal em locais específicos, como boates, bares ou apartamentos. Este critério foi assumido com o objetivo de garantir o sigilo das informações coletadas e com intuito de manter certa padronização dos dados.

A amostra foi dividida entre mulheres que têm parceiros fixos não comerciais, há pelo menos a três meses, além de mulheres que não têm parceiro fixo não comercial. Este critério foi entendido como fundamental para uma análise comparativa sobre o entendimento das mesmas sobre o uso de preservativo com parceiros fixos, não comerciais, e a utilização de preservativo com seus clientes. Outro critério para a seleção das participantes da pesquisa foi a idade. Foram entrevistadas apenas mulheres que tivessem idade superior a 18 anos.

A seleção da amostra se deu por critérios de exaustividade, através de contatos diretos com as mulheres e com os gerentes ou donos dos estabelecimentos. Vários contatos foram realizados com as pessoas que pudessem preencher os requisitos necessários, destas muitas recusaram-se a participar do estudo, devido à clandestinidade da atividade que desenvolvem. Assim, a dificuldade de acesso a esta população restringiu a pesquisa a uma amostra dirigida de aceitação espontânea por parte das entrevistadas (Selltiz, 1974).

<sup>18</sup> Apenas 3 das entrevistadas não exerciam suas atividades em "casas de prostituição", conhecidas como boates. Elas faziam programas em seu próprio apartamento. Essa modalidade de programa é muito comum e quem a desenvolve é conhecida como "massagista profissional".

## 2.2 Instrumentos de coleta de dados:

Para a realização deste estudo foi escolhido como instrumento para obtenção dos dados a entrevista semi-diretiva. Esta técnica foi utilizada, pois entendeu-se que este recurso é um dos mais apropriados para a obtenção de material textual. Esta técnica permite objetividade na coleta dos dados e, ao mesmo tempo, possibilitou respostas explicativas dos participantes da pesquisa, podendo assim, o pesquisador identificar as possíveis representações acerca do fenômeno estudado.

O objetivo do emprego da técnica de entrevista é a obtenção de material simbólico (impressões socialmente compartilhadas entre o grupo de profissionais do sexo) que permita o estudo sobre as representações sociais da AIDS, atitudes diante da AIDS e uso de preservativo entre as profissionais do sexo e seus parceiros fixos.

Em função do conhecimento do pesquisador o instrumento de coleta de dados foi elaborado numa fase anterior à entrevista piloto. As categorias foram criadas posteriormente a aplicação do instrumento. Houve, através do mesmo, o cuidado de estabelecermos perguntas que pudessem ser utilizadas para a descrição das mulheres entrevistadas. Um critério estabelecido, a partir do instrumento, foi o de coletar informações sobre a entrevistada ter ou não filhos. Ficou, então, caracterizado que 26 mulheres entrevistadas têm filhos e 14, até o momento da entrevista, não tinham filhos.

A variável tempo de atividade na prostituição foi entendida como um fator importante, portanto inserida também no instrumento. Em relação ao tempo de atividade que as mulheres vêm desempenhando na prostituição, foram estabelecidas, a partir da aplicação do instrumento, algumas categorias: 1) Mulheres que vêm desenvolvendo atividades na prostituição há menos de 12 meses; 2) Mulheres que vêm desenvolvendo atividades há mais de 12 meses e menos de 36 meses e 3) Mulheres que desenvolvem atividades na prostituição há mais de 36 meses.

No que diz respeito às causas que as levaram a entrar na atividade da prostituição, estas informações constituíram outro aspecto importante para o estudo e a partir delas, construiu-se 5 classificações que foram utilizadas a partir das entrevistas: 1) As mulheres que responderam necessidade financeira como explicação para sua entrada na atividade. Assim foram categorizadas as mulheres que revelaram necessitar de dinheiro para seu consumo pessoal como roupas e perfumes, por exemplo; 2) Mulheres que responderam que entraram na prostituição para sustentar a família ou filho. Estas foram assim classificadas por revelarem que a prostituição é uma forma de auxiliar na criação dos filhos ou no sustento da família; 3) Entrevistadas que

responsabilizaram os pais ou alguma dinâmica familiar pela sua atividade profissional. Estas responderam que a causa da entrada na prostituição foi por motivos como falta de carinho dos pais ou por terem uma família desestruturada, e 4) Mulheres que responderam ter entrado na prostituição devido a uma decepção amorosa. Estas revelaram que foram para a prostituição porque foram traídas pelo companheiro ou marido

A necessidade de entender as explicações das entrevistadas sobre os fenômenos a serem estudados fez com que fossem elaboradas questões que pudessem captar estas temáticas. Estas necessidades nortearam a formulação do roteiro de perguntas (ver anexo 1), que consistem nas seguintes temáticas: a) Conhecimento e as formas de prevenção das DSTs; b) Os métodos contraceptivos utilizados por elas em caso de não utilização do preservativo com parceiros fixos; c) O conhecimento das profissionais do sexo sobre AIDS; d) As formas de prevenção da AIDS utilizadas por elas com seus parceiros fixos e com clientes; e) Verificação do tempo de relacionamento fixo; f) Como percebe a prevenção da AIDS na sua profissão; g) Onde acredita ser mais fácil contrair a AIDS.

### 2.3 Procedimentos da pesquisa

Depois de realizado o roteiro de entrevistas foi feita uma entrevista-piloto com intuito de validar o instrumento a ser utilizado. Foi contatada uma *boate*, através de uma pessoa que trabalhava em uma destas casas, onde realizam-se programas. Após isso, solicitamos a permissão para efetuarmos a entrevista<sup>19</sup>, realizada na varanda na parte externa da casa, onde se pode ficar sem a interferência dos clientes. Feita essa primeira entrevista, e verificando-se a adequação do instrumento, iniciaram-se os contatos para a continuidade da pesquisa.

O primeiro procedimento realizado foi o contato com possíveis casas onde se pudesse realizar a pesquisa. As casas contatadas nem sempre permitiram a realização do estudo, o que inviabilizou o trabalho em muitos locais, assim como restringiu o número da amostra. Nos locais onde foram permitidos os contatos, as entrevistas foram realizadas em compartimentos das casas, como quartos, pista de dança, nos chamados “reservados<sup>20</sup>”, ou mesmo espaços externos da casa, já citados anteriormente, onde não havia alguém que pudesse interferir na realização da entrevista. É importante ressaltar que cada casa tem espaço físico diferente, com características

---

<sup>19</sup> Todas as participantes do estudo foram selecionadas a partir da disponibilidade em colaborar com presente trabalho.



heterogêneas, o que faz com que o espaço físico se modifique e, assim, os locais para a pesquisa também.

Independente dos locais onde foram realizadas as entrevistas, manteve-se procedimentos em comum que dessem padronização à pesquisa. Os procedimentos para a realização da entrevista seguiam os mesmos passos: a) Local apropriado para a entrevista sem a intervenção de terceiros; b) Apresentação do objetivo do trabalho; c) Permissão da entrevistada; d) Aplicação sistemática do roteiro de entrevista.

Em muitos casos houve resistência por parte das entrevistadas. Um fator que as incentivava a concederem a entrevista, foi o reconhecimento do trabalho por parte de gerentes, mulheres ou homens, que convenciam as garotas a participarem. Estas tranquilizavam-se quando a pessoa responsável pela casa afirmava que o pesquisador era “pessoa de confiança” e que não haveria problema em dar uma entrevista. Um segundo fator que incentivava a realização da entrevista era o fato de uma delas já ter participado da pesquisa. Assim, uma participante incentivava a outra a conceder a entrevista. Esta confiança pôde ser expressa em muitos casos, onde as próprias integrantes da pesquisa convidavam as colegas de trabalho para participarem. Outras, auxiliavam indicando quais os melhores dias para a realização de entrevistas com pessoas que ainda não haviam participado.

O que favoreceu, em muitos casos, o acesso do pesquisador em algumas casas, foi o fato deste já ter participado de uma ONG de prevenção à AIDS. A Organização Não governamental Arco-Íris Instituto de Prevenção à AIDS, com sede em Florianópolis, é reconhecida por seu trabalho junto a esta população. Mesmo assim, em algumas boates, houve posições contrárias à presença do pesquisador. Houve também posturas que “desencorajaram” a presença deste nestas casas. Isto aconteceu tanto devido aos gerentes quanto às profissionais do sexo que lá estavam. Sem contar as infundáveis desculpas e esperas às quais o pesquisador foi submetido no decorrer do trabalho.

Sobre a aplicação da entrevista, é importante relatarmos que a mesma não iniciava sem que antes fosse dada uma explicação, às entrevistadas, sobre o propósito do trabalho. Foi deixado um documento que identificava o entrevistador, como forma de garantir do sigilo no tratamento das informações coletadas.

---

<sup>20</sup> Os “reservados” são espaços como salas, em um local fechado da casa, onde o cliente pode estar junto com a profissional de uma forma mais discreta e onde algumas práticas sexuais podem ser realizadas (masturbação, sexo oral por exemplo).

Se de alguma forma, no início das entrevistas, havia desconfiança por parte daquelas que a estavam concedendo, geralmente, após o término da mesma, as entrevistadas falavam que era fácil responder as questões e que acreditavam que as perguntas fossem mais difíceis.

Houve situações nas quais estar dentro da boate gerava desconfiança no gerente, mesmo que este já tivesse permitido a realização da pesquisa. Houve momentos em que determinado gerente de uma casa veio indagar ao pesquisador se este iria montar uma concorrência à sua boate, e por isso estava conversando com as garotas. Foram esclarecidos novamente os objetivos da pesquisa para dar continuidade ao trabalho.

Muitas das entrevistas deixaram de ocorrer devido a chegada de clientes na casa. Quando os mesmos começavam a chegar, as garotas que estavam sendo entrevistadas começavam a ficar impacientes devido a possibilidade de deixarem de fazer um programa. Em muitos casos, a garota que estava vindo para ser entrevistada era abordada e deixava de responder a entrevista.

Durante as entrevistas, uma situação que algumas vezes ocorria era a ingestão de alguma bebida alcoólica, geralmente uísque ou cerveja, por parte das entrevistadas, enquanto respondiam a entrevista. Em nenhuma das entrevistas aconteceu da participante estar alcoolizada, mas deve-se registrar que este fato perpassou muitas das entrevistas realizadas, pois estas ocorriam no horário de trabalho das mesmas.

#### **2.4 Procedimentos para análise dos dados:**

Para a análise dos textos produzidos a partir das entrevistas, utilizou-se o software ALCESTE – “Analyse Lexicale par contexte d’un ensemble de segments de texte” (Reinert, 1990). Este programa é utilizado porque relaciona os dados quantitativos textuais de uma quantidade de entrevistas com o seu contexto de localização no texto. Para utilizá-lo houve a necessidade das entrevistas serem transcritas de forma a constituírem um material textual. A partir da constituição destes materiais textuais, criou-se dois arquivos. Cada arquivo foi caracterizado pelas perguntas do instrumento aplicado. O arquivo “prevenir” é constituído pelas respostas das perguntas 9 até 14, as quais questionam sobre a prevenção das DSTs e da gravidez. As perguntas 15 a 19 constituíam o segundo arquivo, chamado “garais”, cujas respostas demonstram o que as entrevistadas pensam sobre a AIDS.

Cada um dos arquivos foram denominados de “corpus”, que pode ser definido como um “conjunto de unidades de contexto iniciais (UCI)” (Camargo, 2001, p. 2). Estas unidades de contexto inicial (UCI) foram produzidas por cada participante entrevistada que representa uma

UCI. Para ser analisado, cada material foi separado a partir de “linhas de comando”, que são fundamentais para que o programa reconheça a quantidade de participantes da pesquisa, assim como suas características.

As linhas de comando deste trabalho foram constituídas por 5 itens. São eles: a) número da pessoa entrevistada, b) a faixa etária, c) existência ou não de parceiro fixo, d) existência ou não de filho, e) tempo em que começou a atividade da prostituição, f) motivos que a levaram a se prostituir. Assim, cada um dos corpus foi formado por 40 unidades de contexto inicial.

Segundo Camargo (2001), as etapas da análise padrão do programa ALCESTE são as seguintes:

Etapa A: Reconhecimento das U.C.I (unidades de contexto iniciais), separando-as em partes de texto de tamanhos iguais (chamadas UCE – unidades de contexto elementar). Nesta etapa, o programa constrói conjuntos de palavras a partir de sua ocorrência e radical das mesmas, calculando a frequência, a partir das palavras reduzidas. Ele diferencia artigos, conjunções (palavras instrumentais), das palavras analisáveis que representam o conteúdo efetivo da representação.

Etapa B: Esta etapa de cálculos que o programa realiza é fundamental. Nela, as UCEs são agrupadas a partir da similaridade de palavras. Esta divisão se dá em função das formas reduzidas destas palavras. Partindo das matrizes cruzadas com as formas reduzidas e UCEs, é aplicado o método da classificação hierárquica descendente (CHD), obtendo assim uma forma definitiva.

Etapa C: Nesta etapa, os resultados mais importantes aparecem. O programa apresenta o Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente, que irá demonstrar as relações existentes entre as classes. Ainda esta etapa, o programa irá realizar cálculos sobre cada uma das classes, fornecendo, assim, resultados que são fundamentais para a descrição das mesmas. Esta descrição será realizada principalmente pelo vocabulário característico da classe (léxico) e pelas suas palavras com asterisco ( palavras variáveis).

Etapa D: Esta é uma continuidade da etapa anterior. A partir das UCEs escolhidas em cada classe, o programa faz cálculos das UCEs mais características, possibilitando, assim, a contextualização do vocabulário mais significativo das classes. Fornece, ainda, no interior de cada classe, uma Classificação Hierárquica Ascendente (CHAs), a qual forma um Dendograma, que possibilita a visualização das relações entre palavras, dentro da cada classe.

A partir da análise destes dados, podemos alcançar as possíveis explicações das entrevistadas sobre a prevenção das DSTs, gravidez e AIDS com seus parceiros fixos e seus clientes.

### 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados serão divididos em três partes. A parte 1 refere-se aos aspectos descritivos da pesquisa com as mulheres profissionais do sexo. Nesta ficaram caracterizados: 1) Faixa etária; 2) Local de nascimento; 3) Tempo de residência em Florianópolis; 4) Tempo de atividade na prostituição; 5) Justificativa sobre ingresso na prostituição; 6) Existência ou não de parceiro fixo; e 7) Tempo de relacionamento da entrevistada.

As partes 2 e 3 foram constituídas através dos corpus das entrevistas, os quais podem ser definidos como um “conjunto de unidades de contexto iniciais (UCI)” (Camargo, 2001, p. 2). No caso desta pesquisa, estes serão instituídos pelo número das entrevistas realizadas e transcritas. Estes corpus, através de seu material textual, foram analisados para a identificação de possíveis materiais representacionais.

A parte 2 refere-se às respostas das mulheres profissionais do sexo pertinentes às perguntas sobre: métodos que elas utilizam para evitar a gravidez; o por quê da escolha desse método; os conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST); o contato com alguma DST; como faz para proteger-se das DSTs na sua profissão.

A parte 3 relaciona-se ao material textual e descreve o que as entrevistadas pensam e como agem diante da AIDS. As respostas detiveram-se à explicação que as entrevistadas sugerem para a AIDS, como elas a protegem; qual o risco que elas vêem em contrai-la na sua profissão; onde elas vêem o maior risco disso ocorrer; se elas utilizam preservativo com seu namorado, marido ou parceiro fixo, além da explicação delas a esse respeito.

#### 3.1 Caracterização do grupo de mulheres profissionais do sexo entrevistado.

Iniciaremos a análise dos resultados pela caracterização das participantes da pesquisa. Sobre a descrição da idade, das quarenta mulheres entrevistadas, metade possuía entre 19 e 26 anos e a outra metade, entre 27 e 47 anos, o que demonstra uma variação significativa entre a menor e a maior idade. A maior parte das entrevistadas - 30 delas - tinha idade entre 20 e 30 anos.

**Tabela I – Local de Nascimento das entrevistadas**

<b>Local de Nascimento</b>	<b>N.º de entrevistadas</b>
Outros Estados da Federação	20
Outros Municípios de Santa Catarina	12
Região Metropolitana de Florianópolis	4
Não Respondeu	4
<b>Total</b>	<b>40</b>

A tabela I, exposta acima, demonstra que há um número significativo de mulheres que vieram de outros Estados do Brasil, principalmente de São Paulo (9 das entrevistadas). Há, também, um significativo número de mulheres que são de outras cidades de Santa Catarina. Um número pouco significativo de entrevistadas responderam ter nascido em Florianópolis ou região. Das entrevistadas quatro não responderam.

**Tabela II – Tempo que a entrevistada está residindo em Florianópolis.**

<b>Tempo de residência em Florianópolis</b>	<b>N.º de entrevistadas</b>
Mais de 37 meses	16
Até 12 meses	13
15 meses a 36 meses	9
Não respondeu	2
<b>Total</b>	<b>40</b>

A tabela II demonstra uma certa estabilidade na residência das mulheres em Florianópolis. Mesmo vindo de outros Estados, a maioria delas encontra-se com moradia estável em Florianópolis. A segunda categoria de maior significância foi a de mulheres com até 12 meses de moradia na cidade – o que pode ser relevante se relacionado com o número de pessoas que vêm de outros Estados e cidades para realizarem as atividades da prostituição. Esta população constitui-se com características de moradia instáveis devido às constantes mudanças.

**Tabela III – Tempo da entrevistada na atividade da prostituição.**

<b>Tempo que a entrevistada realiza a prostituição</b>	<b>N. de entrevistadas</b>
mais de 36 meses	15
15 meses a 36 meses	13
até 12 meses	12
<b>Total</b>	<b>40</b>

Na tabela III, notamos que há um certo equilíbrio sobre o tempo em que as mulheres realizam a atividade da prostituição. Houve um pequeno aumento na quantidade de mulheres (n = 15 entrevistadas) que realizam a atividade há mais de três anos, o que podemos entender como uma certa estabilidade na realização da prostituição para sobrevivência. A quantidade de mulheres que iniciaram suas atividades até 1 ano demonstra pouco tempo na prostituição (n = 12 entrevistadas). Estes números estiveram muito próximos daqueles das mulheres que realizam a atividade da prostituição há mais de um e menos de três anos.

**Tabela IV – Justificativas das entrevistadas sobre seu ingresso na atividade da prostituição.**

<b>Justificativas sobre ingresso na prostituição</b>	<b>N. de entrevistadas</b>
necessidade financeira	17
sustento da família	13
causa familiar	5
relação amorosa frustrada	4
não respondeu	1
<b>Total</b>	<b>40</b>

Na tabela IV, a respeito das justificativas das entrevistadas sobre o que as levou a entrarem na atividade da prostituição, houve uma maioria de questões ligadas a aspectos financeiros e sustento de seus familiares. O que mais aparece nas suas respostas é que a necessidade faz com que entrem para a prostituição, que é a forma encontrada para conseguirem dinheiro. Segundo elas, a baixa remuneração do mercado as faz recorrer à prostituição. O sustento da família ficou logo depois, sendo justificado pelas entrevistadas pela sua função de provedoras. Foi como 13 mulheres descreveram-se dentro da família: como responsáveis pelo sustento familiar. Essas foram as respostas de 30 das entrevistas, ou seja, uma grande maioria. Mas as duas outras respostas sugerem que, para muitas das entrevistadas, sua prostituição foi causada por relações familiares frustradas (n = 5 respostas). Outras respostas, ainda, sugerem que o ingresso na prostituição se deu através de uma relação amorosa que não teve sucesso (4 entrevistadas). Houve nessa questão, uma entrevistada que não respondeu. A questão demonstra que apesar das explicações de ordem “econômica” sobre o ingresso na prostituição, deve-se levar em conta aspectos relativos a outras respostas como fortes indicadores para uma análise mais ampla da situação. Não podemos descartar a influência de questões de ordem moral e estereótipos que podem estar influenciando as respostas.

Com relação à existência de relacionamentos fixos no momento da entrevista, 18 das entrevistadas responderam que tinham parceiro fixo e 22 responderam que não tinham parceiro fixo, o que revela uma certa equidade dentro da amostra.

Das 18 que tinham parceiro fixo é interessante entendermos qual o tempo de relacionamento das mesmas.

**Tabela V - Tempo que as entrevistadas têm de relacionamento**

<b>Tempo de relacionamento</b>	<b>N.º de entrevistadas</b>
3 meses a 12 meses	10
Mais de 37 meses	5
13 meses a 36 meses	2
Não respondeu	1
<b>Total</b>	<b>18</b>

Na tabela VI, os dados revelam que das 18 mulheres que têm parceiro fixos e que 10 delas estão com eles entre três e 12 meses. Isto significa dizer que mantêm relacionamentos relativamente recentes. Nos relacionamentos mais duradouros, que sugerem uma estabilidade maior, apareceram cinco mulheres que têm relacionamentos há mais de três anos. Cinco mulheres mantêm relacionamentos entre um a três anos. Apenas uma entrevistada não respondeu a pergunta. Nesta questão, fica evidente que, para mais da metade das entrevistadas, os relacionamentos são recentes, com menos de um ano, o que pode caracterizar uma maior troca de parceiros fixos em uma menor quantidade de tempo.

### **3.2 Análise dos resultados do corpus 1 sobre prevenção das DSTs, gravidez e sobre o uso de preservativo.**

A partir deste momento, relataremos os resultados conseguidos através da análise textual produzida pelas respostas das entrevistadas. Este corpus 1 foi orientado para observar as respostas das entrevistadas sobre a prevenção das DSTs e da gravidez, buscando-se, assim, identificar como as profissionais do sexo diferenciavam a prevenção de uma e de outra. As perguntas que orientaram a produção deste material foram as seguintes: 1) Você utiliza algum método para evitar gravidez?; 2) Qual método você mais utiliza?; 3) Por que utiliza este método?; 4) O que você sabe sobre doenças sexualmente transmissíveis (venéreas)?; 5) Você alguma vez pegou alguma doença destas? e 6) Como você faz para se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis (doenças venéreas) na sua profissão?



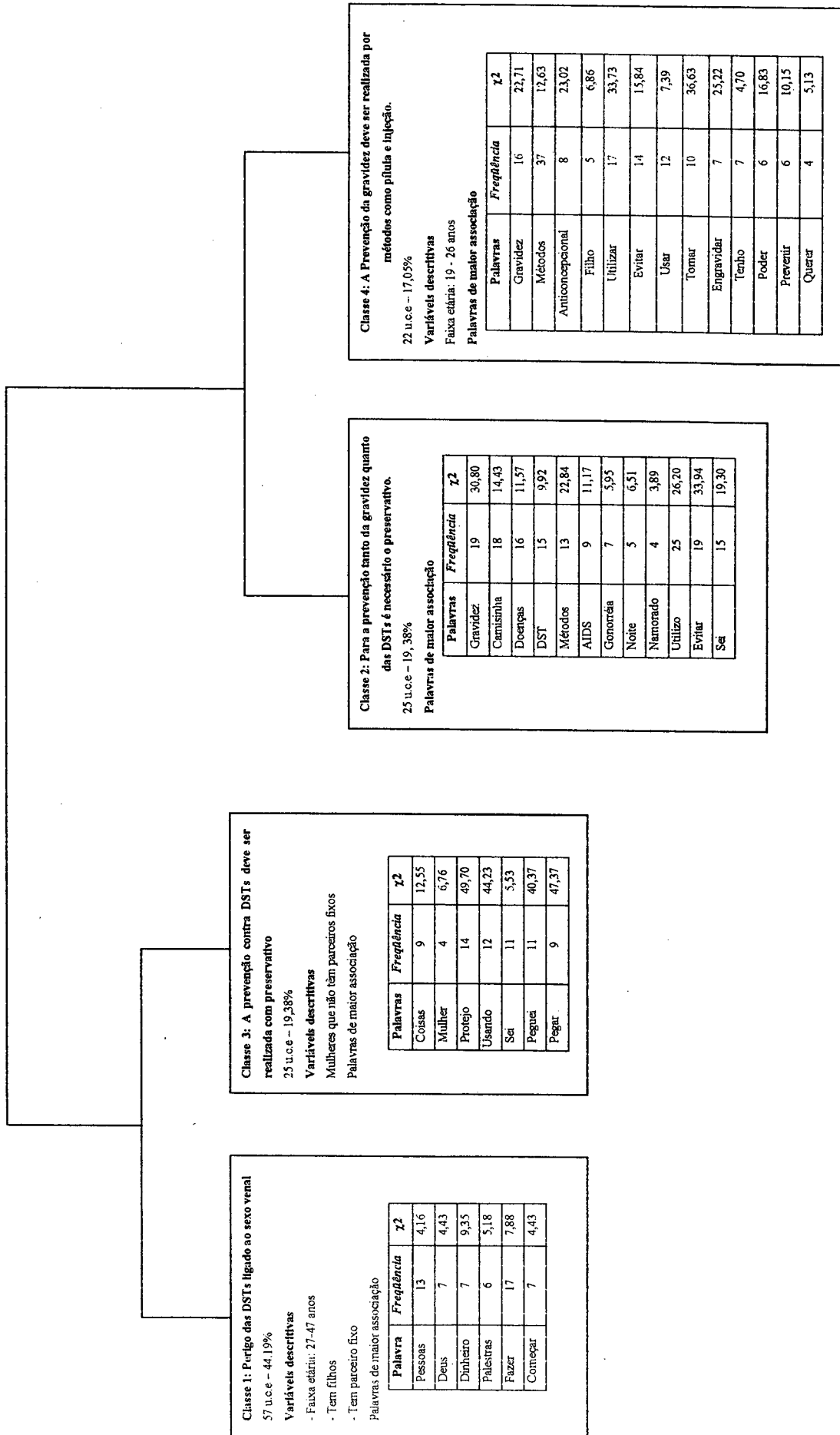
O corpus 1 analisado foi composto de 40 unidades de contexto iniciais (UCI), representando 40 entrevistas. Este corpus foi dividido em 163 UCEs e a análise hierárquica descendente considerou para análise 129 UCEs, ou seja, 79,14% do total das UCEs que o corpus 1 possuía.

Houve, neste corpus, um total de 6491 palavras distintas verificadas e 1084 ocorrências de palavras diferentes, indicando uma média de 6 ocorrências por palavra. Foram consideradas para análise palavras com  $\chi^2 \geq 3,84$ .

Depois de realizada a redução das palavras às suas raízes, obteve-se 158 palavras com possibilidade de análise (com frequência superior ou igual a 4), 107 palavras instrumentos e 54 palavras que representam variáveis. As 158 palavras analisáveis ocorreram 2229 vezes.

O Dendograma 1 apresenta as quatro classes obtidas através da análise hierárquica descendente que o grupo de profissionais do sexo relacionou ao perguntarmos sobre prevenção às DSTs, gravidez e sobre o uso de preservativo nas relações sexuais.

**Fig. 1 DENDOGRAMA 1: Classificação Hierárquica Descendente sobre a Distribuição das classes estáveis da prevenção às DSTs, gravidez e uso do preservativo para as profissionais do sexo – Grupo de profissionais do sexo (n=40). Florianópolis, 2001.**



No Dendograma 1, os títulos de cada uma das classes foram nomeados a partir dos conteúdos que surgiram das UCEs. A partir do Dendograma apresentado, pode-se verificar a divisão do corpus 1 em quatro grandes classes, as quais foram agrupadas a partir de sua proximidade de conteúdo. As classes 1 e 3 apresentaram respostas mais voltadas para a prevenção das DSTs. Nas classes 2 e 4 foram descritas questões como prevenção às DSTs e gravidez. Sendo que a classe 2, mais especificamente, demonstra esta influência e a classe 4 indica uma preocupação maior com a prevenção à gravidez.

### 3.2.1 Classe 1: Perigo das DSTs ligado ao sexo venal

Em função do número de UCEs que compõem esta classe (57 u.c.e – 44,19%), ela foi considerada uma das mais significativas neste grupo pesquisado. Contribuíram para essa classe as UCEs produzidas pelas mulheres profissionais do sexo mais velhas (27 a 47 anos), que possuem filhos e que têm parceiro fixo.

As palavras que obtiveram maior associação com a classe 1 foram as seguintes: Pessoas, Deus, Dinheiro, Palestras, Fazer, Começar. Estas palavras são fundamentais para compreendermos o entendimento que este grupo de mulheres tem sobre prevenção das DSTs.

O conteúdo destas UCEs focaliza principalmente a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Podemos perceber que as noções referidas acima estão pouco articuladas, mas ainda assim sugerem algumas noções importantes que devem ser analisadas.

Abaixo citaremos algumas das UCE desta classe:

“(...) como eu tive coragem, às vezes o dinheiro fala mais alto. No meu caso, muitas vezes o **dinheiro** falou mais alto. Foi **Deus** que me protegeu e hoje eu não tenho nada. Conteí muito com a sorte, porque eu realmente vacilei um monte”. (entrevistada 40, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de um ano e menos de três anos, e por causa familiar).

O “dinheiro”, para esta classe de mulheres mais velhas e com relacionamentos fixos, é um fator que pode aumentar o risco de contrair alguma DST em sua atividade, principalmente devido ao assédio que muitas vezes é feito por parte dos clientes, que oferecem frequentemente mais dinheiro para se relacionarem sem preservativo. O dinheiro aparece várias vezes como uma pressão na relação entre a prestadora de serviço e seu cliente. Há uma tentativa contínua de quebra dos acordos estabelecidos, por parte do cliente, em solicitar que a profissional faça sexo

sem usar preservativo. Quando acontece de realizarem, hoje ou mesmo no passado, o ato sem proteção, o fato de não estarem infectadas é atribuído a “Deus”.

“(…), às vezes, a gente sai com **peessoas** aqui dentro que você não suporta. Você vê cada coisa, que só a gente mesmo vê para saber como é a realidade”. (entrevistada 01, faixa etária entre 19 e 26 anos, sem parceiro fixo, sem filho, na prostituição há mais de um ano e menos de três anos, e começou a se prostituir para sustentar a família).

Outra palavra que se relaciona com o risco das DSTs para as entrevistadas, foi a palavra “peessoas”. Esta teve uma frequência significativa e relaciona-se com os clientes que as mesmas têm em sua atividade profissional. Muitas vezes, esses clientes estão relacionados com “peessoas” que as mesmas vêem como perigosas, e, outras vezes, com “peessoas” de nível social elevado como advogados, empresários, etc. Mas, com relativa frequência, relacionam estas “peessoas” como possíveis transmissores das DSTs.

“(…) infelizmente, fiquei sabendo hoje. Pequei o ultra som hoje, mas lá para frente eu vou ficar. Eu conheço bastante doenças sexualmente transmissíveis, porque eu trabalhei em uma época em Foz de Iguaçu, uma vez por mês iam **peessoas** de uma ONG tipo o Arco-Iris. Esse pessoal dava **palestras**, tinha telão” (entrevistada 14, faixa etária entre 19 e 26 anos, sem parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de três anos, e começou a se prostituir por necessidade financeira).

De alguma forma, as entrevistadas revelam ter acesso a informações relativas à prevenção das DSTs. A palavra “palestra” demonstra o papel importante que as ONGs de prevenção às DSTs tem para estas populações. Os trabalhos destas organizações revelam-se como instrumentos de prevenção financiados pelo Estado, principalmente tratando-se das DSTs/AIDS.

“(…) apesar dos homens não quererem preservativo de jeito nenhum, a maioria deles não querem. Se eu fosse atender oral sem preservativo, eu atenderia de dez a quinze **peessoas** por dia, eles deixam de **fazer** o programa por causa do preservativo, de **fazer** oral”. (entrevistada 39, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, sem filho, na prostituição há mais de um ano e menos de três anos, e começou a se prostituir por necessidade financeira)

As DSTs estão relacionadas com suas atividades do sexo venal. O verbo “fazer” está relacionado com os “programas”. Muitas vezes, o verbo relaciona-se com práticas específicas de programas, como “fazer oral”, significando a prática de sexo oral, que para elas configura-se

como um risco eminente, pois é através dos programas que fazem com seus clientes, que elas consideram-se mais vulneráveis diante das DSTs.

### 3.2.2 Classe 3: A prevenção contra DSTs deve ser realizada com preservativo

Esta classe relaciona-se com a classe anterior e deve ser considerada mesmo tendo menor número de UCE (25 - 19,38%). Esta classe tem a particularidade de ser produzida principalmente por mulheres que não têm parceiros fixos. As palavras que mais estão relacionadas à classe 3 são: Coisas; Mulher; Protejo; Usando; Sei; Peguei; Pegar

As UCEs abaixo são representativas desta classe:

“(...) eu nunca **peguei** DST não, só corrimento normal que toda a **mulher** tem e geralmente fica mais forte quando você esta grávida. Eu já tive corrimento forte mas não chegou a ser a uma DST. É uma **coisa** natural da **mulher** mesmo. Eu me protejo das DST **usando** camisinha”. (entrevistada 35, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de três anos, e começou a se prostituir para sustentar a família).

Duas palavras relacionam-se a este entendimento sobre prevenção às DSTs: “coisa” e “mulher”. Apesar de não terem muito destaque nesta classe, constituem um significado ligado à prevenção. Para as entrevistadas, “corrimento e DSTs” são considerados comuns entre “mulheres”, portanto, há uma necessidade de prevenção contínua utilizando preservativo.

“O que eu **sei** é isso e o resto é vendo. De nome é difícil gravar. São vários e o HIV o terror de todas, que bate todas. Eu me **protejo usando** camisinha sem duvida, eu acho que uma ainda é ainda pouco, tem que ser duas”. (entrevistada 19, faixa etária entre 27 a 47 anos, sem parceiro fixo, com filho, na prostituição há menos de um ano, e começou a se prostituir por relação amorosa frustrada).

Os verbos nesta classe são muito representativos. Os verbos “protejo” (das DSTs) e “usando” (camisinha) indicam a compreensão que as mesmas têm sobre prevenção, entendida por elas como fundamental em suas atividades profissionais. Nesta classe 3, como as UCEs demonstram, a proteção está relacionada com o uso de preservativo. Em muitos casos, as respostas sugerem um conhecimento por vezes reduzido sobre a forma mais eficaz de uso do preservativo. O uso de dois preservativos pode, ao contrário de prevenir, facilitar a infecção pela DST devido ao rompimento do mesmo.

“(...) porque tem **mulher** que vai sem camisinha, porque, isso você pode apostar, de cem pode se tirar uma que diga que nunca foi sem camisinha. Eu não **sei** te explicar muito sobre DST, mas eu já li muito sobre isso. Pelo beijo você pode **pegar** qualquer doença transmissível, ou qualquer ato sexual, dependendo, você sabe que tem”. (entrevistada 28, faixa etária entre 27 a 47 anos, sem parceiro fixo, sem filho, na prostituição há mais de três anos, e começou a se prostituir por necessidade financeira).

Outra palavra enunciada pelas entrevistadas foi o verbo “sei”. Este está ligado, muitas vezes, a uma falta de conhecimentos de nomes específicos sobre as DSTs, mas, ao mesmo tempo, as entrevistadas sugerem que sabem perfeitamente identificar pessoas com DST. A estratégia utilizada por elas é olhar os órgãos genitais do cliente. As entrevistadas revelam que apesar de não saberem nomes específicos das DSTs, sabem identificar uma doença quando vêem uma pessoa com alguma característica fora da normalidade em seus órgãos genitais.

Fica bem caracterizada, nesta classe 3, que as mulheres que não têm parceiros fixos ressaltam o uso do preservativo como forma de prevenção às DSTs, diferenciando-se da classe 1 (mulheres que tinham parceiro fixo). Na classe 3, a prevenção está atrelada ao uso contínuo de preservativo como estratégia preventiva. Já na classe 1, para as entrevistadas, o risco é atrelado principalmente aos “programas” nos quais os clientes oferecem mais dinheiro em troca da ausência de preservativo.

### **3.2.3 Classe 2: Para a prevenção tanto da gravidez quanto das DSTs é necessário o preservativo.**

A classe 2, juntamente com a classe 4, se opôs às duas classes descritas anteriormente. Esta diferença foi provavelmente ocasionada pela estruturação do instrumento de pesquisa, que se preocupou concomitantemente em saber como as garotas protegiam-se das DSTs e como faziam a prevenção da gravidez.

Não houve, nesta classe, nenhuma variável que a caracterizasse. Aqui, o cuidado relativo à prevenção das DSTs e relativos à proteção contra a gravidez demarcaram as principais preocupações das entrevistadas.

A noções centrais desta classe foram as seguintes: Gravidez; Camisinha; Doenças; DST; Métodos; AIDS; Gonorréia; Noite; Namorado; Utilizo; Evitar; Sei.

“ Eu não **utilizo** nenhum **método** para evitar a **gravidez**. Eu **sei** que as **DSTs** se transmitem se você não usar **camisinha**. Eu **sei** que tem a sífilis,

a **gonorréia, aids**, tem vários tipos de **doença** transmissíveis. Com os meus parceiros eu uso **camisinha** direto na **noite**, mas com o meu **namorado** realmente eu não uso”. (entrevistada 35, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de três anos, e começou a se prostituir para sustentar a família).

Esta classe está caracterizada principalmente pelas expressões ligadas à prevenção, tanto da gravidez quanto das DSTs. As palavras mais referidas pelo número de frequência são “Gravidez”, “Camisinha” e “Doença”, “DST” e outras, indicando com bastante objetividade a preocupação das entrevistadas com sua saúde, evitando as DSTs e a gravidez.

É importante entendermos a divisão realizada pelas entrevistadas que aparecem nas UCEs desta classe sobre a prevenção. A prevenção com o uso do preservativo aparece tanto para a gravidez quanto para as DSTs, sendo que a primeira não é doença e a segunda sim. A alta frequência demonstra que são questões importantes para as entrevistadas.

Há uma questão significativa, relatada pelas entrevistadas, sobre o uso de preservativo. Mesmo sendo citado como importante para a prevenção destas duas situações (gravidez e DSTs), ainda assim há por parte delas, um uso mais frequente de preservativo, no sexo venal do que com seus parceiros fixos não comerciais (o envolvimento afetivo pode ser um fato que influencia esta questão). No sexo venal, o uso é mais difundido, pois elas entendem que isto é necessário quando trabalham na “noite”. Em seu entendimento, quando estão na “noite” correm um risco maior de contraírem DST e a AIDS. Estas duas expressões estão diretamente ligadas por elas às suas atividades. Já com relação à gravidez, há uma preocupação em evitá-la sem necessariamente o uso do preservativo. A palavra camisinha liga-se diretamente com “doença”, formando assim um princípio lógico de explicação para suas atitudes. Para a noite há uma necessidade de uso de preservativo. Para a gravidez pode ser usado outro recurso, principalmente se esta mulher tiver um relacionamento fixo (ver entrevistada 35 na UCE acima). Mas, ainda assim, pode haver fatores externos que influenciem também nos comportamentos preventivos das mulheres quando estas estão nas suas atividades. Devemos lembrar que a classe 1 revela que o oferecimento de dinheiro pode fazer com que os cuidados preventivos muitas vezes sejam esquecidos.

### 3.2.4 Classe 4: A Prevenção da gravidez deve ser realizada por métodos como pílula e injeção.

Na classe 4, apesar de se aproximar da classe 2, há uma preocupação maior com a prevenção da gravidez. Há, nesta classe, a influência da variável idade, constituída principalmente pelas garotas mais novas (idade entre 19 e 26 anos), que mostram preocupar-se mais freqüentemente com a gravidez.

A noção central destas representações das entrevistadas organizaram-se em torno das palavras: Gravidez, Métodos, Anticoncepcional, Filho, Utilizar, Evitar, Usar, Tomar, Engravidar, Tenho, Poder, Prevenir.

Veremos abaixo alguns exemplos de UCEs mais representativos desta classe:

“(...) para **evitar a gravidez** eu **tomo injeção**, aquela de três em três meses. O **método** que eu mais **utilizo** é a injeção. **Utilizo** esse **método** porque é mais seguro para mim não **engravidar**, porque eu e esse meu namorado, a gente viveu junto. Eu **tomava** injeção para eu não ter mais **filho** porque ele também não queria”. (entrevistada 26, faixa etária entre 27 e 47 anos, com parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de três anos, começou a se prostituir para sustentar a família)

Nesta classe, como na anterior, a palavra “gravidez” é freqüente, relacionando-se diretamente com a palavra “método”. O métodos utilizados pelas entrevistadas são: “pílula” e “injeção”. Algumas delas, relatam sua preferência pelo uso da injeção, pois esta forma evita o esquecimento do mesmo. Em alguns relatos, o esquecimento pode ser provocado pela ingestão de álcool.

“Eu **utilizo** remédios para não **engravidar**, como o **anticoncepcional** ou injeção, que é mais fácil, porque para quem bebe, ficar **tomando** remédio é muito difícil. As vezes corta o efeito, então injeção é mais garantido”. (entrevistada 01, faixa etária entre 19 e 26 anos, sem parceiro fixo, sem filho, na prostituição há mais de um ano e menos de três anos, começou a se prostituir por causa familiar)

É comum o uso destes métodos de prevenção da gravidez (pílula e injeção) conjuntamente com o preservativo mas é freqüente as entrevistadas declararem usá-los com seus parceiros fixos. Em uma das UCEs acima, uma entrevistada relata que não possui um relacionamento fixo, portanto a prevenção da gravidez apenas pode ser realizada através do uso



de preservativo. Se esta possuísse uma relação fixa não comercial, a prevenção poderia ser feita de outra forma.

Entre as entrevistadas, o uso da pílula ou injeção é feito para evitar a gravidez com seus parceiros fixos, enquanto que estes recursos também são utilizados com clientes, evitando, assim, a gravidez de um “desconhecido”.

Nesta classe, fica evidente a preocupação central que as entrevistadas têm sobre evitar a gravidez, enquanto na classe 2 a preocupação está dividida com a prevenção das DSTs.

Uma comparação desta classe 4 ( garotas mais jovens) com a classe 1 (garotas mais velhas) pode demonstrar como o papel idade pode ser uma influente variável em relação à vulnerabilidade destas profissionais diante das DSTs e, principalmente, da AIDS. Para as mulheres mais velhas, estas doenças são uma preocupação central, talvez porque sua experiência faz com que consigam responder melhor a questões como o cuidado com a gravidez (algumas delas, inclusive, já tendo filhos). Para as mais jovens, a gravidez é uma preocupação latente, o que pode colocá-las em uma situação de maior vulnerabilidade em relação às DSTs. As iniciantes podem se ver mediante a necessidade de um cuidado imediato, com relação a duas questões diferentes (gravidez e DSTs), o que pode, por vezes, dificultar o controle desta situação por parte delas.

Realizando uma comparação entre as classes 1 (com parceiros fixos) e classe 2 (sem parceiros fixos), percebe-se a importância da dimensão afetiva na vulnerabilidade em relação aos comportamentos preventivos. Nesta comparação, podemos verificar que os comportamentos preventivos em relação às DSTs são muito mais frequentes nas relações comerciais sem envolvimento afetivo. Ao contrário, nas relações com envolvimento afetivo, no caso de mulheres com parceiros fixos não comerciais, há uma tendência das mesmas não utilizarem preservativo.

### **3.3 Análise dos resultados do corpus 2 sobre a risco de contágio, prevenção e explicação das entrevistadas sobre o que é AIDS.**

O corpus 2 foi orientado para observar as respostas das entrevistadas sobre o risco de contágio, prevenção e explicação das mesmas sobre AIDS. Estas respostas foram importantes para identificar como estas entendem o que é AIDS e seu contágio, além de demonstrar o entendimento delas sobre as formas de prevenção da síndrome. O roteiro de perguntas que orientou a produção do material deste corpus foi o seguinte: 1) Você poderia me explicar o que é AIDS?; 2) Como você se protege da AIDS?; 3) Qual o risco de pegar AIDS na sua profissão?; 4)

Poderia me dizer, hoje, onde está o maior risco de pegar a Aids? e 5) Você utiliza camisinha com seu namorado, marido ou parceiro fixo. Por que?

Para análise do material foi utilizado o mesmo procedimento do corpus 1, através do programa ALCESTE. A partir do relatório deste programa, pode-se identificar as UCEs significativas para a análise do material.

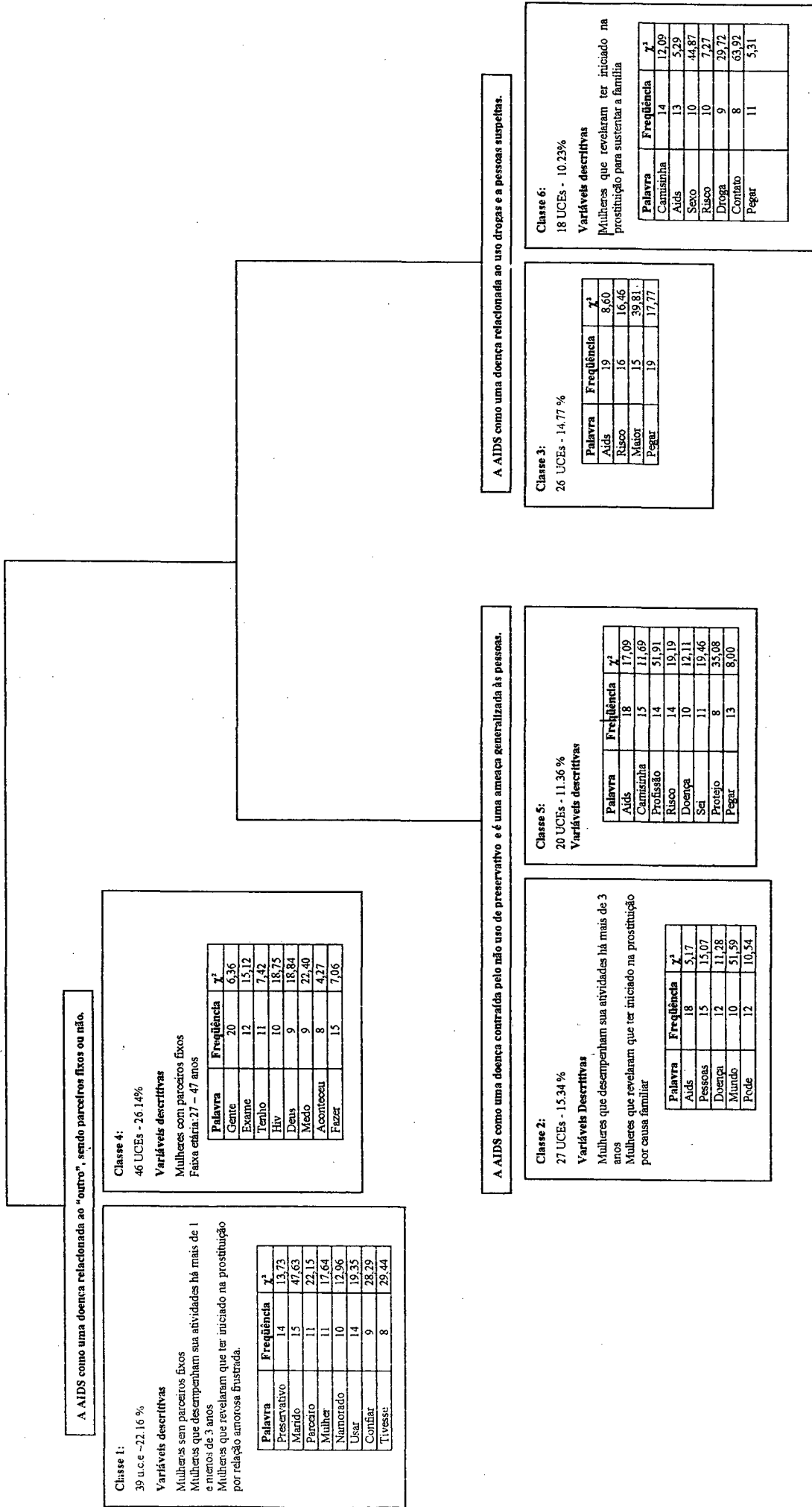
O corpus 2 foi dividido em 301 UCEs e a análise hierárquica descendente considerou para a análise 175 UCEs, ou seja, 58,47% do total das UCEs que este o corpus possuía. Estes dados revelam um conteúdo deste corpus mais heterogêneo que o corpus anterior. Devendo-se portanto, tomar certos cuidados quanto à generalização das respostas obtidas.

Houve, neste corpus, um total de 13852 palavras distintas verificadas e 1789 ocorrências de palavras diferentes, indicando uma média de 8 ocorrências por palavra. Foram, consideradas para análise, palavras com  $\chi^2 \geq 3,84$ .

Depois de realizada a redução das palavras às suas raízes, obteve-se 1019 palavras com possibilidade de análise (com frequência superior ou igual a 8), 272 palavras instrumentos e 54 palavras que representam variáveis. As 1019 palavras analisáveis ocorreram 5066 vezes.

O Dendograma 2 apresenta 6 classes obtidas através da análise hierárquica descendente que o grupo de profissionais do sexo relacionou ao perguntarmos sobre o risco de contágio, prevenção e explicação sobre o que é AIDS. As referidas classes constituíram 3 formas distintas de representações da AIDS.

**Fig. 2 DENDOGRAMA 2: Classificação Hierárquica Descendente sobre a Distribuição das respostas das entrevistadas sobre risco de contágio, prevenção e explicação sobre o que é AIDS – Grupo de profissionais do sexo (n=40). Florianópolis, 2001.**



A AIDS como uma doença relacionada ao "outro", sendo parceiros fixos ou não.

**Classe 1:**  
39 UCEs - 22,16 %  
Variáveis descritivas  
Mulheres sem parceiros fixos  
Mulheres que desempenham suas atividades há mais de 1 e menos de 3 anos  
Mulheres que revelaram que ter iniciado na prostituição por relação amorosa frustrada.

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Preservativo	14	13,73
Mãrdo	15	47,63
Parceiro	11	22,15
Mulher	11	17,64
Numerado	10	12,96
Usar	14	19,35
Conflar	9	28,29
Tivesse	8	29,44

**Classe 4:**  
46 UCEs - 26,14%  
Variáveis descritivas  
Mulheres com parceiros fixos  
Faixa etária: 27 - 47 anos

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Gente	20	6,36
Exame	12	15,12
Tenho	11	7,42
Hiv	10	18,75
Deus	9	18,84
Mêdo	9	22,40
Aconteceu	8	4,27
Fazer	15	7,06

A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo e é uma ameaça generalizada às pessoas.

**Classe 2:**  
27 UCEs - 15,34 %  
Variáveis Descritivas  
Mulheres que desempenham suas atividades há mais de 3 anos  
Mulheres que revelaram que ter iniciado na prostituição por causa familiar

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Aids	18	5,17
Pessoas	15	15,07
Duena	12	11,28
Mundo	10	51,59
Prode	12	10,54

**Classe 5:**  
20 UCEs - 11,36 %  
Variáveis descritivas

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Aids	18	17,09
Camisinha	15	11,69
Profissão	14	51,91
Risco	14	19,19
Doença	10	12,11
Sei	11	19,46
Protejo	8	35,08
Pegar	13	8,00

A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas.

**Classe 3:**  
26 UCEs - 14,77 %  
Variáveis descritivas

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Aids	19	8,60
Risco	16	16,46
Mãor	15	39,81
Pegar	19	17,77

**Classe 6:**  
18 UCEs - 10,23%  
Variáveis descritivas  
Mulheres que revelaram ter iniciado na prostituição para sustentar a família

Palavra	Frequência	$\chi^2$
Camisinha	14	12,09
Aids	13	5,29
Sexo	10	44,87
Risco	10	7,27
Droga	9	29,72
Contato	8	63,92
Pegar	11	5,31

No Dendograma 2, cada representação foi elaborada a partir das características de cada classe que a compõe. No caso deste as classes acompanharam o roteiro de entrevista, sendo dividido em seis classes, as quais foram agrupadas a partir de sua proximidade de conteúdo. As classes 1 e 4 apresentaram respostas mais voltadas para a proteção contra a AIDS, representado um maior número de UCEs deste corpus. As classes restantes diferenciam-se das duas primeiras por abordarem o que é a AIDS e os riscos que as entrevistadas entendem sobre a infecção pelo HIV. As respostas das classes 2 e 5 abordaram a explicação das entrevistadas sobre a AIDS e o maior risco de contrair o HIV, respectivamente. As últimas classes a serem analisadas foram a 3 e a 6. Estas relacionam-se com o risco, sendo que a classe 3 apresenta quais as concepções das entrevistadas sobre o maior risco de contrair a AIDS, e a classe 6 apresenta respostas referentes ao risco de contraírem a AIDS em suas profissões.

### **3.3.1 Classe 1 e 4: A AIDS como uma doença relacionada ao “outro”, sendo parceiros fixos ou não.**

Esta forma de representação foi elaborada a partir da junção das classes 1 e 4. Cada uma delas possui características próprias que auxiliam no esclarecimento desta representação. Estas duas classes, juntas, constituem a mais significativa representação social da AIDS para este grupo entrevistado, sendo responsáveis por 85 UCEs (48,30%) deste corpus.

Abaixo será analisada cada classe que compõe esta representação.

A classe 1 foi composta por 39 UCEs (22,16%). Contribuíram para essa classe as UCEs produzidas pelas mulheres profissionais do sexo que não têm parceiro fixo, que desempenham suas atividades há mais de um ano e menos de três anos e que revelaram ter iniciado na atividade da prostituição por motivos de uma relação amorosa frustrada. As palavras que obtiveram maior associação com a classe 1 foram as seguintes: Preservativo; Marido; Parceiro; Mulher; Namorado; Usar; Confiar e Tivesse. Estas palavras são importantes para termos uma compreensão de como estas mulheres percebem a proteção da AIDS.

O conteúdo destas UCEs revela, principalmente, a proteção em relação à AIDS para com os parceiros fixos. A composição desta classe, como já mencionado, é de mulheres que não têm parceiro fixo e que se iniciaram na prostituição em função de uma frustração amorosa. Estas duas questões são importantes para a compreensão desta classe, pois a relação que as entrevistadas estabelecem sobre a proteção da AIDS está expressa na necessidade do uso de preservativo com parceiros fixos (namorados, maridos e parceiros).

Citaremos abaixo algumas das UCEs que representam esta classe:

“(...) ela acha, eu não vou **usar preservativo** com o meu **marido**. É o caso das **mulheres** casadas. O cara pinta e borda lá fora, mas quando chega em casa é o **marido** dela. Então acontece o mesmo com as **mulheres** de programa, ele pinta e borda lá fora mas é o **marido** dela, então, é meio difícil da **mulher** juntar o **preservativo** no meio de um casamento, (entrevistada 10, faixa etária entre 27 e 47 anos, sem parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de um ano e menos de três anos, começou a se prostituir por relação amorosa frustrada)

Podemos identificar esta questão com a noção de “marido” e “mulher”, que foram importantes nesta classe, na qual as entrevistadas citam que, entre as profissionais do sexo que têm parceiro fixo, existe uma dificuldade em utilizar o preservativo com o mesmo. Elas afirmam que esta dificuldade é a mesma que as mulheres casadas encontram em inserir o uso de preservativo na sua relação estável. O uso do preservativo na relação conjugal não é aceito. Nesta classe, o marido é responsabilizado, pelas entrevistadas, por expor a saúde da mulher a um risco.

Outra UCE nos auxilia no compreensão desta classe.

“(...) não recebe orientação. Se eu **tivesse namorado**, eu utilizaria **preservativo** com ele, porque a gente **confia** desconfiando. Hoje em dia a gente **não confia** muito no **parceiro**, a gente nunca sabe o que esta por trás dele”. (entrevistada 34, faixa etária entre 27 e 47 anos, sem parceiro fixo, com filho, na prostituição há mais de três anos, e começou a se prostituir por relação amorosa frustrada)

Nesta UCE, a entrevistada, que não possui parceiro fixo, afirma que se estivesse em uma relação estável usaria preservativo, pois não confiaria no mesmo. Esta resposta poderia ser diferente se esta estivesse em uma relação estável. As noções “namorado”, “parceiro” e “preservativo” estão relacionadas com a palavra “confiar”. Neste caso, as entrevistadas revelam a necessidade de utilização do preservativo como forma de assegurar sua saúde em relação à sua desconfiança com ao parceiro. Estas noções podem ser entendidas como uma continuidade das noções anteriores encontradas no corpus 1. As mulheres que estão em relações fixas não conseguem fazer a utilização do preservativo com seus maridos, mas, no entendimento das mulheres desta classe, o uso de preservativo entre elas e parceiros fixos é fundamental.

Devemos entender estas noções a partir das variáveis já citadas que compõem esta classe. O fato de não possuírem parceiros fixos, e terem passado por uma relação amorosa frustrada,

parece influenciar na compreensão destas mulheres sobre o risco da AIDS entre pessoas com relações estáveis. Portanto, a ausência, no momento da entrevista, de um envolvimento afetivo por parte das entrevistadas, fortalece a justificativa da utilização do preservativo nas relações estáveis conjugais, ressaltando, assim, o risco a que são submetidas outras mulheres que não utilizam o preservativo com namorados ou parceiros.

Compondo esta representação encontramos a classe 4, uma das mais significativas do corpus 2, devido ao seu número de UCEs (46 - 26,14%). Esta classe foi produzida, principalmente, por mulheres que têm parceiros fixos e com faixa etária entre 27 e 47 anos de idade. As palavras que mais estão relacionadas com esta classe são: Gente; Exame; Tenho; Hiv; Deus; Medo; Aconteceu; Fazer.

As UCEs abaixo são representativas desta classe:

“(...) com ele dá mais prazer. Ele tem o **exame** dele e eu **tenho** o meu, porque ele recentemente se separou da mulher, não tem nenhum tipo de doença. A parceira dele agora sou eu, eu não tenho nada, eu fiz **exame** de **hiv**, sífilis, tudo”. (entrevistada 35, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de três anos, prostituindo-se para sustento da família).

Uma das noções mais representativas desta classe refere-se a “exame”. Esta noção está, muitas vezes, relacionada com a garantia que se tem com relação a evitar o “HIV”. As entrevistadas relacionam a testagem como garantia de segurança com relação à conduta dos seus parceiros. O “exame” aparece como forma de controle da conduta sexual do parceiro. Ou mesmo, como forma de conhecer a condição sorológica em caso de rompimento do preservativo em um programa. Assim, também aqui há uma noção que surge como relevante nessa classe: a palavra “tenho”. A idéia que está contida nesta classe é que, tendo a testagem do parceiro e a sua, a entrevistada revela ter segurança em não utilizar o preservativo com o mesmo.

Através do exame, a entrevistada revela poder certificar-se de que as relações sexuais, sem preservativo com o parceiro são seguras. Em muitos casos, várias justificativas são relacionadas para comprovar sua proteção à AIDS ou a qualquer outra doença. É importante não negligenciarmos, ainda, que as entrevistadas, em muitas situações, revelam que a não utilização do preservativo com parceiros fixos está relacionada também a uma vivência de maior prazer na relação sexual fato que se insere em uma dimensão particular da vivência da sexualidade para cada uma delas.

Veremos outras UCEs significativas a esta classe.

“(...) até porque a **gente** fica muito junto. Ele dorme toda noite aqui em casa. Ele só não mora aqui, mas, de certa forma, mora, trouxe até a escova de dente. Final de semana, se ele não está trabalhando, ou está na mãe dele, ou está aqui comigo. Ele me dá essa segurança. Eu me sinto segura, não **tenho medo**, mas nos demais casos sempre uso camisinha. Eu compro de caixa é uma loucura, para não faltar”. (entrevistada 40, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de um ano e menos de três anos, prostituindo-se por causa familiar).

A noção “medo” está relacionada a uma possível infecção do HIV em relações sem preservativo. Quando as entrevistadas têm relações sem preservativo com parceiros fixos, o medo tem menor intensidade. No caso das relações que as mesmas têm, quando na atividade do sexo venal, o medo está na possibilidade de estourar o preservativo, como relatado em várias entrevistas.

“Já **aconteceu** de eu ficar naquela agonia de esperar três meses e quando chega o resultado dá negativo. É um alívio. Já **aconteceu** de estourar a camisinha, e foi com um cara bem locão e a camisinha ficou lá dentro, o médico teve que tirar e eu passei a maior vergonha”. (entrevistada 09, faixa etária entre 27 a 47 anos, sem parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há menos de um ano, prostituindo-se por necessidade financeira).

A noção “aconteceu” relaciona-se com estes riscos inerentes à atividade que as mesmas desenvolvem, como estourar o preservativo, algo frequentemente relatado pelas entrevistadas. Isto ocasiona uma preocupação para as mesmas, já que correm o risco de contrair uma infecção de alguém que elas não conhecem.

Uma forma de representação social da AIDS, composta por estas duas classes para as entrevistadas, sobressai-se aqui. A principal noção com que estas representam sobre a AIDS está pautada em uma noção de proteção, principalmente em relação ao “outro”. O “outro” é entendido, neste contexto, como um parceiro, marido ou namorado, relacionado à conjugalidade. Ou, o “outro” está relacionado às pessoas com quem as entrevistadas fazem sexo venal, ou seja, o cliente.

Porém, há diferenças importantes e significativas que podemos identificar, dentro desta representação, a partir das variáveis que as compõem. Podemos verificar uma distinção entre a classe 4 e a anterior (classe 1). As mulheres que têm relacionamentos fixos, nesta classe 4, consideram que, para se protegerem da AIDS, devem principalmente cuidar com o rompimento

do preservativo, o que pode acontecer enquanto desenvolvem a atividade da prostituição. Ou seja, o “outro” é entendido como um cliente. Já as mulheres da classe anterior (classe 1) ressaltam a importância da proteção em relação à AIDS, principalmente entre mulheres que têm relacionamentos fixos. Ou seja, aqui o “outro” é entendido como um parceiro fixo não comercial.

Podemos, então, apontar que, na classe 1, a ausência de relacionamento afetivo é um fator que influencia as respostas. Pode-se, também, enfatizar aqui que a vivência afetiva destas mulheres da classe 4 tem importante papel na justificativa que as mesmas têm sobre a proteção contra a AIDS.

Quando as entrevistadas possuem parceiro fixo não comercial, o “outro” representa aquele de quem elas devem se proteger para não se infectarem com o vírus da AIDS. Estas relacionam a necessidade de proteção com os clientes, quando acontece algum incidente em sua atividade, como o rompimento do preservativo, por exemplo. Com relação ao grupo das entrevistadas que não possuem parceiro fixo, o “outro” será relacionado com os relacionamentos fixos, com maridos ou companheiros. Os parceiros fixos, para este grupo, representarão a necessidade de proteção em relação à AIDS, principalmente para as entrevistadas pertencentes ao grupo que diz ter entrado na prostituição por relacionamento amoroso frustrado.

### **3.3.2 Classes 2 e 5: A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo e sendo uma ameaça generalizada às pessoas.**

As classes abaixo relacionam-se a questões que dizem respeito à explicação da AIDS para as entrevistadas e ao maior risco de contrai-la. Abordaremos as noções centrais de cada uma das classes que formaram esta representação.

A classe 2 relaciona-se aos riscos que as entrevistadas percebem de contrair a AIDS, e foi constituída por 27 UCEs (15.34%). Esta classe foi produzida por mulheres que desempenham suas atividades há mais de três anos e que revelaram ter iniciado na prostituição por causa familiar. Não há, nesta classe, uma homogeneidade de respostas tanto sobre o risco de contrair o HIV, quanto sobre o que é a AIDS. As palavras que mais relacionam-se com a classe 2 são: Aids; Pessoas; Doença; Mundo; Pode.

As UCEs relacionadas abaixo são as mais representativas desta classe:

“ Acho que agora as **pessoas podem** viver normalmente. Eu acredito que a **aids** era um tabu sim. Quando você ouvia falar que uma **pessoa** tinha **aids**, você queria distância dela, procurava não estar no mesmo lugar,



comer no mesmo prato, beber no mesmo copo. Eu acho que isso daí não tem nada a ver”. (entrevistada 16, faixa etária entre 19 a 26 anos, com parceiro fixo, sem filho, começou a se prostituir há mais de três anos, prostituindo-se por causa familiar).

Uma das palavras mais importantes da classe é “pessoas”. O que elas revelam nas respostas são muitas vezes relatos de pessoas conhecidas que desenvolveram a AIDS, ou mesmo já faleceram por causa da síndrome. Neste caso, algumas das entrevistadas revelam que as pessoas hoje podem viver com a AIDS sem problemas. Ainda, assinalam que não há porque ter preconceito com relação a estas pessoas que desenvolvem a doença. Por outro lado, outras entrevistadas classificam a doença como fatal. Algumas revelaram que a pessoa que tem AIDS só não morre por sorte. Neste caso, a doença surge como fatalidade, com todas as características dos estereótipos que a mesma possui, como queda de cabelos, perda de peso, entre outras.

Abaixo outra UCE nos auxilia na compreensão da classe.

“(…) de repente aparece morto. Tem gente que tem sorte, que quando tem, logo vai. Mas tem gente que vai para aquele estágio terminal de cair cabelos. Eu já vi **pessoas**, é terrível e para mim é a pior **doença** que tem no **mundo**”. (entrevistada 40, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, na começou a se prostituir há mais de um ano e menos de três anos, prostituindo por causa familiar).

As noções “doença” e “mundo” ligam-se com o verbo “pode”, assinalando uma vulnerabilidade generalizada para a AIDS. Elas afirmam que a possibilidade de contrair a AIDS está relacionada com a expansão do vírus. Hoje, concepção das entrevistadas, todas as pessoas podem contrair a AIDS. Há uma generalização da epidemia por parte delas, quando afirmam que todas as pessoas são, atualmente, vulneráveis à doença.

A variável tempo de profissão pode influenciar a forma de pensar sobre esta noção, isso porque a classe de mulheres que mais respondeu sobre estas questões foi a das que desenvolvem suas atividades há mais de três anos. A experiência na atividade, provavelmente conhecendo pessoas que já tenham adoecido por causa da AIDS, faz com que estas representem a doença como algo muito próximo de todas as pessoas.

A classe 5, que também auxilia na composição desta representação da AIDS, foi constituída por 20 UCEs (11.36 %). Não houve nenhuma variável que influenciasse a mesma. Nesta classe, as entrevistadas responderam o que é a AIDS, e a noção central desta classe concentrou-se em torno das palavras: Aids; Camisinha; Profissão; Risco; Doença; Sei; Protejo; Pegar.

Veremos, abaixo, exemplo de UCEs mais representativas desta classe:

“(...) sobre **aids** só **sei** que é uma **doença** que se pega sexualmente. Tem que usar **camisinha** sempre, mesmo que for no oral, vaginal, anal sempre tem que usar. Eu não **sei** que tipo de **doença** é. Eu me **protejo** com camisinha. O **risco** de **pegar aids** na minha **profissão** é transar sem **camisinha**, fazer sexo oral sem **camisinha**, anal sem **camisinha**”. (entrevistada 23, faixa etária entre 19 a 26 anos, sem parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de 1 ano e menos de três anos, prostituindo-se por necessidade financeira).

As noções principais desta classe são “AIDS” e “doença”. Algumas das entrevistadas comparam o HIV como uma doença, diferente da AIDS. Revelam que a AIDS é uma doença mais avançada que o HIV, não compreendendo a relação entre o vírus e a síndrome que ele causa. Outras entrevistadas responderam que não sabem exatamente que tipo de doença é essa, mas revelam tratar-se de uma doença que se transmite sexualmente. A noção “camisinha” liga-se com esta classe, pois a forma que as entrevistadas encontram para fazer a prevenção da AIDS, em suas atividades de sexo venal, é através do uso de preservativo, que relataram ser a forma mais eficaz na prevenção. Elas revelam através da palavra “profissão” e “risco”, como se percebem em uma situação de vulnerabilidade no caso da AIDS. O risco apontam também relacionam-se com a profissão, principalmente quando se trata do fato do rompimento do preservativo. Este fato, já relatado anteriormente, é muito preocupante para elas. “Estourar” o preservativo é uma das formas mais freqüentes de se expor ao risco em suas atividades. Outra questão que as entrevistas revelam, ainda sobre o risco, é que, em muitas situações, alguns clientes tiram o preservativo, ou mesmo utilizam muita força na relação sexual - o que propicia o rompimento do preservativo, trazendo riscos sérios para a saúde das profissionais.

A camisinha é um elemento importante para a prevenção e a segurança das mulheres entrevistadas. Usar o preservativo, mesmo com os riscos de rompimento, é visto como uma forma concreta de prevenção e proteção contra a AIDS. Para uma proteção eficaz, as entrevistadas ressaltam a necessidade de uso freqüente do preservativo, em todos os tipos de práticas sexuais.

É importante perceber uma diferenciação existente entre as classes 2 e 5. A classe 2 relaciona a AIDS como uma doença que pode acontecer com qualquer pessoa, que basta não utilizar o preservativo para contrair o vírus. Esta classe foi influenciada principalmente por pessoas que desenvolvem a atividade da prostituição há mais de três anos, o que pode propiciar

uma aproximação de pessoas que tenham contraído a AIDS. Em várias entrevistas, foi revelado que as profissionais do sexo já haviam conhecido alguém que tivesse morrido com AIDS, seja na profissão ou fora dela. A classe 5 relaciona principalmente a AIDS com uma doença que pode atingi-las, principalmente quando há o rompimento do preservativo.

Esta representação, formada pelas classes acima descritas, demonstra como, para algumas entrevistadas, o risco da AIDS está próximo, principalmente se não houver o uso contínuo de preservativo nas relações sexuais, em especial quando realizam o sexo venal. Os relatos das mesmas sobre o rompimento, ou mesmo retirada do preservativo por parte de clientes quando estes ejaculam, revela-se como uma das principais preocupações sobre o risco de contrair o HIV em suas atividades profissionais.

A percepção que as entrevistadas revelam sobre um risco generalizado das pessoas adoecerem de AIDS pode ser decorrente da proximidade que as mesmas têm, ou tiveram, de alguém que já tenha contraído a doença. O fato de perceberem a AIDS como doença que mata, e que traz uma série de conseqüências à saúde revela uma proximidade com a doença ou algum estereótipo social.

### 3.3.3 Classes 3 e 6: A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas.

Estas duas últimas classes, construíram a terceira representação social da AIDS encontrada neste estudo. Elas representam o maior risco percebido pelas entrevistadas em relação a AIDS.

A classe 3 foi composta por 26 UCEs (14.77 %). Nesta também não houve nenhuma variável que exercesse uma influência direta sobre os resultados. As principais palavras que orientaram as noções centrais desta classe: Aids; Risco; Maior; Pegar.

Veremos, abaixo, exemplo de UCEs mais representativas desta classe:

“ Hoje, o **maior risco de pegar aids** eu acho que é aqui em **Santa Catarina**. Eu acho que é aqui sim, porque é o lugar que eu mais vejo e as pessoas falam que têm mais **risco de pegar aids** por causa dos travestis, das moças que trabalham em rua, homem casado que sai com essas meninas (...)” (entrevistada 11, faixa etária entre 27 a 47 anos, com parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de três anos, prostituindo-se por causa familiar).

As noções encontradas não chegam a ser homogêneas para elucidar uma representação social sobre o que pensam as entrevistadas a respeito do maior risco de contrair a AIDS, mas dão indícios significativos neste caminho. Algumas das palavras que fazem parte das UCEs auxiliam na compreensão de como as entrevistadas entendem estes riscos. O risco, em muitas situações, está relacionado com um lugar como Santa Catarina, ou mesmo cidades como Itajaí, devido a uma maior propagação de reportagens sobre os altos índices de pessoas com AIDS nestas localidades. Outro aspecto comum, é a relação estabelecida por elas entre o risco de pegar AIDS com mulheres ou travestis que fazem programas nas ruas. Muitas vezes, as entrevistadas relataram que as profissionais do sexo nas ruas ficam muito mais vulneráveis. Além disso, atribuem a este grupo de mulheres, a utilização de drogas.

A noção de fazer programa nas ruas, para as integrantes desta classe, está atrelada, principalmente à idéia que as mesmas têm de que os programas nas ruas tornam as pessoas mais expostas àquelas que elas consideram com mais possibilidade de terem AIDS, como, por exemplo, homens que usam drogas, ou não se previnem em suas relações sexuais. Outro aspecto que pode subsidiar a análise, é que travestis foram também relacionados como mais suscetíveis de contrair a AIDS, principalmente por trabalharem nas ruas ou por praticarem sexo anal. Aqui, há probabilidade de que as entrevistadas tenham concepções ainda muito difundidas do início da epidemia, relacionando os travestis como integrantes de grupos de riscos.

Para completar, também foi apontado que um dos maiores riscos pode ser o das mulheres casadas, pois as entrevistadas revelam que os maridos destas mulheres podem relacionar-se com outras pessoas e levar uma doença para casa, principalmente se estes se relacionarem com travestis ou mulheres que desenvolvem suas atividades nas ruas.

A classe 6 auxilia na composição desta representação social da AIDS. É composta por 18 UCEs (10.23%), havendo uma variável que a compõe: mulheres que revelaram terem se iniciado na prostituição para sustentar a família. As palavras que foram mais importantes para esta noção foram: Camisinha; Aids; Sexo; Risco; Droga; Contato; Pegar.

Abaixo, citaremos algumas das UCEs mais significativas desta classe.

“ Eu faço **sexo** oral só com **camisinha**, nem que me pague o dobro. O risco de **pegar aids** está principalmente em quem usa **droga**, daí está drogado e nem sabe o que está fazendo”. (entrevistada 38, faixa etária entre 19 a 26 anos, com parceiro fixo, sem filho, começou a se prostituir há mais de três anos, prostituindo-se por causa familiar).

Nesta classe, mais uma vez, a palavra “camisinha” aparece como fundamental no sentido de evitar a AIDS em suas atividades profissionais. A camisinha é vista como uma forma efetiva de se evitar a AIDS e elas fazem questão de relacionar o uso de preservativo principalmente no sexo oral. É bem provável que o sexo oral seja ainda um risco de infecção para estas mulheres. Como já relatado anteriormente, existem ofertas em dinheiro, dobradas pelos clientes, para a realização de sexo sem a utilização de preservativo. Este fato pode também ocorrer com relação ao sexo oral, principalmente porque as campanhas têm frisado mais recentemente o perigo de infecção pelo HIV através desta prática. O mesmo cuidado, relatado por elas, é com relação ao beijo. Muitas das entrevistadas cuidam para não beijarem o cliente por questão de prevenção ao HIV e porque assinalam que o beijo não faz parte do programa.

“Hoje o maior **risco de pegar aids** está no **sexo**. Muita gente usa **droga**, uma coisa vai puxando a outra. Hoje muita gente usa **droga**, do mais baixo ao mais alto nível social, os caras usam **drogas** injetáveis e as conseqüências disso é o **sexo**, tipo assim o **contato** mais físico, no **sexo** mesmo com certeza”. (entrevistada 08, faixa etária entre 27 a 47 anos, sem parceiro fixo, com filho, começou a se prostituir há mais de um ano e menos de três anos, prostituindo-se por necessidade financeira).

A palavra “contato” é relacionada à palavra “sexo”, já anteriormente relatada. A tentativa de manter certa distância quanto ao contato é um dos desafios para as entrevistadas. Devido à atividade que desenvolvem - sexo venal - o contato físico é o principal instrumento de trabalho delas. A “distância” que podem utilizar como forma de segurança em suas atividades de trabalho, na maioria das vezes, é a espessura do látex que compõe o preservativo.

Nesta classe, a palavra “droga” surgiu diversas vezes e deve ser entendida como indicadora de uma noção importante. A palavra “droga” está relacionada a determinados grupos que as entrevistadas revelam estarem mais propensos a “pegar” a AIDS. Quando estas referem-se à droga, indicam tanto ilícitas quanto as lícitas.

Em algumas entrevistas, houve uma relação direta do risco de pegar a AIDS através do uso de drogas, inclusive as injetáveis. As entrevistadas, inclusive, citaram o fato de que correm riscos devido aos clientes usuários de drogas que procuram seus serviços. Frisam que, independente do nível social, as drogas são usadas com frequência pelas pessoas que as procuram e, portanto, encontram-se em uma situação de risco em contrair a AIDS.

Em relação às drogas lícitas, há um dado importante que deve ser levado em conta: o uso de bebida alcóolica pelas entrevistadas enquanto realizam o programa. Muitas delas revelaram que evitam beber muita bebida alcóolica para não perderem a “noção das coisas”. Ou seja, o uso

de bebida alcóolica pode diminuir os cuidados relativos à prevenção da AIDS, principalmente quando há clientes que não cumprem os acordos previstos no programa. As entrevistadas revelam, em grande parte de suas respostas, saberem destes riscos.

Podemos identificar entre as classes 3 e 6 algumas diferenciações. Quando as respostas são sobre o maior risco de contrair a AIDS, na classe 3 as respostas são abrangentes e relacionam principalmente questões como provenientes das características dos clientes que procuram serviços, em especial no caso das pessoas que realizam suas atividades de prostituição nas ruas. Mas ainda revelam o risco das pessoas que têm relações conjugais, ressaltando o que já apareceu na classe 2: a possibilidade de generalização do contágio.

Quando se trata de responderem quanto ao risco que têm de contágio na sua profissão, na classe 6 o que surge são as questões sobre o uso de drogas tanto ilícitas quanto lícitas, incluindo as injetáveis e as bebidas alcóolicas, além do sexo oral e o contato sem proteção. As drogas podem ser uma realidade concreta no desenvolvimento das atividades noturnas, como no caso da prostituição.

Com relação às bebidas alcóolicas, como já anteriormente citado, seu uso pelas profissionais nas boates é muito comum, mas representa, segundo elas próprias, um risco eminente. Revelam que, em determinadas situações, devem controlar o uso de bebidas para não perderem o sentido de proteção em relação ao HIV. O abuso de bebidas alcóolicas pode facilitar o sexo sem proteção, deixando as entrevistadas mais vulneráveis ao risco da AIDS, principalmente porque os clientes utilizam continuamente estratégias para burlar as regras do programa.

Sobre às drogas ilícitas, torna-se extremamente complexa sua pesquisa, devido a sua clandestinidade ocasionada pela criminalização do uso de drogas. Torna-se difícil o acesso a dados desta realidade, para saber se as entrevistadas têm contato direto com drogas ilícitas, ou, ainda, se relacionam-se com pessoas que utilizam substâncias psicoativas o que pode, muitas vezes, favorecer um risco à sua saúde.

Assim, a representação composta por estas duas classes formalizam-se por apresentar riscos de AIDS eminentes para as entrevistadas. Usar drogas, lícitas ou não, ou estar vulnerável a quem as usa, pode deixar as profissionais do sexo vulneráveis à prática de sexo sem segurança, seja por consentimento, por descuido próprio, assédio ou pressão do cliente.

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise dos resultados, podemos verificar que existem diferentes representações sociais sobre DSTs, Gravidez e AIDS, tanto para o grupo de profissionais do sexo que têm parceiro quanto para as que não possuem parceiro fixo.

O corpus 1 está demarcado por repostas relativas à prevenção tanto da gravidez quanto das DSTs. O corpus 2 refere-se às respostas das entrevistadas sobre as representações sociais da AIDS.

### 4.1 Representações sociais sobre prevenção às DSTs para profissionais do sexo

Em relação ao corpus 1, as respostas diziam respeito às representações sociais das DSTs e da gravidez para os grupos entrevistados. Houve 4 representações sociais mais significativas dentro deste corpus. Duas representações são relacionadas à prevenção às DSTs, composta pelas classes 1 e 3, e duas representações são relacionadas à prevenção da gravidez, composta pelas classes 2 e 4. As representações sociais relacionadas à prevenção das DSTs foram: **Perigo das DSTs ligado ao sexo venal** e **Prevenção através do uso de preservativo** respectivamente. As duas representações sociais relacionadas à prevenção da gravidez foram: **Para a prevenção tanto da gravidez quanto das DSTs é necessário o preservativo** e **A prevenção da gravidez deve ser realizada por métodos como pílula e injeção**, respectivamente.

A representação indicada pela classe 1 é a do **perigo das DSTs ligado ao sexo venal**. Esta representação é constituída principalmente por mulheres mais velhas (idade entre 27 e 47 anos) que têm relacionamentos fixos e que possuem filhos. Na classe 3, constituída principalmente por mulheres que não possuem parceiro fixo, a representação social das DSTs apresenta a idéia de que, para preservar sua saúde e proteger-se do HIV, há uma necessidade de proteção contínua pela **prevenção através do uso de preservativo**. As duas classes demonstram que há um entendimento diferente sobre prevenção das DSTs entre os dois grupos. O grupo que foi constituído pelas mulheres que se encontravam com parceiro fixo entendeu que o grande perigo para contrair as DSTs encontra-se nas relações profissionais, devido a algumas dificuldades, como, por exemplo, a pressão de clientes para não cumprir os acordos efetivados quando da contratação do programa. Quanto à classe 3, composta por mulheres que não têm

relacionamentos fixos, a preocupação está relacionada com o uso de preservativo como forma de evitar as DSTs em suas relações sexuais.

Há, na literatura, informações que nos auxiliam a compreender estes desdobramentos para as respostas encontradas. De acordo com algumas pesquisas (Moraes, 1996; Gaspar, 1988), há uma entrega das profissionais do sexo quando estas estão vivendo uma relação afetiva satisfatória. Efetiva-se, nesta diferenciação, uma divisão entre os papéis desempenhados nas relações comerciais e nas relações de cunho afetivo e privado. O uso de preservativo é uma condição profissional sem a qual ela não realiza o sexo. Mas, quando o relacionamento sexual dá-se no campo da afetividade, as profissionais do sexo atribuem o risco com relação às DSTs à sua atividade profissional. Desta forma, relacionam, como fator de proteção a este tipo de doença a relação sexual com parceiro fixo não comercial. O mesmo não ocorre quando as entrevistadas não possuem parceiro fixo. Estas atrelam a prevenção às DSTs ao uso de preservativo. Esta classe não relaciona a infecção pelas DSTs com uma prática determinada e sim com uma relação sexual que deve ser protegida.

Segundo Jodelet (1984), podemos compreender as representações sociais das entrevistadas a partir do compartilhamento de suas respostas em cada grupo. Assim, é possível entender os dois distintos grupos de mulheres, com parceiros fixos e sem parceiros, e suas explicações sobre o risco de contrair uma DST. Suas explicações vão ser fundadas em seu cotidiano e serão diretamente ligadas ao grupo que as elaborou. Assim o grupo de mulheres que têm parceiros constitui diferentes representações sociais sobre as DSTs, quando comparadas ao grupo de mulheres que não têm parceiro fixo.

Esta representação social do risco de DST pode estar relacionada com algumas questões que influenciam nos comportamentos preventivos das mulheres que desenvolvem atividades de prostituição. Segundo Butcher (1994), as profissionais do sexo têm uma probabilidade muito maior de uso de preservativo com clientes do que com parceiros fixos. Para o autor isto acontece pois há uma distinção entre o que é prazer e o que é trabalho. Com relação às mulheres que não possuem parceiro fixo, o mesmo não ocorre porque não estão em uma situação de envolvimento afetivo, o que faz com que a primeira reação que as mesmas tenham com relação ao risco das DSTs envolva, de imediato, uma relação maior envolvendo a proteção. Estas questões estariam ainda ligadas, segundo o autor, a aspectos da identidade social que esse grupo assume em suas vivências sociais, dentro e fora da atividade da prostituição.

É importante lembrar sobre as funções identitárias que as representações sociais têm para os grupos. Segundo Abric, apud Sá (1996), as representações sociais irão permitir uma identificação



para os elementos do grupo. Esta identidade tem que estar em acordo com a inserção deste grupo dentro de um campo social, onde as regras e normas sociais vão auxiliando no controle social que o grupo tem sobre cada um dos seus integrantes.

Ratliff (1999) mostra como as mulheres profissionais do sexo tentam manter uma distância de uma identidade estigmatizada. Quando existe a relação com homens que elas entendem como namorados, ocorre uma probabilidade maior de não usar o preservativo. Quando, ao contrário, entendem o homem como um cliente, o uso do preservativo serve como prerrogativa para a relação sexual.

Poderemos compreender, então, que as representações sociais dos dois grupos de mulheres estarão constituídas a partir da localização identitária no interior de cada grupo pesquisado. Assim, é possível compreender que as mulheres com relacionamentos fixos, mesmo possuindo informações referentes aos aspectos relativos à infecção pelas DSTs - fato revelado pelas suas respostas, que indicam palestras ministradas pelas ONGs - diferenciam-se do grupo de mulheres que não têm parceiro fixo. Segundo Guimarães (1996b), podemos entender que as mulheres profissionais do sexo, quando estão nas suas relações familiares, dos afetos, onde não há o intermédio do dinheiro, tornam-se tão vulneráveis quanto qualquer outra.

#### 4.2 Representações sociais sobre prevenção à gravidez para profissionais do sexo

Com relação ainda ao corpus 1, houve respostas das entrevistadas sobre DSTs e gravidez, principalmente relacionadas às classes 2 e 4, formando duas representações sociais distintas. A primeira delas foi que: **Para a prevenção tanto da gravidez quanto das DSTs é necessário o preservativo.** Esta representação foi formada principalmente pela classe 2 e não houve nenhuma variável que a influenciasse. O uso de preservativo foi caracterizado por esta classe mas, ainda assim, houve uma diferenciação entre as entrevistadas. Como na classes anteriores a preocupação com o uso de preservativo esteve mais relacionado com o perigo de contrair alguma DST ou AIDS na atividade de sexo venal. O preservativo aqui também é utilizado com o objetivo de evitar uma gravidez indesejada. Mas há respostas que permitem uma divisão entre as entrevistadas. O preservativo é muito mais relacionado à prevenção da gravidez quando o relacionamento não é estável. Quando há certa estabilidade no relacionamento, a prevenção à gravidez pode ser realizada através do uso de outros métodos contraceptivos, como pílula e injeção.

Com relação à classe 4, as respostas formalizaram aspectos relativos ao cuidado das entrevistadas com relação à prevenção contra a gravidez. A representação social mais significativa foi: **A prevenção da gravidez deve ser realizada por métodos como pílula e injeção.** Esta classe foi constituída a partir das respostas do grupo de mulheres entrevistadas mais jovens, cuja representação social elaborada pode indicar como a variável idade pode ser importante para o entendimento dos riscos à saúde reprodutiva. Esta classe de mulheres revela principalmente a preocupação deste grupo com a prevenção à gravidez. Os métodos mais relacionados pelas entrevistadas são a injeção (anticoncepcional injetável) e as pílulas anticoncepcionais (administração oral), as quais evitam com maior segurança uma gravidez indesejada.

Uma das alegações que parece ser importante, ao estudarmos esta classe de respostas, revela que as preocupações das entrevistadas quanto a tomar o anticoncepcional injetável se dá pela necessidade de garantir o não esquecimento de tomar a pílula. Este fato muitas vezes é relacionado à ingestão de bebida alcoólica, o que, segundo elas, atrapalha o controle da administração do medicamento.

A classe 4 demonstra uma interessante relação com a classe 1. Composta por mulheres com idade mais jovem, tem como principal representação o cuidado que as mesmas têm sobre não engravidar, utilizando os diversos métodos de prevenção aos quais elas têm acesso. Não houve, nesta classe, uma preocupação com cuidados específicos sobre DSTs. As respostas demonstram, pelas respostas, um cuidado muito maior com a prevenção a uma gravidez indesejada.

Na classe 1 deste mesmo corpus, a preocupação sobre gravidez é menor e refere-se, como já descrito anteriormente, à gravidez proveniente de rompimento de preservativo com clientes. Uma das possibilidades desta diferenciação pode ser o fato da classe 1 ser composta por mulheres que têm parceiros fixos e possuem filhos, além de serem mais velhas. Na classe 4, as mulheres encontram-se em idade mais jovem e não possuem parceiro fixo. Uma gravidez, no caso deste grupo, pode dificultar suas vidas.

Apesar das diferenças das duas classes, há questões que merecem ser entendidas por serem interrelacionadas. Na classe 1, as mulheres que têm parceiro fixo preocupam-se com as DSTs, principalmente em relação aos seus clientes. O preservativo é utilizado principalmente nas atividades profissionais. Com relação à classe 4, a preocupação é fundamentalmente com a gravidez, mas as entrevistadas que compõem esta classe revelam que quando possuem um parceiro fixo a prevenção à gravidez é realizada por pílulas ou injeção. Quando as mesmas revelam que, não têm parceiro fixo, a prevenção à gravidez apenas pode ser realizada através do

uso de preservativo. Ainda nestes casos, não havendo parceiro fixo, as entrevistadas revelam utilizar métodos outros, como os descritos acima, para garantir que não haja problema de uma gravidez indesejada.

Um fato revelado nas entrevistas da classe 4 foi a existência da preocupação com a ingestão de bebidas alcóolicas por parte das profissionais, pois, muitas vezes, a utilização de bebidas pode prejudicar a administração correta do anticoncepcional ingerido oralmente. Portanto, as mesmas revelam escolher o método injetável como um forma de garantir sua segurança relativa a uma gravidez. A utilização de bebidas alcóolicas dentro das casas de prostituição ou boates é um fato descrito na bibliografia encontrada. A bebida é uma fonte de renda complementar para as mulheres que desenvolvem as atividades dentro das boates (Bacelar, 1982; Espinheira, 1984). As próprias entrevistadas revelam que evitam ingerir muita bebida para não perderem o controle das suas ações preventivas. A preocupação com a administração do anticoncepcional para evitar a gravidez não é apenas uma segurança adicional para as entrevistadas, mas advém da constatação da probabilidade do rompimento do preservativo, ou mesmo da retirada do mesmo se estas estiverem sob efeito do álcool.

### **4.3 Representações sociais da AIDS para profissionais do sexo**

Em relação ao corpus 2, as respostas dizem respeito às representações sociais da AIDS para os grupos entrevistados. Houve três representações sociais mais significativas dentro deste corpus. A primeira delas: **A AIDS como uma doença relacionada ao “outro”, sendo parceiros fixos ou não**, composta pelas classes 1 e 4. A segunda representação social foi: **A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo e é uma ameaça generalizada às pessoas**, composta pelas classes 2 e 5. A última representação foi: **A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas**, composta pelas classes 3 e 6.

#### **4.3.1 A AIDS como uma doença relacionada ao “outro”, sendo parceiros fixos ou não**

A representação composta pelas classes 1 e 4 encontram-se dentro das mais presentes. Esta representação social relaciona a AIDS como um risco ou perigo que deve ser evitado e está relacionado a um “outro”, que se difere a partir das variáveis que distinguem as duas classes. Na classe 1, as variáveis que auxiliam na formação desta representação são de mulheres sem parceiros fixos, que desempenham suas atividades há mais de um e menos de três anos e que

revelaram ter iniciado na prostituição em função de uma relação amorosa frustrada. Para esta classe, o “outro” relaciona-se aos parceiros fixos, como maridos ou namorados, e às mulheres que possuem algum relacionamento de conjugalidade, sendo a estes atribuído o perigo da infecção. Outra variável importante foi o fato das mesmas terem entrado na prostituição por terem em sua história uma decepção amorosa. Estas respostas fazem com que relacionemos a importância do envolvimento afetivo e das experiências deste grupo para a formação desta representação social.

Na literatura, há pesquisas que demonstram como as relações afetivas de duração longa são, em geral raras neste grupo de profissionais do sexo (Bacelar, 1982; Espinheira, 1984), fato este que podemos perceber nos dados levantados neste estudo. Das 18 mulheres que foram entrevistadas, e que no momento da entrevista estavam com relacionamentos fixos, 10 delas estão com os parceiros entre três e 12 meses, o que significa dizer que mantêm relacionamentos relativamente recentes. Estes fatos se dão devido provavelmente, à frequência com que as mesmas viajam à procura de melhores condições de trabalho na atividade.

Pudemos verificar na tabela I, que grande parte das entrevistadas são de outras unidades da Federação ou de outras cidades do Estado de Santa Catarina, além da relativa mobilidade destas à procura de melhores condições para o desempenho das suas atividades conforme já observado na Tabela II. Esta mobilidade pode ser demonstrada pelos dados encontrados, havendo um número significativo de mulheres (13/40) que estão em Florianópolis há menos de 12 meses. Estes dados mostram-se importantes para a análise desta classe, pois podem evidenciar que, muitas vezes, as relações afetivas de menor duração ou frustradas, podem estar relacionadas às seguidas mudanças de cidade. Estas mudanças podem impedir relações afetivas mais duradouras.

Nesta classe, é importante compreendermos como estas entrevistadas podem entender o risco e relacioná-lo às mulheres que possuem parceiros fixos. O fato pode estar relacionado especialmente ao fato das mesmas, no momento das entrevistas, não possuírem uma relação afetiva sólida. Ou seja, o afastamento de uma relação afetiva faz com que este grupo de mulheres designe ao “outro” grupo - o de mulheres com relações fixas ou casadas - uma suscetibilidade ao risco de contrair o HIV.

Em contrapartida, o grupo de mulheres com parceiro fixo, e com idade mais avançada, possibilitou a formação da classe 4. Este grupo de mulheres representou, de alguma forma, o risco da AIDS e como se protegem. Nesta classe, há uma relação de cuidado com relação ao cliente. Aqui, o perigo está principalmente relacionado com um rompimento de preservativo, que pode ocasionar uma infecção pelo HIV. Sobre os cuidados com os parceiros fixos, as mesmas

revelam em suas entrevistas que o cuidado é feito através do controle de sua condição sorológica, fazendo exames, delas mesmas e do parceiro. Por isso, afirmam que não há necessidade de utilização de preservativo.

A relação de perigo de contrair o HIV aqui é deslocado para a atividade que desenvolvem, ou seja, a prostituição. Para as entrevistadas, mesmo entendendo que entre pessoas casadas ou com parceiro fixos pode acontecer a transmissão do HIV, quando citam os cuidados para evitar a infecção referem-se à utilização de preservativo, enfatizando as relações comerciais com seus clientes. Com parceiros fixos, a prevenção é realizada através de exames. Podemos verificar como nestas duas classes, constituídas por grupos distintos, as representações mostram-se similares quanto a sua lógica, explicada por um “outro” perigoso. A idéia da AIDS como uma doença que pode acometer o “outro” já vem sendo pesquisada em inúmeros estudos (Joffe, 1998a; 1998b, Madeira, 1998; Camargo, 1998). Segundo algumas destas pesquisas, o “outro” é uma forma de garantia, para um determinado grupo, de que este se encontra protegido da ameaça. Estudos revelam como estas questões são elaboradas a partir de uma lógica de grupo. Segundo Joffe (1998b), o “outro” irá representar o bode expiatório, podendo assim ser controlado o medo de um determinado grupo sobre alguma ameaça que o rodeia. Estas explicações são administradas a partir de uma lógica de explicação que seja compreensível para o grupo, dentro de uma realidade vivenciada socialmente por ele.

Podemos entender esta questão da seguinte forma: as mulheres que não têm parceiros e que tiveram em suas histórias de relações amorosas alguma frustração que, inclusive, as fizessem justificar sua entrada na prostituição, explicam o “outro” perigoso relacionando-o aos **parceiros fixos**. Jodelet (1984) afirma que, quando os grupos representam um determinado objeto, eles irão dar novos sentidos aos fatos que circundam as suas vidas e não apenas reproduzindo os mesmos. Assim, o fato de se considerarem com relações amorosas frustradas e, inclusive, não possuindo parceiro, faz com que expliquem o risco nomeando o grupo do qual não fazem parte. Podemos entender que esta relação de desconfiança está relacionada diretamente ao fato de, em algum momento da vida, as mulheres deste grupo terem tido uma desilusão amorosa. Esta desilusão faz com que desloquem o risco de AIDS para as mulheres que não fazem parte de seu grupo. Ou seja, o risco para este grupo está relacionado às pessoas que têm relacionamentos fixos, no modelo de conjugalidade.

Com relação ao grupo que compõe a classe 4, este se diferencia pois possui parceiros fixos. Assim, este grupo considera que os riscos existem, mas estes devem ser principalmente cuidados com relação aos clientes. A relação com seus parceiros fixos é controlada, principalmente,

através da realização de exames. Ou seja, o controle é realizado posteriormente às relações sexuais sem preservativo com os parceiros. Isto se justifica em diversas pesquisas que revelam o papel da confiança dentro das relações afetivas. Em pesquisa realizada por Day, citado por Giami (1998), o uso do preservativo era restrito ao relacionamento pago, ou seja, em sua atividade profissional, enquanto no relacionamento das mesmas com parceiros regulares, onde a relação era considerada “íntima” ou “amorosa”, não faziam uso de preservativo. Para as relações afetivas são importantes alguns componentes que auxiliam na compreensão das entrevistadas para justificar suas ações, como, por exemplo, “o sentimento amoroso, ‘o conhecimento’ do parceiro, a proximidade social, a aparência física e o tipo de relação entre os parceiros” (p.221).

Outros estudos ainda revelam que esta lógica de pensamento é muito semelhante à lógica de outros grupos sociais que identificam as relações afetivas da mesma forma. Algumas pesquisas (Carvalho, 1998; Tura, 1998; Madeira, 1998) demonstram como as formas de relacionar o cuidado com a AIDS estão pautadas em relações de desconfiança, enquanto nas relações conjugais esta desconfiança fica ausente, ou muito diminuída. Quando se encontram em relações de conjugalidade, ou mesmo afetivas, a confiança torna-se fator primordial. O perigo de uma infecção estará relacionado ao “outro”, no qual possivelmente a pessoa não confia.

#### **4.3.2 A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo, sendo uma ameaça generalizada às pessoas**

A representação social da AIDS, formada pelas classes 2 e 5, relaciona-se com: **A AIDS como uma doença contraída pelo não uso de preservativo e é uma ameaça generalizada às pessoas.**

A classe 2 foi produzida principalmente por mulheres que desempenham suas atividades há mais de três anos e que revelaram terem iniciado na prostituição por causa familiar. Esta classe apontou no sentido de perceber a AIDS como uma ameaça generalizada a todas as pessoas. Pode-se compreender que esta relação próxima com a doença está relacionada, em suas entrevistas, com os casos de pessoas próximas a elas que vieram a contrair, ou mesmo a falecer de AIDS. Esta proximidade pode fazer com que a representação que esse grupo possui esteja relacionando a AIDS a um risco imediato que elas próprias percebem em suas atividades, mas que ampliam para um contexto social maior, ou seja, generalizam a possibilidade de infecção a partir de sua vivência cotidiana. Em algumas entrevistas, algumas mulheres responderam que o risco de contrair a AIDS existe, mesmo utilizando-se o preservativo.

Em contrapartida, a classe 5 propiciou uma representação sobre a AIDS, que foi entendida como uma doença que pode ser contraída nas relações desprotegidas através da ausência de preservativo nas relações sexuais, ou, ainda, quando estoura o preservativo durante desenvolvimento de suas atividades profissionais. Nesta classe, não houve nenhuma variável que influenciasse significativamente, mas esta revelou que o risco de contrair a AIDS para este grupo de mulheres está sendo entendido como uma vulnerabilidade dentro de sua atividade profissional, principalmente se não houver a utilização do preservativo. Uma das preocupações de algumas entrevistadas desta classe diz respeito à retirada do preservativo por parte de alguns clientes. Não foi incomum revelarem tomar medidas cuidadosas para o cliente não retirar o preservativo no intercuro sexual. Estas revelam que os clientes fazem isto sem que elas percebam.

É importante entendermos que o uso de preservativo por mulheres profissionais do sexo realmente tem aumentado significativamente. Segundo Szterenfeld (1998), o índice de uso de preservativo ficou entre 93%, no caso das relações com clientes, mas, infelizmente, o mesmo aumento não foi contabilizado com seus parceiros fixos. Nestes casos, o aumento foi de 10%, dado que demonstra a dificuldade de utilização do preservativo nestas situações. Pode-se notar que, mesmo havendo a informação e o esclarecimento desta população sobre o uso do preservativo, o seu uso é restrito a determinadas situações. No caso das profissionais do sexo, às relações comerciais.

Esta representação social provavelmente foi influenciada pelas informações que são passadas a estas mulheres, principalmente pelas organizações não governamentais de prevenção à AIDS, as quais trabalham junto a estes grupos sociais, de forma a evitar o aumento da infecção nos mesmos. O que pode ser compreendido através desta pesquisa, é que muitas vezes a informação não consegue modificar em um curto espaço de tempo algumas representações e atitudes em relação à AIDS. Um estudo sobre este assunto pode ser verificado em Avi (2000), que revela que, mesmo entre grupos profissionais da área da saúde com informações sobre a AIDS, as suas representações sociais ainda eram muito próximas daquelas disseminadas no senso comum.

#### **4.3.3 A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas**

A representação social, **A AIDS como uma doença relacionada ao uso drogas e a pessoas suspeitas**, foi produzida pelas classes 3 e 6 respectivamente. A classe 3 não é influenciada por

qualquer variável e demonstra a preocupação que as entrevistadas revelam sobre o risco que correm as mulheres que fazem programas nas ruas. É interessante lembrarmos que todas as entrevistadas desenvolvem suas atividades em boates ou casas de prostituição. Em suas respostas diferenciam os clientes que freqüentam suas casas, onde trabalham, dos que procuram as mulheres que fazem o *trottoir*, ou seja, a prostituição de rua. As entrevistadas desta classe consideram que as pessoas que desenvolvem suas atividades na rua estão mais suscetíveis a problemas com clientes que podem ter “doenças”, ou mesmo que utilizam “drogas”, o que pode facilitar a infecção pela AIDS.

Esta diferenciação entre as mulheres que fazem programas em boates ou nas ruas foi verificada por Gaspar (1988), Moraes (1996) e Andrade (1998). Há, nestas pesquisas, uma relação de desvalorização, por parte das mulheres que estão nas boates, das mulheres que desenvolvem suas atividades nas ruas. Para as profissionais das boates, as mulheres que freqüentam as ruas são suscetíveis e carregam uma série de estereótipos sociais que as mesmas não aceitam para si.

Uma das afirmações das entrevistadas é que as que freqüentam as ruas à procura de “programa” são pessoas que muitas vezes são perigosas em relação ao risco de contrair AIDS. O cliente é visto pelas profissionais, a partir de uma classificação: perigoso ou confiável. A partir desta classificação, elas podem desprender maior ou menor cuidado. Esta relação também se dá quando o cliente é conhecido ou é recente. Quando conhecido, a relação de cuidado pode ser muitas vezes mais relaxada. Quando recente, o cliente merece maior cuidado por parte da profissional (Moraes, 1996; Andrade, 1998).

Como podemos verificar, a proximidade ou uma simples atribuição específica aos clientes como sendo “belo”, “limpo”, “educado”, “cheiroso”, “confiáveis” pode fazer com que as pessoas que trabalham na prostituição alcunhem uma menor periculosidade decorrente destes atributos. Estas atribuições fazem com que as profissionais do sexo utilizem como método preventivo a seleção de clientes, podendo tornar-se mais vulneráveis em determinadas situações, onde a boa aparência corporal pode não apresentar os riscos de uma infecção pelo HIV.

O risco com relação à AIDS pode iniciar-se quando esta relação de confiança se estabelece. A partir de então, a pessoa torna-se mais vulnerável, pois as dimensões atitudinais das representações sociais podem dar indícios de que esta forma de pensar influenciará nas estratégias preventivas deste grupo.

A classe 6 auxiliou na formação desta representação social que aqui está sendo descrita. Com relação a esta classe, um das principais questões foi a preocupação das entrevistadas sobre



as drogas, tanto ilícitas quanto lícitas. Com relação às drogas lícitas, no caso a bebida alcóolica, as mesmas preocupam-se em estar o mais sóbrias possível para não perderem a sua capacidade de ações preventivas, pois, muitas vezes, durante o relacionamento, os clientes retiram o preservativo sem a profissional perceber. É nítido que, para as entrevistadas, estar sem condições de controlar a situação, como em caso de embriaguez, as coloca em uma situação desfavorável quanto a um comportamento preventivo eficaz.

A alteração do estado de consciência provocado pelo álcool pode fazer com que as ações preventivas tornem-se menos eficazes, já que as mesmas encontram-se em condições de maior vulnerabilidade. O consumo de bebidas alcóolicas não pode ser generalizado, mas é um fato comum entre as profissionais do sexo que trabalham em boates. É importante sabermos que o uso de álcool não é incentivado pelas casas ou boates em que as mesmas trabalham. Até porque, o consumo das profissionais é uma despesa para casa quando não há um cliente que está pagando as bebidas para as garotas. Durante as entrevistas, foi comum as entrevistadas estarem bebendo alguma bebida alcóolica. Estes dados revelam-se similares a outras pesquisas que demonstram o uso de álcool enquanto realizam as suas atividades. (Gaspar, 1988; Melo, 1994; Moraes, 1996; Pereira e cols;1996; Silva e cols, 1996; Martin, 1996; Gravato e cols, 1996; Serre e cols, 1998).

Uma das estratégias utilizadas pelas profissionais do sexo com relação ao álcool é o uso das bebidas com moderação. Ao relatarem que evitam perder o controle quando bebem, ressaltam que utilizam o álcool até identificarem que estão em um limite perigoso, ou seja, iniciando uma possível embriaguez. Esta questão é de difícil delimitação, pois como saber se está ou não em estado de embriaguez, ou como evitar um estado alterado de consciência quando se ingere bebidas alcóolicas.

As drogas ilícitas também são citadas nas entrevistas, quando as entrevistadas relatam o perigo em relação a essas drogas, relacionando-as, principalmente, ao uso de drogas injetáveis. Nestes casos, o uso de drogas injetáveis tem sido citado por muitas pesquisas como uma das principais causas da transmissão do HIV. É muito provável que a representação social da AIDS, para as profissionais do sexo, tenha algumas características atreladas ao uso de drogas, principalmente por ser este um perfil bem disseminado da epidemia e por este grupo muitas vezes entrar em contato direto com pessoas que fazem uso destas substâncias.

A proximidade com pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas injetáveis faz com que estas mulheres tenham muito medo de entrar em contato com pessoas que utilizam drogas. Podemos entender que o medo que as profissionais têm das pessoas que utilizam drogas injetáveis pode estar relacionado com representações sociais elaboradas a partir de campanhas

específicas sobre estas populações e, ainda, no contato real existente entre elas e pessoas que utilizam drogas desta natureza.

Podemos compreender que as representações sociais têm como uma das suas funções dar fundamentos para ação concreta dos grupos. Esta dimensão da teoria é conhecida como dimensão atitudinal e são bons indicadores de comportamentos que possam vir a ser realizados por este grupo de mulheres. Podemos entender isto melhor quando um grupo de mulheres profissionais do sexo relaciona as representações sociais da AIDS a um “outro”, sempre de fora do seu grupo. Estas representações terão repercussões concretas nas estratégias de prevenção à AIDS para estas mulheres.

As representações sociais da AIDS direcionam as estratégias preventivas destes grupos, pois formam-se como lógicas de conhecimentos de prevenção, próprias deste grupo. Podemos verificar isto quando o grupo de mulheres profissionais do sexo, com parceiro, relaciona o risco maior às atividades de prostituição, e menor aos parceiros fixos. Esta forma de explicação se dá principalmente quando estas mulheres estão mantendo relações amorosas estáveis. É uma forma de proteger sua identidade, de pessoas que não são apenas profissionais do sexo, mas que mantêm relações afetivas e estão sob influência destas. Como foi apresentado acima, a dimensão atitudinal das representações sociais torna-se fundamental para uma compreensão deste fenômeno. A partir de três pontos fundamentais será possível compreender como as atitudes podem influenciar no comportamento de prevenção deste grupo de mulheres entrevistadas:

**1) A percepção da gravidade do acontecimento prejudicial;** Neste sentido, podemos verificar que cada grupo pesquisado, a partir de suas representações sociais, perceberá situações de risco diferentemente, ou seja, cada grupo orientará suas percepções de gravidade de risco partindo de suas representações sociais. Assim, quando um grupo de profissionais do sexo, com parceiro fixo, revela que o maior risco está nas suas atividades profissionais, elas revelam uma realidade vivida quotidianamente, devendo ter cuidado com os “programas” com clientes, pois estes são perigosos. Quando estão com seus parceiros fixos, estão sendo regidas por critérios de confiança que impedem, em muitos dos casos, a utilização de preservativo.

**2) A percepção da probabilidade do acontecimento ocorrer ou a percepção de susceptibilidade:** Com relação a entrar em contato com a AIDS, estes perigos vão ser percebidos conforme as explicações de senso comum sobre o risco de ser infectado. Neste caso, podemos entender como as mulheres que não têm parceiros fixos explicam sua condição. Para elas a possibilidade de serem infectadas pela AIDS está muito distante, pois o risco está em ter uma relação fixa ou mesmo conjugal. Ou seja, não estando em uma relação estável, acreditam

que estão expostas a menos situações de risco que mulheres que têm parceiros fixos, devido a essas, segundo as entrevistadas, não utilizarem preservativo.

**3) A eficácia da resposta recomendada para evitar o acontecimento prejudicial:** Esta situação leva a algumas considerações. A questão fundamental para a prevenção à AIDS é a utilização de preservativo. Neste caso, também as representações sociais podem ser fundamentais para a compreensão destes fenômenos. No caso das mulheres que possuem parceiros fixos, a possibilidade de negociação de uso de preservativo torna-se uma situação de embate e de difícil solução, principalmente se a mulher já não possui o comportamento de uso de preservativo com o parceiro fixo. No caso das mulheres sem parceiro fixo, as mesmas têm condições mais eficazes de proteção em relação à AIDS e às DSTs, pois, não havendo um parceiro fixo a quem estejam de alguma forma atreladas afetivamente, elas teriam, teoricamente, muito mais condições para uma prevenção mais eficaz através do uso de preservativo. Neste caso, não será necessário uma negociação que envolva muitas variáveis, como acontece em uma relação conjugal. Uma questão deve ser analisada aqui. As mulheres que não tinham parceiro quando entrevistadas ressaltaram o cuidado com parceiros fixos e com o risco que correm as mulheres casadas. Mas urge pensar algo: se este grupo de mulheres vier a ter parceiros fixos, será possível que elas consigam realizar todas estas práticas (uso de preservativo com parceiro fixos) as quais defendem?

Estas questões são importantes e merecem ser aprofundadas através de pesquisas que tenham o intuito de descobrir como são elaboradas estas explicações para este grupo de mulheres, e como essas representações influenciam diretamente suas estratégias preventivas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou revelar aspectos importantes em relação às representações sociais da AIDS, DSTs, além das relativas à contracepção e que influenciam nos comportamentos preventivos de mulheres profissionais do sexo. Ela tem como intuito contribuir com as estratégias preventivas em relação a esta população. A pretensão de entender como as profissionais do sexo representam socialmente a AIDS, e utilizam-se de estratégias para explicar o uso de preservativo com clientes ou parceiros fixos inscreve-se na mesma relação de dificuldade que os estudos têm demonstrado em relação à prevenção das DSTs e da AIDS em casais que vivem conjugalmente. Estas dificuldades são expressas tanto no nível comportamental quanto em Saúde Pública

Assim, quando se pensa a AIDS, os estudos têm demonstrado que não se pensa em relacionamentos confiáveis, mas em relacionamentos nos quais a maior influência é a desconfiança. Nas relações estáveis, espera-se confiança e complementaridade e não doenças, ou mesmo AIDS. Portanto, os resultados demonstram o quanto devemos nos deter nestas lógicas que fundamentam os comportamentos para sabermos quais estratégias devem ser tomadas para as decisões diante da epidemia.

Os dados encontrados revelam que existem diferentes formas de pensar a prevenção à AIDS entre mulheres profissionais do sexo com parceiro e sem parceiros fixos. As formas de prevenir a gravidez e as DSTs são distintas.

No caso das mulheres que têm parceiro fixo não comercial, a preocupação está concentrada em evitar os riscos eminentes de uma relação sem preservativo, ocasionada principalmente por ofertas de homens que propõem mais dinheiro em troca de sexo sem preservativo. Para as mulheres que têm parceiro, portanto, o maior risco de contrair alguma doença está atrelado a uma exposição ocasionada por uma relação desprotegida através do sexo venal.

Para as mulheres que têm parceiro fixo, o risco com relação às DSTs deve ser evitado através de preservativo. Pode-se notar que há uma preocupação com relação ao uso de preservativo por parte destas mulheres, mas estas relacionam proteção às DSTs com programas ou seja atividades que realizam em troca de dinheiro. Neste caso, o preservativo não está em primeira ordem, pois o mesmo é utilizado apenas quando elas fazem programas.

No caso das mulheres que não têm parceiros fixos, a relação de perigo ou risco é mais direta e está relacionada com o uso do preservativo. Assim, podemos dizer que as mulheres que têm parceiro relacionam a prevenção às DSTs com sua atividade profissional. Já as que estão sem parceiro fixo, ressaltam a importância do método preventivo para evitar as DSTs com todas as pessoas

Nos resultados ainda foram encontradas questões relativas às respostas sobre gravidez, já que o corpus 1 pesquisado tratava sobre estas questões. A preocupação sobre prevenção à gravidez e às DSTs são latentes, mas há diferenças. Se por um lado, as entrevistadas revelam que utilizam também o anticoncepcional para evitar gravidez indesejada, tanto em suas vidas pessoais quanto nas atividades profissionais, há uma diferenciação na sua compreensão sobre esta questão. As entrevistadas revelam que utilizar o preservativo e anticoncepcional é fundamental para evitar uma surpresa indevida, como uma gravidez indesejada. Porém, há uma forma das entrevistadas diferenciarem o risco. Mesmo afirmando sobre a necessidade de uso do preservativo, também para ser evitada uma gravidez, as mesmas revelam que para prevenir a gravidez com o parceiro fixo, utilizam mais o anticoncepcional. Com os clientes, o preservativo é mais uma vez afirmado como instrumento de prevenção, neste caso da gravidez. As respostas, revelam que, como não possuíam um parceiro fixo, utilizavam apenas o preservativo, fazendo nitidamente uma relação de diferenciação entre ter ou não uma relação estável na qual pudessem confiar.

Com relação às mulheres mais jovens, a gravidez é uma preocupação muito maior do que entre as outras mulheres entrevistadas. As mulheres que já possuem filhos têm uma preocupação muito maior com relação à proteção contra às DSTs, principalmente durante os programas, quando os clientes oferecem mais dinheiro para que estas não usem o preservativo. As mulheres que são mais jovens têm uma preocupação muito maior com a gravidez, provavelmente porque muitas delas ainda não têm filhos. Isto pode ocasionar uma certa preocupação maior com este cuidado e a diminuição de cuidado com relação à prevenção às DSTs e à AIDS.

No caso das entrevistadas, fica bem nítido que a preocupação das mesmas está em evitar contato com pessoas que consideram como possíveis transmissoras do vírus da AIDS. Esta preocupação se justifica como uma forma de explicação do seu cotidiano, assim podem explicar a realidade que as cercam de uma forma muito mais acessível.

Quando revelam envolvimento com algum parceiro fixo, as entrevistadas revelam atitudes negativas diante das DSTs e positivas diante do sexo sem preservativo com os parceiros fixos. As explicações que as mesmas dão caminham no sentido de descrever as suas relações

como confiáveis, inscrevendo-se dentro de uma lógica de relacionamento afetivo e afastando-se das relações de cunho comercial, como as que são estabelecidas por elas quando estão trabalhando. Quando a profissional do sexo afasta-se da atividade comercial, é como se o risco ou perigo de contrair alguma DST diminuísse. Quando as mesmas não estão envolvidas afetivamente, o cuidado mantém-se generalizado, pois encontram-se em uma situação onde muitas vezes os riscos podem estar presentes em cada atividade de sexo venal.

Com relação às representações sociais da AIDS, entre as mulheres entrevistadas não houve muitas diferenciação. Uma das representações mais significativas foi a relação da AIDS com um “outro”. Ou seja, uma epidemia que acomete principalmente um grupo, com o qual as entrevistadas não se identificam. É uma relação de grupos que entendem a epidemia, exteriorizando-a, atrelando a AIDS a determinados grupos. Esta temática vem sendo discutida com bastante pertinência em vários trabalhos (Joffe, 1998a;1998b, Madeira, 1998; Camargo, 1998).

No caso das entrevistadas que não possuíam parceiro fixo, o “outro” está relacionado às pessoas que têm parceiros fixos. Este grupo atribui a AIDS às pessoas casadas, ou mesmo às esposas que correm o risco de contrair a AIDS, porque mantêm relacionamentos estáveis. Este grupo é formado por mulheres que não possuem parceiro fixo e pelas que atribuem sua entrada na atividade da prostituição devido a uma relação amorosa frustrada.

As mulheres que compuseram o grupo com relacionamento fixo disseram ter muito cuidado com a prevenção da AIDS com os clientes. O cuidado está relacionado, principalmente, a pessoas desconhecidas. Ou seja, não conhecer o cliente faz dele um risco ainda maior, enquanto conhecer o parceiro faz uma diferença significativa na hora de fazer a proteção em relação à AIDS.

Podemos dizer que as mulheres que não possuem relacionamentos estáveis fazem uma atribuição ao perigo relacionando-o com as pessoas que têm parceiros fixos. Isso se dá principalmente, devido a influência de uma variável importante, que é a relação amorosa frustrada. Assim, havendo uma relação amorosa frustrada, o grupo identifica o perigo nas pessoas que têm relações conjugais, talvez por experiências que tiveram no passado. Como, no momento, a maioria das mulheres desta classe não possuía parceiro fixo, provavelmente estivessem envolvidas por determinados tipos de pensamento com relação às relações estáveis. Não se pode saber, caso as entrevistadas iniciassem uma relação afetiva após a entrevista, teriam estas atitudes preventivas com relação ao parceiro fixo se transformando em comportamento. Mas, há possibilidades concretas de, havendo uma mudança na forma com que os grupos

identificam a realidade, que respondam de outras maneiras, diversas das que até então se havia pensado.

Sobre as respostas das mulheres entrevistadas com parceiro fixo, a confiança em seus maridos é uma variável que influencia diretamente nas estratégias preventivas perante a AIDS. Em um número significativo de mulheres, as mesmas revelaram que controlam a condição sorológica do seu parceiro e delas mesmas através do exame anti-HIV. Assim, fica bem nítido que, quando estão sob um envolvimento afetivo, as profissionais do sexo evitam um contato protegido com o marido. A relação afetiva que as entrevistadas estabelecem não se diferenciam das mulheres que não se prostituem. As mulheres que disseram ter parceiros atribuem o não uso do preservativo à conjugalidade. A confiança, o amor, e até mesmo o medo, podem ser formas de expressar como as entrevistadas entendem suas relações de conjugalidade.

Outra representação que se estabelece com muita significância é sobre a AIDS como algo que deva ser evitado através de uso do preservativo e algo que pode acometer todas as pessoas. O uso de preservativo tem sido disseminado em campanhas governamentais ou não-governamentais. Sua disseminação tem sido patrocinada por agentes internacionais, como Banco Mundial, que vem financiando as campanhas de prevenção, assim como as medicações para o tratamento da infecção. No caso das entrevistadas, várias delas identificam o cuidado em relação a evitar a AIDS e as DSTs ao preservativo, o qual tornou-se um instrumento essencial.

Estes resultados demonstram o importante papel que vem desempenhando as organizações de profissionais do sexo e de prevenção à AIDS com esta população. Em muitas das entrevistas, o conhecimento que estas possuem são atribuídos às “palestras” ministradas por estas instituições. A essas é atribuída a disseminação do uso de preservativos entre as profissionais do sexo, bem como a garantia de preservativo e de capacitação dessas profissionais, garantindo uma atividade sexual mais segura.

Com relação ao entendimento das entrevistadas sobre a disseminação da AIDS como algo que pode acometer qualquer pessoa, isso pode estar relacionado às falas que afirmam que as entrevistadas conhecerem alguma amiga ou colega que já faleceu ou está doente de AIDS. Não se pode duvidar da forte relação existente entre a prostituição e a AIDS. No início da epidemia, estas mulheres eram vistas como grupos exponenciais para contraírem a doença. Mesmo que hoje esta relação não seja direta, e não existam mais os chamados grupos de risco, não se pode esquecer que a atividade que exercem pode levá-las a alguns riscos em relação a sua saúde, assim como em outras atividades profissionais. Um destes riscos pode ser contrair o HIV.

As entrevistadas revelaram que conhecem ou conheciam alguém que já havia contraído o HIV e que, portanto, fariam de tudo para evitá-lo, muitas vezes revelando que utilizam dois preservativos. Esta é uma demonstração de cuidado redobrado de pouca eficácia, pois o atrito do látex pode provocar o rompimento do preservativo. Este cuidado redobrado mostra o que a AIDS significa para estas mulheres. A necessidade de um cuidado irrestrito para que se evite contrai-la.

Em outra representação encontrada, há uma preocupação muito grande com as características dos clientes, pois estes são vistos como representantes reais de um perigo constante, ou seja, o de entrar em contato com alguém infectado pelo vírus. Uma curiosidade é que, para grande parte das entrevistadas, as características dos clientes estão relacionadas ao lugar de prostituição que este frequenta. O cliente pode ser considerado suspeito a partir de sua aparência, principalmente, ou pelos seus comportamentos, ou seja, se costuma ser cliente de uma boate, este é considerado, na maioria das vezes, como um cliente confiável, pois há segurança, as pessoas que frequentam são de um bom nível, por exemplo: empresários, advogados etc. Quando estas entrevistadas, que trabalham em boates, relacionam as características do cliente da rua, estes são vistos como drogados, pessoas perigosas. Além disso as mulheres que exercem as atividades nas ruas, como pessoas que também são perigosas ou não cuidam da saúde.

Nas respostas ficou demonstrado que o grupo mulheres que atuam nas boates consideram as pessoas que desenvolvem suas atividades nas ruas como mais suscetíveis aos riscos em relação à AIDS e à violência. A rua é vista como um lugar perigoso, porque é frequentada por travestis que se prostituem. Para as entrevistadas, o risco em relação aos travestis está relacionado principalmente ao uso de drogas e ao sexo anal. Há indícios de que esta visão sobre travestis esteja amparada em duas situações: a primeira delas devido à AIDS ter sido relacionada, no início da epidemia, com homossexuais, estereótipo que continua presente e ainda disseminado. A Segunda, pela relação muitas vezes violenta que existe entre travestis que ficam nas ruas e mulheres que disputam locais de prostituição com eles.

A última das questões que se mostrou também importante dentro desta última representação social, foi o fato de drogas aparecerem no contexto da AIDS. As drogas que as entrevistadas citaram contemplam as lícitas ou as ilícitas. No caso das ilícitas, as entrevistadas revelam que, mesmo não usando drogas, estas têm medo das pessoas que as utilizam e frequentam as boates para fazerem programas. Em muitos dos casos relatados, as entrevistadas disseram que não gostam de homens drogados, pois estes às vezes oferecem drogas a elas, ou mesmo querem forçar uma relação sem preservativo. Algumas delas revelaram que em



determinadas situações, quando vêem que o sujeito está drogado, evitam fazer programa com eles.

No caso das drogas lícitas, como o álcool, o uso é muito mais significativo, pois grande parte das entrevistadas revelou tomar cuidado para não utilizar bebida alcóolica demais. O que pode provocar, segundo elas, uma menor capacidade de atenção no cliente. A reclamação constante das entrevistadas, de que os clientes retiram o preservativo enquanto mantêm a relação sexual, faz com que as mesmas evitem beber em grande quantidade. Mas, ainda assim, o consumo de bebida alcóolica é uma prática corrente dentro das boates, o que pode fazer com que os comportamentos preventivos sejam menos executados.

Esta talvez seja uma difícil tarefa a ser controlada dentro de uma relação de prevenção à AIDS com profissionais do sexo. Na boate, como já citado anteriormente, a ingestão de bebida alcóolica faz parte de sua atividade. O beber faz a casa lucrar, e ela também, mas, ao mesmo tempo, deixa faz com que os comportamentos preventivos sejam menores, havendo, assim, uma maior possibilidade de risco.

A partir da pergunta que fez surgir este trabalho, podemos identificar que uma parcela significativa de mulheres profissionais do sexo deixa de usar ou usa esporadicamente o preservativo com seu parceiro fixo. As estratégias utilizadas pelas mulheres que compõe este grupo vão estar de acordo com a sua inserção em um determinado grupo ao qual entendem pertencer. Elas elaboram construções explicativas sobre confiabilidade ou desconfiança, as quais descrevem a forma com que o grupo ao qual pertencem entende o cotidiano. Assim, quando escolhem uma estratégia para evitar uma gravidez, ou mesmo a AIDS, elas explicam de um determinado lugar, posicionando-se frente ao fenômeno, elaborando explicações que dêem conta da realidade que necessitam explicar.

Não foi possível identificar se o tempo de relacionamento, nos casos das mulheres com relacionamento fixo, interfere no abandono ou não do preservativo nas relações com parceiro fixo. Foram observadas, pessoas que com três meses de relacionamento já não usavam mais o preservativo. Em contrapartida, em alguns casos, mesmo em um relacionamento de um ano de conjugalidade, algumas ainda mantinham relações sexuais protegidas. Talvez estas características sejam mais influenciadas por questões de ordem da singularidade. O que se pode realmente identificar é que o relacionamento fixo é uma variável que influencia diretamente no abandono do uso do preservativo para as profissionais do sexo. E estas elaboram suas explicações a partir da realidade que vivem.

Estas observações devem ser refletidas. Podemos perceber que as atitudes de prevenção em relação ao HIV são presentes e transformadas em comportamentos pelas profissionais do sexo, porém identificamos que as mesmas não têm conseguido realizar as mesmas estratégias preventivas com relação aos parceiros fixos. Podemos entender como são difíceis as possibilidades concretas de prevenção das pessoas com relacionamentos sob a forma da conjugalidade. A relação de conjugalidade é definida como confiável ou sem confiança, e isto faz com que as pessoas que estão vivendo sob esta forma de relação se coloquem muitas vezes frente a um posicionamento: usar ou não preservativo com o parceiro fixo. O que pensa o parceiro quando é exigido dele que use o preservativo? O que a profissional do sexo pensa sobre o parceiro quando ele exige usar o preservativo com ela? Como fazer prevenção à AIDS sem sufocar situações que influenciam os anseios vividos no cotidiano das pessoas que têm relacionamentos conjugais? Como fazer com que as políticas públicas dediquem sua atenção não apenas sobre as carências financeiras das populações que encontram-se em situações de vulnerabilidade aumentada em relação à AIDS?

Estas questões são fundamentais a novas estratégias de saúde pública, que relacione os fatores psicossociais na elaboração de ações de prevenção. Em grande parte das campanhas de prevenção à AIDS ou às DSTs, os serviços de prevenção se colocam tanto como repassadores de informações de como evitar o vírus, quanto como distribuidores de preservativos. Estas ações tem em muito contribuído para a prevenção das DSTs e da AIDS em algumas situações, mas em outras mostram-se ineficazes.

Este estudo demonstra que mesmo havendo um contato direto das profissionais do sexo com preservativo, e mesmo sabendo utilizá-lo com eficiência, existem entre elas lógicas de pensamento que justificam a utilização do mesmo com umas pessoas e não com outras. Ou seja, as dimensões psicossociais são elementos primordiais para a compreensão e efetivação de práticas preventivas em relação à AIDS, principalmente com relação aos relacionamentos afetivos. Assim, os estudos em Psicologia Social tornam-se uma ferramenta poderosa no auxílio das estratégias preventivas com relação à AIDS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. ( P.H.F. Campos, Trad.). Em A. S. P. Moreira & D.C. Oliveira, D. C. (Orgs). Estudos interdisciplinares de representação social, (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Alferes, V. R. (1993). Atracção interpessoal, sexualidade e relações íntimas . Em Vala, J & Monteiro, M. B. (Orgs) Psicologia social, (pp. 113-137), 2ªed, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Andrade, L.F. (1998). Uma relação diferente entre homens e mulheres na prostituição feminina. Em M. Arilha, S.G. U. Ridenti & B. Medrado (Orgs), Homens e masculinidades: outras palavras. (pp. 271-284). São Paulo: Ecos/Ed.34.
- Ângelo, A. (1982). A prostituição em debate: depoimentos, análises, procura de soluções. 2.ªed. São Paulo: Ed. Paulinas.
- Avi, G.D.S. (2000). Informação técnica não basta: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ávila, M. B. (1999). Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. Em Barbosa, M. R. & Parker, R (Orgs) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. (pp. 39-48). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34..
- Ayres, J.R. De C. M. e cols. (1999) Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. Em Barbosa, M. R. & Parker, R (orgs) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.
- Bacelar, J. A. (1982). A família da prostituta. São Paulo: Ática: Fundação Cultural do Estado da Bahia. (Ensaio, 87).
- Bardin, L. (2000). Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70.
- Beauvoir, S. de. (1990). O segundo sexo: 2. A experiência vivida. (S. Milliet, trad). 7ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Butcher, K. (1994). Feminists, prostitutes and HIV. Em Doyal, L. & Naidoo, J. & Wilton, T. (Orgs). AIDS: setting a feminist agenda. London: Taylor & Francis.
- Camargo, B. V.(1998). Representações sociais do preservativo e da Aids: spots publicitários escritos por jovens para a televisão francesa. Em Madeira, M. e Jodelet, D. (Orgs) . Aids e Representações sociais: à busca de sentidos, (pp. 155-173). Natal: EDUFRN.

- \_\_\_\_\_ (2000). Sexualidade e representações sociais da AIDS. Revista de Ciências Humanas - Especial, (pp. 97-110). Florianópolis: EDUFSC.
- \_\_\_\_\_ (2001). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. (mimeo)
- Cardoso, N. M.B.(1997). Psicologia e relações de gênero: a socialização do gênero feminino e suas implicações na violência conjugal em relação às mulheres. Em A. Zanella (e cols). Psicologia e práticas sociais. (pp. 280-292), Porto Alegre: ABRAPSOSUL.
- Carvalho, M.do R. (1998). Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? Em Madeira, M.& Jodelet, D. (Orgs). Aids e Representações sociais: à busca de sentidos. (pp. 89-94). Natal: EDUFRN.
- Carrara, S. (1996). Tributo a vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Castro, R. (1993). Representações sociais da prostituição na cidade do Rio de Janeiro. Em M.J. Spink. (Org) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. (pp.149-187). São Paulo: Brasiliense.
- Cavalcanti, R. da C. (1990). Prostitutas da Grécia: Frinéia. Revista Brasileira de sexualidade humana, 1 (2), 58-64.
- Dimenstein, Gilberto. (1999). Meninas da noite: a prostituição de meninas - escravas no Brasil. 14ª ed. São Paulo: Ática.
- Espinheira, G. (1984). Divergência e prostituição: uma análise sociológica da comunidade prostitucional do Maciel. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia.
- Farr, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. Em Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs). Textos em representações sociais. (pp. 31-59). 4ª ed., Petrópolis: Vozes.
- Fernandes, J.C. L. (1998). Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. 14(3) 1-11.
- Fernandes, A. M. dos S. et al. (2000). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cadernos de Saúde Pública. 16 (1) 1-16
- Ferreira, I. Q & Ferraz, E. & Costa, N. (1998). Conhecimento e comportamento de vulnerabilização relacionados às DST/AIDS: Uma análise sobre jovens adultos [Resumo]. Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 10 (4), 36.

- Florentino, C. de O. (1998). Bicha tu tens na barriga, eu sou mulher...: etnografia sobre travestis em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Franco, M. L. P.B. (1994). Ensino médio: desafios e reflexões, Campinas: Papirus.
- Freitas, R. S. de. (1985). Bordel, bordéis: negociando identidades. Petrópolis: Vozes.
- Fritz, R. (1998). AIDS, knowledge, self-esteem, perceived aids risk, and condom use among female commercial sex workers. Journal of applied social psychology. 28 (10), 888-911.
- Galvão, J. (2000). Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34.
- Galvão, M.T.G. (1999). A avaliação do comportamento e das atitudes dos portadores de HIV, doentes ou não: comparação entre indivíduos adultos do sexo masculino e feminino. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 32 (4) 1-4.
- Gaspar, M. D. (1988). Garotas de programa. 2ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). O inquérito: teoria e prática, Oeiras: Celta editora.
- Giami, A. (1998). Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinariedade. Em Loyola, M. A. (Org) A sexualidade nas ciências humanas. (pp. 201-226). Rio de Janeiro: EdUERJ..
- Gravato, N. e cols. (1996). Refinamento do censo dos trabalhadores do sexo em Santos - Brasil. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do I Congresso brasileiro de prevenção das DST/AIDS. (p. 66). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Guimarães, C. D. (1994). Mulheres, sexualidade e Aids: um projeto de prevenção. Em Costa, A. de O. & Amado, T. (Orgs). Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. (pp. 249-251). São Paulo: FGV/Ed. 34.
- Guimarães, C. D. (1996a). "Mas eu conheço ele!": Um método de prevenção do HIV/AIDS. Em R. Parker & J. Galvão (Orgs). Quebrando o silêncio: Mulheres e aids no Brasil. (pp.169-179), Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ. (História Social da AIDS; Nº 7).
- Guimarães, C. D. (1996b). "Mais merece!": o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. Estudos feministas. 4(2) 295-318.
- Guimarães, K. (1996) Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. Em R. Parker & J. Galvão (Orgs). Quebrando o silêncio: Mulheres e aids no Brasil. (pp.89-113), Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ. (História Social da AIDS; Nº 7).

- Hanenberg, R & Rojanapithayakorn, W. (1998). Changes in prostitution and the AIDS epidemic in Thailand. Aids Care 10 (1) 69-79.
- Hebling, E.M. (1998). Mulheres, relações de gênero e condutas de risco [Resumo]. Em Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 10 (4), 44.
- Heilborn, M.L. & Gouveia, P.F. (1999). “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. Em Barbosa, M. R. & Parker, R (Orgs) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. (pp. 175-198). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.
- Jodelet, D. (1984) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Em S. Moscovici (Org), Pensamiento y vida social. (pp.469-494). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicologia Social, 2.
- Jodelet, D. (1998). Representações do contágio e a Aids. Em Madeira, M. e Jodelet, D. (Orgs). Aids e Representações sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.
- Joesoef, M.R. e cols. (2000). Determinants of condom use in female Sex workers in Surabaya, Indonésia. International journal os STD and AIDS. 11(4) 262-265.
- Joffe, H. (1998a) “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. Em Guareschi, P. A. e Jovchelovitch, S. (Orgs). Textos em representações sociais. (pp. 297-322). 4ªed, Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_ (1998b). Degradação, desejo e “o outro”. Em Arruda, A. (Org) Representando a alteridade. (pp.109-128).Petrópolis: Vozes.
- Kulick, D. (1998). Travesti: Sex, gender, and culture among brazilian transgendered prostitutes. Chicago and London: Chicago Press.
- Lage, E. (1998). A representação da Aids para pré-adolescentes. Em Madeira, M. e Jodelet, D. (Orgs). Aids e Representações sociais: à busca de sentidos. (pp. 73-88). Natal: EDUFRN.
- Leite, Gabriela (1992). Eu, mulher da vida. Rio de Janeiro: Rosa dos ventos.
- Lima, M.L. P. (1993). Atitudes. Em Vala, J. & Monteiro, M.B. (Org) Psicologia Social. (pp. 167-198). 2ªEd. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lúcia, A.(1986). A difícil vida fácil: a prostituta e a sua condição. 3ªed. Petrópolis: Vozes.
- Madeira, M.C. (1998). A confiança afrontada: representações sociais da Aids para jovens. Em Madeira, M. e Jodelet, D. (Orgs). Aids e Representações sociais: à busca de sentidos. (pp. 47-72). Natal: EDUFRN.

- Martin, D. & Barbosa, R. M. & Villela, W. V. (1992). Mulheres e a prevenção da AIDS. Em V. Paiva (Org) Em tempos de aids: viva a vida: Sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. (pp. 166-174), São Paulo: Summus.
- Martin, D. e cols (1996). Avaliação qualitativa de programa de intervenção com trabalhadores do sexo em Santos - SP. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do I Congresso brasileiro de prevenção das DST/AIDS.(p. 61). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Martin, D. (1997). Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica. Em Revista USP. 33 89-101.
- Melo, S. G. de (1994). A história de Sally Gogu: memórias de uma mulher da vida. Lages: Pastoral da mulher marginalizada.
- Menezes, L.M. de (1998). Dancings e cabarés: trabalho e disciplina na noite carioca (1937-1950). Em Bruschini, C. & Hollanda, H. B. de (Orgs) Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. (p.249-280). São Paulo: Editora 34: Fundação Getúlio Vargas.
- Ministério da Saúde.(2001). Boletim Epidemiológico – Aids: Endereço eletrônico: <http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sc.def>.
- Moraes, A. F. (1996). Mulheres da vila: Prostituição, identidade social e movimento associativo. Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_ (1998). Prostituição, trocas e convites sexuais na adolescência feminina pobre. Em Bruschini, C. & Hollanda, H. B. de ( Org) Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. (p.17-50). São Paulo: Editora 34: Fundação Getúlio Vargas.
- Morisky, D.E. e cols. (1998). The effects od establishment practices, knowledge and attitudes on condom use among Filipina sex workers. Aids care. 10 (2) 213-220.
- Moscovici, S.(1978) A representação social da psicanálise. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- \_\_\_\_\_ (1981). On social representation. In Forgas, J.P. (Orgs). Social cognition. London: Academic Press.
- \_\_\_\_\_ (1998) Prefácio. Em Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. Textos em representações sociais. (pp. 7-16.). 4ª edição. Petrópolis: Vozes.
- Myers, D. G. (2000). Psicologia social. (trad. A.B. Pinheiro de Lemos). 6ªed. Rio de Janeiro: LTC.
- Nascimento-Schulze, C. M. (1999). Social representation of de universe – A Study with Doctors in Human and Natural Sciences. Em Papers on Social Representations. 8.
- NUPEC.(1995). Mulher - menina: Um estudo da exploração sexual feminina infanto-juvenil em Teresina. NUPEC/UFPI – CBIA. Teresina: Halley.

- Oliveira, F. O de & Werba, G. C. ( 2000). Representações sociais. Em Strey, M. N e cols. Psicologia social contemporânea: livro – texto. (pp.104-117). 4ªed. Petrópolis: Vozes.
- Paiva, V. (1992). O simbolismo da AIDS, alteridade e cidadania. Em V. Paiva (Org) Em tempos de aids: viva a vida: Sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. (pp. 53-62), São Paulo: Summus.
- Pereira, R. e cols (1996). Projeto Sereias da Atlântida – cidadania e prevenção para mulheres envolvidas na prostituição de rua na orla de Copacabana/RJ. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do I Congresso brasileiro de prevenção das DST/AIDS. (p. 152). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Perlongher, N.O. (1987). O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense.
- Pinheiro, V.M.S. e cols. (1998). Percepção de risco e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência [Resumo] Em Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 10 (4), 60.
- Prybylsky, D. & Alto, W.A. (1999). Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Sex workers in Phnom Penh, Cambodia. Aids care. 11(4) 459-472.
- Rago, M. (1991). Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo, 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ratliff, E.A. (1999). Women as ‘Sex workers’, men as ‘boyfriends’: shifting identities in Philippine go-go bars and their significance in STD/AIDS control. Anthropology and medicine. 6 (1) 79-101.
- Reinert, M. (1990). Alceste: Une méthodologie d’analyse des données textuelles et une application. Em A.G. Neval. Bulletin de Méthodologie Sociologique, 28, 24-54.
- Richards, J. (1993). Sexo, desvio e danação: as minorais na idade média. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Rodrigues, A. (1992). Psicologia social. 14ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Ruthes, C. e cols. (1998). A percepção de risco frente ao HIV/AIDS, de mulheres de baixa renda da cidade de Porto Alegre-RS [Resumo]. Em Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 10 (4), 43.
- Sá, C. P. (1996). Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_. (1998). A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ.



- Saldanha, A. A.W. & Figueiredo, M.A.C. (1999). O “mito do amor romântico” e a prática de sexo seguro por mulheres soropositivas [Resumo]. Em Associação Brasileira de Psicologia Social (Org), Programa científico e resumos. X Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (p.179). São Paulo: ABRAPSO.
- Selltiz, C. et al. (1974). Métodos de pesquisa nas relações sociais. (trad. Dante Moreira Leite). São Paulo: EPU.
- Sampieri, R.H. & Collado, C.F. & Lúcio, P.B. (1994). Metodologia de la pesquisa. México: MacGraw-Hill.
- Sepúlveda, S. (1979). La prostitucion en Colombia: una quiebra de las estructuras sociales. Bogotá: Tercer Mundo.
- Serre, A e cols. (1998). Modelo de intervenção entre profissionais do sexo no Rio de Janeiro. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do Seminário Brasil - França: aids e mulheres. (p. 39). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Silva, A. e cols. (1998). Qualidade de vida de uma prostituta de rua de Florianópolis: duas mulheres numa única mulher que sonha com outro trabalho. Revista Ciências da Saúde. 17, (1), 311-337.
- Silva, J.L. e cols (1996). O perfil sócio-comportamental das profissionais do sexo feminino em relação às DST/AIDS na região da luz da cidade de São Paulo. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do I Congresso brasileiro de prevenção das DST/AIDS. (p. 151). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Sneed, C.D. & Morisky, D. E. (1998). Applying the theory of reason action to condom use among sex workers. Social behavior and personality, 26 (4) 317-328.
- Sontag, S. (1989). Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza Filho, E. A. (1998) Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/afetivas no contexto da aids no Rio de Janeiro. Em Moreira, A.S. P. e Oliveira, D. C. (Org). Estudo interdisciplinares de representação social. (pp. 215-234). Goiânia: AB.
- Stroebe, W & Stroebe, M.S. (1995). Psicologia Social e saúde. Lisboa: Instituto Piaget.
- Szterenfeld, C. (1998). Modelo de intervenção entre profissionais do sexo no Rio de Janeiro. Em Ministério da Saúde (Org). Anais do Seminário Brasil - França: aids e mulheres. (p. 95). Brasília: CN-DST/AIDS.
- Tura, L.F.R (1998). Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais Em Madeira, M. & Jodelet, D. (Orgs). Aids e Representações sociais: à busca de sentidos. (p. 121-154). Natal: EDUFRN.

- Vala, J. (1993) Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. Em Vala, J & Monteiro, M. B. (Orgs) Psicologia social. (pp. 353-384). 2ªed, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veloz, M.C. T. & Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. Psicologia: Reflexão e Crítica. 12(2) 479-501.
- Verardo, M.T. & Reis, M.S.F. & Vieira, R. M. (1999). Meninas do porto: mitos e realidade da prostituição infanto - juvenil. São Paulo: O nome da rosa.
- Walden, V. M & Mwangulube, K & Makhumula-Nkhoma, P. (1999). Measuring the impact of a behavior change intervention for commercial Sex workers and their potential clients in Malawi. Health Education Research. 14 (4) 545-554.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1 - Modelo do roteiro de entrevista a ser aplicado com as profissionais do sexo**

1. Qual a data e onde você nasceu?
2. Há quanto tempo está em Florianópolis?
3. Há quanto tempo você batalha?
4. Com que idade você começou a batalhar?
5. O que levou você a começar a batalhar?
6. Você tem parceiro fixo, namorado ou marido?( resposta negativa pular para questão 8)
7. Há quanto tempo?
8. Tem filhos ? quantos?
9. Você utiliza algum método para evitar gravidez?
10. Qual método você mais utiliza?
11. Porque utiliza este método?
12. O que você sabe sobre doenças sexualmente transmissíveis (venéreas)?
13. Você alguma vez pegou alguma doença destas?
14. Como você faz para se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis (doenças venéreas) na sua profissão?
15. Você poderia me explicar o que é AIDS?
16. Como você se protege da AIDS?
17. Qual o risco de pegar AIDS na sua profissão?
18. Poderia me dizer hoje-onde está o maior risco de pegar a Aids?
19. Você utiliza camisinha com seu namorado, marido ou parceiro fixo. Porque?

## ANEXO 2 – Relatório do programa ALCESTE corpus 1- Prevenção das DST's e contracepção

-----  
 \* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) \*  
 -----

Plan de l'analyse :prevenir.pl ; Date : 31/ 3/\*\*; Heure : 08:54:04

```
C:\Alceste\&&_0\
prevenir.txt
ET 1 1 1 1
A 1 1 1
B 1 1 1
C 1 1 1
D 1 1 1 0 0
A1 1 0 0
A2 3 0
A3 1 1 0
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0
B2 2 2 0 0 0 0 0 0
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0
C1 0 121
C2 0 2
C3 0 0 1 1 1 2
D1 0 2 2
D2 0
D3 5 a 2
D4 1 -2 1
D5 0 0
```

-----  
 A1: Lecture du corpus  
 -----

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :  
 N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 40

-----  
 A2: Calcul du dictionnaire  
 -----

Nombre de formes distinctes	:	1084
Nombre d'occurrences	:	6491
Fréquence moyenne par forme	:	6
Nombre de hapax	:	581
Fréquence maximum d'une forme	:	443

68.73% des formes de fréq. <	2 recouvrent	14.00% des occur.;
80.63% des formes de fréq. <	4 recouvrent	20.72% des occur.;
89.76% des formes de fréq. <	10 recouvrent	31.07% des occur.;
93.63% des formes de fréq. <	19 recouvrent	40.09% des occur.;
96.31% des formes de fréq. <	29 recouvrent	50.58% des occur.;
97.88% des formes de fréq. <	45 recouvrent	60.33% des occur.;
99.08% des formes de fréq. <	69 recouvrent	71.82% des occur.;

99.63% des formes de fréq. < 192 recouvrent 82.91% des occur. ;  
 99.91% des formes de fréq. < 249 recouvrent 93.18% des occur. ;  
 100.00% des formes de fréq. < 443 recouvrent 100.00% des occur. ;

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 625  
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 233  
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 54  
 Nombre d'occurrences retenues : 6479  
 Moyenne par mot : 6.786713  
 Nombre d'occurrences analysables (fréq. > 3) : 2229 soit  
 38.279240%  
 Nombre d'occurrences supplémentaires : 3594  
 Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 656

-----  
 B1: Sélection des uce et calcul des données  
 -----

B11: Le nom du dossier des résultats est &&\_0  
 B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4  
 B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999  
 B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1  
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1  
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 29  
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4  
 Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 158  
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 107  
 Nombre total de mots : 265  
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 54  
 Nombre de lignes de B1\_DICB : 319

Nombre d'occurrences analysées : 2229

Nombre d'u.c.i. : 40  
 Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 13.674850  
 Nombre d'u.c.e. : 163  
 Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 163  
 100.00% des u.c.e. sont sélectionnées  
 Nombre de couples : 4592

-----  
 B2: Calcul de DONN.1  
 -----

Nombre de mots par unité de contexte : 12  
 Nombre d'unités de contexte : 136

-----  
 B2: Calcul de DONN.2  
 -----

Nombre de mots par unité de contexte : 14  
 Nombre d'unités de contexte : 124

-----  
 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1  
 -----

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4  
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre  
 Nombre d'items analysables : 118  
 Nombre d'unités de contexte : 136  
 Nombre de "1" : 1802

-----  
 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2  
 -----

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4  
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre  
 Nombre d'items analysables : 117  
 Nombre d'unités de contexte : 124  
 Nombre de "1" : 1781

-----  
 C1: intersection des classes  
 -----

Nom du dossier traité C:\Alceste\&&\_0\  
 Suffixe de l'analyse :121  
 Date de l'analyse :31/ 3/\*\*  
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 10

DONN.1 Nombre de mots par uc : 12  
 Nombre d'uc : 136

DONN.2 Nombre de mots par uc : 14  
 Nombre d'uc : 124

129 u.c.e classées sur 163 soit 79.14 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 145

Tableau croisant les deux partitions :

RCDH1 *		RCDH2			
classe *		1	2	3	4
poids *		64	33	25	23
1	59 *	57	2	0	0

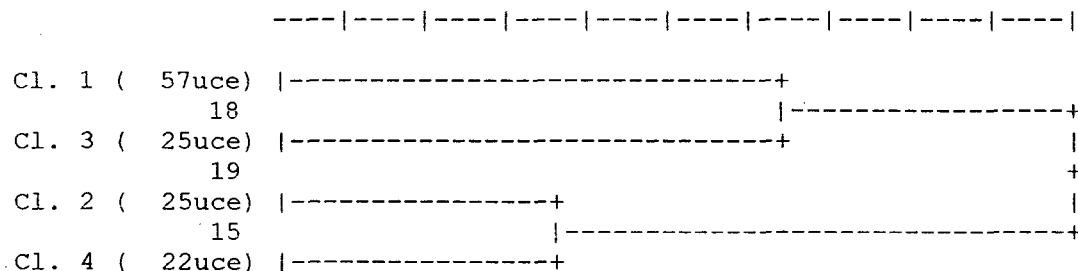
2	26 *	0	25	0	1
3	35 *	7	3	25	0
4	25 *	0	3	0	22

Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 *		RCDH2			
classe *		1	2	3	4
	poids *	64	33	25	23
1	59 *	111	-21	-20	-18
2	26 *	-25	97	-6	-3
3	35 *	-10	-5	94	-8
4	25 *	-23	-1	-6	117

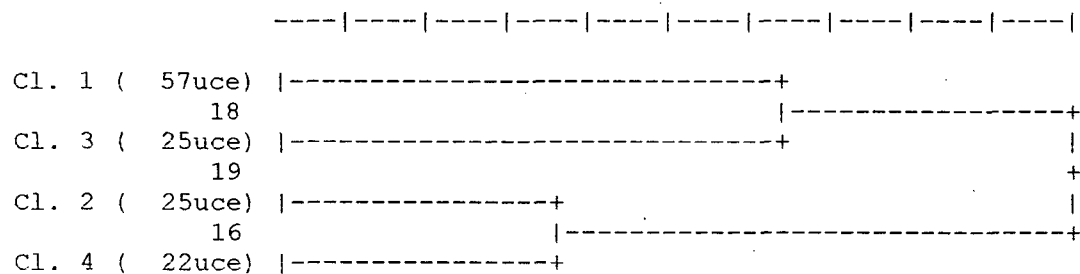
Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3\_rcdh1) :



Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3\_rcdh2) :



-----  
C2: profil des classes  
-----

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot	:	2.00
Nombre de mots (formes réduites)	:	265
Nombre de mots analysés	:	158
Nombre de mots "hors-corpus"	:	54
Nombre de classes	:	4



129 u.c.e. classées soit 79.141110%

Nombre de "1" analysés : 1482  
Nombre de "1" suppl. ("r") : 1869

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 57. u.c.e. 596. "1" analysés ; 835. "1" suppl..  
2eme classe : 25. u.c.e. 331. "1" analysés ; 378. "1" suppl..  
3eme classe : 25. u.c.e. 272. "1" analysés ; 329. "1" suppl..  
4eme classe : 22. u.c.e. 283. "1" analysés ; 327. "1" suppl..

-----  
Classe n° 1 => Contexte A  
-----

Nombre d'u.c.e. : 57. soit : 44.19 %  
Nombre de "uns" (a+r) : 1431. soit : 42.70 %  
Nombre de mots analysés par uce : 10.46

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
7	4.	5.	80.00	2.71	ao
8	22.	30.	73.33	13.47	as
18	7.	9.	77.78	4.43	comec+
25	13.	22.	59.09	2.39	da
31	7.	9.	77.78	4.43	deu+
33	5.	6.	83.33	3.91	dia+
36	7.	7.	100.00	9.35	dinheiro
44	5.	7.	71.43	2.23	entr+
46	3.	3.	100.00	3.88	esclarecimento+
49	5.	5.	100.00	6.57	exam+
58	17.	27.	62.96	4.88	faz+
59	8.	12.	66.67	2.71	fic+
62	5.	6.	83.33	3.91	fiquei
64	13.	22.	59.09	2.39	gente
68	3.	3.	100.00	3.88	gost+
73	4.	4.	100.00	5.21	homens
80	3.	3.	100.00	3.88	meio
81	5.	6.	83.33	3.91	menina+
96	5.	5.	100.00	6.57	olh+
97	4.	4.	100.00	5.21	oral
99	6.	7.	85.71	5.18	palestras
101	6.	6.	100.00	7.95	pass+
109	13.	20.	65.00	4.16	peesso+
114	3.	3.	100.00	3.88	prefiro
124	3.	3.	100.00	3.88	questao
129	9.	13.	69.23	3.68	sab+
136	3.	3.	100.00	3.88	sorte
140	5.	5.	100.00	6.57	tivesse
143	4.	5.	80.00	2.71	trans+
147	4.	4.	100.00	5.21	uns
155	15.	21.	71.43	7.55	vez+
156	5.	6.	83.33	3.91	vi
158	7.	8.	87.50	6.49	vou
161 *	41.	68.	60.29	15.13 *	o
167 *	9.	13.	69.23	3.68 *	1 tinha
168 *	8.	12.	66.67	2.71 *	1 tive
169 *	7.	10.	70.00	2.93 *	3 era

171 *	5.	7.	71.43	2.23 *	3 fui
174 *	4.	5.	80.00	2.71 *	3 sou
179 *	5.	7.	71.43	2.23 *	4 gracias-a
196 *	21.	35.	60.00	4.87 *	5 se
206 *	10.	15.	66.67	3.48 *	7 ele
207 *	4.	5.	80.00	2.71 *	7 eles
219 *	5.	6.	83.33	3.91 *	7 muitas
221 *	8.	9.	88.89	7.84 *	7 nada
226 *	5.	7.	71.43	2.23 *	7 outra
234 *	6.	7.	85.71	5.18 *	7 todas
243 *	18.	29.	62.07	4.85 *	8 um
253 *	9.	12.	75.00	5.09 *	9 hoje
266 *	14.	23.	60.87	3.16 *	*caus_1
271 *	46.	91.	50.55	5.07 *	*fil_1
274 *	41.	78.	52.56	5.62 *	*ida_2
283 *	5.	6.	83.33	3.91 *	*ind_09
284 *	4.	5.	80.00	2.71 *	*ind_10
300 *	8.	11.	72.73	3.97 *	*ind_26
305 *	4.	4.	100.00	5.21 *	*ind_31
314 *	5.	7.	71.43	2.23 *	*ind_40
315 *	33.	60.	55.00	5.32 *	*par_1
319 *	28.	52.	53.85	3.30 *	*temp_3

Nombre de mots sélectionnés : 60

-----  
 Classe n° 2 => Contexte B  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 25. soit : 19.38 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 709. soit : 21.16 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 13.24

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
3	9.	19.	47.37	11.17	aids
11	18.	50.	36.00	14.43	camisinha
19	6.	14.	42.86	5.54	conhec+
27	6.	12.	50.00	7.94	das
41	16.	45.	35.56	11.57	doenca+
42	15.	43.	34.88	9.92	dst
48	19.	37.	51.35	33.94	evit+
50	3.	5.	60.00	5.49	exist+
63	2.	4.	50.00	2.48	fiz
67	7.	17.	41.18	5.95	gonorreia
69	19.	39.	48.72	30.80	gravid+
75	2.	3.	66.67	4.40	infecct+
83	13.	24.	54.17	22.84	metodo+
89	4.	9.	44.44	3.89	namor+
90	2.	4.	50.00	2.48	ness+
92	5.	10.	50.00	6.51	noite
100	3.	5.	60.00	5.49	parceiro+
102	8.	27.	29.63	2.30	peguei
120	3.	6.	50.00	3.78	protegt+
132	15.	33.	45.45	19.30	sei
135	3.	6.	50.00	3.78	sifilis
138	4.	11.	36.36	2.22	tipot+
150	8.	18.	44.44	8.41	uso
151	17.	35.	48.57	26.20	utiliz+
154	4.	5.	80.00	12.23	venerea+

157	2.	4.	50.00	2.48		vida
181 *	21.	68.	30.88	12.18 *	4	para
185 *	10.	24.	41.67	9.37 *	4	sobre
211 *	25.	107.	23.36	6.38 *	7	eu
223 *	5.	12.	41.67	4.21 *	7	nenhuma
227 *	4.	8.	50.00	5.12 *	7	outras
238 *	5.	14.	35.71	2.68 *	7	tudo
239 *	3.	5.	60.00	5.49 *	7	varias
241 *	2.	4.	50.00	2.48 *	8	dois
244 *	4.	9.	44.44	3.89 *	9	agora
249 *	2.	4.	50.00	2.48 *	9	bastante
268 *	10.	36.	27.78	2.25 *		*caus_3
278 *	2.	4.	50.00	2.48 *		*ind_04
298 *	2.	4.	50.00	2.48 *		*ind_24

Nombre de mots sélectionnés : 39

-----  
 Classe n° 3 => Contexte C  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 25. soit : 19.38 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 601. soit : 17.93 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 10.88

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
1	7.	18.	38.89	5.10	ach+
16	9.	18.	50.00	12.55	coisa+
17	2.	3.	66.67	4.40	coloc+
21	2.	3.	66.67	4.40	corrimento+
27	5.	12.	41.67	4.21	das
29	3.	7.	42.86	2.61	dess+
35	3.	6.	50.00	3.78	dig+
42	12.	43.	27.91	3.00	dst
52	4.	6.	66.67	9.01	explicit+
70	2.	3.	66.67	4.40	guria
71	3.	7.	42.86	2.61	hiv
88	4.	7.	57.14	6.76	mulher
93	3.	5.	60.00	5.49	nome
94	2.	3.	66.67	4.40	normal+
102	11.	27.	40.74	9.97	peguei
103	9.	19.	47.37	11.17	peg+
111	4.	10.	40.00	2.95	pod+
115	8.	27.	29.63	2.30	preservativo
118	2.	3.	66.67	4.40	procur+
121	14.	17.	82.35	49.70	protejo
132	11.	33.	33.33	5.53	sei
134	2.	4.	50.00	2.48	sexual+
142	4.	9.	44.44	3.89	trabalh+
145	15.	46.	32.61	8.01	uma
148	12.	14.	85.71	44.23	usando
173 *	2.	3.	66.67	4.40 *	3 ser
189 *	8.	27.	29.63	2.30 *	5 mas
200 *	2.	4.	50.00	2.48 *	7 alguma
212 *	9.	22.	40.91	7.87 *	7 isso
214 *	17.	47.	36.17	13.34 *	7 me
215 *	5.	12.	41.67	4.21 *	7 mesmo
218 *	4.	11.	36.36	2.22 *	7 minha
230 *	6.	10.	60.00	11.45 *	7 qualquer

233 *	2.	3.	66.67	4.40 *	7 te
235 *	2.	4.	50.00	2.48 *	7 todo
240 *	8.	20.	40.00	6.44 *	7 voce
259 *	11.	26.	42.31	10.96 *	9 nunca
269 *	5.	14.	35.71	2.68 *	*caus_4
272 *	11.	38.	28.95	3.16 *	*fil_2
273 *	13.	51.	25.49	2.02 *	*ida_1
293 *	4.	5.	80.00	12.23 *	*ind_19
301 *	2.	3.	66.67	4.40 *	*ind_27
302 *	4.	5.	80.00	12.23 *	*ind_28
316 *	20.	69.	28.99	8.76 *	*par_2
317 *	11.	39.	28.21	2.79 *	*temp_1

Nombre de mots sélectionnés : 45

-----  
 Classe n° 4 => Contexte D  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 22. soit : 17.05 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 610. soit : 18.20 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 12.86

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	6.	18.	33.33	3.92	ach+
2	3.	7.	42.86	3.48	acontec+
6	8.	12.	66.67	23.02	anticoncepcion+
43	7.	9.	77.78	25.22	engravid+
48	14.	37.	37.84	15.84	evit+
61	5.	11.	45.45	6.86	filho+
69	16.	39.	41.03	22.71	gravid+
76	6.	6.	100.00	30.61	injecao
83	10.	24.	41.67	12.63	metodo+
110	6.	6.	100.00	30.61	pilula
112	6.	9.	66.67	16.83	poss+
115	8.	27.	29.63	3.82	preservativo
116	6.	12.	50.00	10.15	prevent+
117	2.	4.	50.00	3.17	principal+
123	4.	9.	44.44	5.13	quer+
126	3.	6.	50.00	4.83	remedio+
131	4.	5.	80.00	14.57	seguro
137	7.	21.	33.33	4.70	tenho
141	10.	13.	76.92	36.63	tom+
149	6.	14.	42.86	7.39	usart+
150	6.	18.	33.33	3.92	uso
151	17.	35.	48.57	33.73	utiliz+
159 *	18.	89.	20.22	2.04 *	a
160 *	20.	99.	20.20	2.98 *	e
166 *	5.	14.	35.71	3.87 *	1 ter
181 *	18.	68.	26.47	9.01 *	4 para
193 *	15.	43.	34.88	14.49 *	5 porque
198 *	4.	6.	66.67	10.95 *	6 ai
199 *	2.	3.	66.67	5.34 *	7 algum
204 *	2.	4.	50.00	3.17 *	7 dele
209 *	6.	16.	37.50	5.40 *	7 esse
222 *	4.	8.	50.00	6.54 *	7 nenhum
241 *	2.	4.	50.00	3.17 *	8 dois
242 *	2.	3.	66.67	5.34 *	8 tres
255 *	11.	30.	36.67	10.63 *	9 mais

258 *	18.	88.	20.45	2.26 *	9 nao
261 *	4.	12.	33.33	2.48 *	9 sempre
262 *	7.	19.	36.84	6.17 *	9 so
263 *	7.	17.	41.18	8.05 *	9 tambem
273 *	13.	51.	25.49	4.24 *	*ida_1
288 *	2.	4.	50.00	3.17 *	*ind_14
304 *	2.	3.	66.67	5.34 *	*ind_30

Nombre de mots sélectionnés : 42  
 Nombre de mots marqués : 240 sur 265 soit 90.57%

Liste des valeurs de clé :

0 si  $\chi^2 < 2.71$   
 1 si  $\chi^2 < 3.84$   
 2 si  $\chi^2 < 5.02$   
 3 si  $\chi^2 < 6.63$   
 4 si  $\chi^2 < 10.80$   
 5 si  $\chi^2 < 20.00$   
 6 si  $\chi^2 < 30.00$   
 7 si  $\chi^2 < 40.00$   
 8 si  $\chi^2 < 50.00$

Tableau croisant classes et clés :

* Classes *		1	2	3	4
Clés	* Poids *	710	333	295	275
M *	14 *	6	3	2	3
0 *	19 *	7	5	2	5
1 *	78 *	41	17	12	8
3 *	48 *	27	7	9	5
4 *	266 *	114	64	43	45
5 *	283 *	131	57	45	50
6 *	6 *	2	0	0	4
7 *	529 *	223	108	117	81
8 *	36 *	19	6	2	9
9 *	334 *	140	66	63	65

Tableau des  $\chi^2$  (signés) :

* Classes *		1	2	3	4
Clés	* Poids *	710	333	295	275
M *	14 *	0	0	0	0
0 *	19 *	0	0	0	1
1 *	78 *	2	0	0	-2
3 *	48 *	3	-1	0	-1
4 *	266 *	0	2	0	0
5 *	283 *	0	0	-1	0
6 *	6 *	0	-1	-1	10
7 *	529 *	-1	0	7	-1
8 *	36 *	1	0	-3	1
9 *	334 *	0	0	0	1

Chi2 du tableau : 37.343210

Nombre de "1" distribués : 1613 soit 48 %

-----  
C2: Reclassement des uce et uci  
-----

Type de reclassement choisi pour les uce :  
Classement d'origine

Tableaux des clés (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrées : 163  
Nombre d'uce classées : 129 soit : 79.14%

Nombre d'uci enregistrées : 40  
Nombre d'uci classées : 26 soit : 65.00%

-----  
D1: Tri des uce par classe  
-----

Clé sélectionnée : A

48 20 E assim, tipo um deposito de esperma de #pessoas estranhas, nao e muito agradável psicologicamente, e como-se nao #tivesse muito haver com voce. quando o meu casamento #começou a ruir, me senti um deposito de esperma. sobre dst, bom, de todas #as #palestras que eu ja assisti, #fica muito no global.

55 15 #as #vezes, tem cliente que nao #gosta entao, eu #prefiro #perder o #dinheiro do que #perder a saude.

21 10 voce tem que #olhar bem. #as #vezes, nos #da boate temos que nos cuidar, porque quando voce vai para o quarto, tem que prestar bem atencao nos #homens, porque #as #vezes tem #uns que arrancam a camisinha.

92 10 O #pessoal do arco\_iris distribuem folhetos e a #gente le, entao #da para #saber identificar. #as dst saem para-fora, se eu vejo que o negocio esta #meio esquisito, ja devolvo o #dinheiro e mando embora.

117 10 eu sei porque eu #olhei o pinto dele, eu #vi assim na #cabeça, #uns carocos, dali eu ja recusei o #programa, nao por causa #da camisinha, mas eu #fiquei com #medo que a camisinha #estourasse e #passasse para mim.

162 10 com eu tive coragem, #as #vezes o #dinheiro #fala mais alto, no meu caso muitas #vezes o #dinheiro #falou mais alto, foi #deus que me protegeu e hoje eu nao tenho nada, contei muito com a #sorte, porque eu realmente vacilei um monte.

116 8 entre a vagina dela, estava vermelha, eu marquei uma consulta ali naquele postinho e levei ela la. #chegando la, o #medico #falou que era gonorreia e ali eu #vi tudo, uma #vez eu fui #fazer um #programa com um cara, ele era gordo, forte, #dai eu #olhei, como eu #vou te #dizer como e, gaucha #fala tudo errado, mas tudo-bem.

155 8 apesar dos #homens nao querer preservativo de-jeito-nenhum, a maioria deles nao querem, se eu fosse atender #oral sem preservativo, eu atenderia de dez a quinze #pessoas por #dia, eles #deixam de #fazer o #programa por causa do preservativo, de #fazer #oral.

161 8 eu #fazia #oral sem preservativo, eu nao tinha a malandragem #da coisa, eu era #meio inocente, antes eu me sujeitava a cada coisa, que hoje eu nao me sujeito mais, como #fazer sem preservativo o #oral enumeras #vezes, hoje eu lembro sinto me #da um certo nojo,

5 7 #as #vezes, a #gente #sai com #pessoas aqui dentro que voce nao suporta, voce ve cada coisa, que so a #gente mesmo ve para #saber como e a realidade.

10 7 eu nao batalhava na #epoca, nao imaginava que meu namorado fosse #passar para mim. como foi #passando o tempo e #comecei a sentir dor, entao fui procurar um #medico, e, tive que #fazer uma cirurgia, pois ja estava bem avancado.

44 7 nao sou preconceituosa com isso, mas se eu tiver aids um #dia, eu nao contaria para a #pessoa, iria embora para bem longe. preferiria que alguem desse a noticia depois-que eu #morresse, e, que me criticasse depois-que morri, mas nao tenho #medo, tanto que eu #faco os #exames e #vou preparada, nao tenho #medo.

46 7 no #oral eu uso preservativo, se nao, nao tem chupadinha eu digo para o cara, preservativo ou nada. #prefiro #ficar sem #dinheiro hoje, amanha eu ganho #dinheiro, e isso que eu #falo para ele.

51 7 #as #vezes o #dinheiro que voce ganha num #programa, nao paga o #tratamento que voce tem que #fazer, isso, se voce tiver #sorte e nao pegar uma aids. se voce pegar, seu futuro estara perdido, psicologico, emocional, financeira e voce #comeca a se abalar, entao a #gente tem muita preocupacao com isso.

63 7 infelizmente, #fiquei sabendo hoje, pequei o ultra som hoje, mas la para frente eu #vou #ficar. eu conheco bastante doencas sexualmente transmissiveis, porque eu trabalhei em uma #epoca em foz de iguacu, uma #vez por #mes ia um #pessoas de uma ong tipo o arco iris, esse #pessoal dava #palestras, tinha telao,

103 7 #morro de #medo, uso camisinha direto, ate dou uma dica para #as #meninas, o-que tem que #fazer quando vai por a camisinha, e #passar a saliva que e a melhor coisa, melhor ate-que o proprio lubrificante,

137 7 por #dinheiro nenhum eu transaria sem camisinha com uma #pessoa que eu nao conhecesse, porque tem aquela #questao que voce nao #sabe com quem o cara #transou e aquela #pessoa com quem ele #transou com outra e assim por diante.

159 7 ja aconteceu de #romper preservativo comigo, eu nao diria muitas #vezes, mas aconteceu algumas #vezes, no inicio eu era muito ingenua #meio burrinha, eu nao #sabia como lidar com o preservativo e hoje em #dia eu mesma coloco o preservativo.

98 6 O #sexo era #liberal porque nao se #falava em camisinha e tao pouco em aids e nao havia esse #esclarecimento. #as garotas\_de\_programa #faziam #sexo livre, se a camisinha #tivesse esse #esclarecimento a #anos atras talvez hoje haveria menos doencas, menos #pessoas contaminadas.

Clé sélectionnée : B

147 20 eu nao utilizo nenhum #metodo para #evitar a #gravidez. eu #sei que as #dst se transmitem se voce nao usar #camisinha. eu #sei que tem a #sifilis, a #gonorreia, #aids, tem varios #tipos de #doenca transmissiveis, com #os meus #parceiros eu #uso #camisinha direto na #noite, mas com o meu #namorado realmente eu nao #uso.

71 10 eu nao utilizo nenhum #metodo para #evitar #gravidez, porque eu me relaciono com uma mulher, nao tem perigo de engravidar, por-isso-que nao #uso. eu #sei que #existem #doencas como, #gonorreia, #sifilis, #aids, #sei como-se faz para #evitar essas #doencas, algumas tem cura, outras nao.

96 10 O que eu #sei sobre #dst, e que ha varios #tipos de #doencas, hepatite, #sifilis, #gonorreia, #aids e outras mais. eu ja peguei #gonorreia, a anos atras. quando eu comecei, nao se falava tanto em #aids e muito menos em #camisinha, a #camisinha era um #metodo para #evitar #gravidez, apenas,

isso digamos a dezesseis anos atras, nao se falava, estava começando a aparecer a #aids.

29 9 eu utilizo para #evitar a #gravidez so #camisinha. eu utilizo esse #metodo #pra tudo, para #evitar #gravidez, #doencas, para me #proteger e o meu #parceiro tambem, todos #os motivos possiveis.

73 9 eu utilizo para #evitar a #gravidez principalmente a #camisinha e #os anticoncepcionais. eu utilizo esse #metodo porque eu acho bem claro, a #aids e as #doencas #venereas. eu #sei que e uma vergonha, o-que eu #sei sobre #dst e muito pouco. eu #sei que a maior parte #das pessoas que estao na #noite, a nossa unica seguranca e a #camisinha, para #evitar as #doencas #venereas, varias #doencas, a #aids, as #infecoes.

23 7 como #metodo para #evitar a #gravidez, eu utilizo #camisinha sempre. esse #metodo eu utilizo com programa e sem programa, porque nao posso tomar remedio. para mim e essencial a #camisinha, mesmo no #namoro ou programa, ja faz parte. eu #sei bastante sobre #dst, #conheco a #aids, nunca peguei nenhuma #doenca gracias-a deus.

27 7 para #evitar a #gravidez, eu so utilizo a #camisinha. assim, eu me cuido da #gravidez e #das #doencas. eu nao #sei muita coisa sobre #dst, #conheco a #gonorreia, tenho duvida se o #chato e uma #doenca #venerea.

86 7 eu #uso #camisinha para #evitar as #dst.

145 7 eu nao utilizo nenhum #metodo para #evitar a #gravidez. eu #sei bem pouco sobre #dst, tem essa agora que e perigosa a #aids. eu nunca peguei nenhuma dessas #doencas.

157 7 eu #uso para #evitar #gravidez #camisinha e anticoncepcional, no caso com meu #namorado e mais liberado, com ele nao #uso #camisinha. sobre #dst eu #sei tudo, muita coisa, eu ja trabalhei em hospital, antes no interior tinha o atendente de enfermagem, esse profissional ja nao #existe mais, agora e auxiliar tecnico de enfermagem ou enfermeiro, tinha treinamento e eu tambem ja li muito.

151 6 eu geralmente nao utilizo #metodo para #evitar a #gravidez, porque eu #fiz laqueadura. eu so me cuido com #camisinha. O #metodo que mais utilizo e a #camisinha, para #evitar #doencas e e uma opcao para agente se prevenir, #sei que agente tem que-se cuidar #das #dst.

19 5 eu utilizo dois #metodos para #evitar a #gravidez, a #camisinha que nunca esqueco e anticoncepcional. eu utilizo o anticoncepcional, porque se voce tiver um #parceiro fixo voce #evita um filho.

89 5 eu utilizo #camisinha para #evitar a #gravidez. eu utilizo esse #metodo porque me da seguranca, tanto para #evitar uma #gravidez como uma #doenca. eu #conheco sobre #dst, tudo o-que a gente ja ouviu falar em palestras, tem caso de aidetico que eu #conheco, #sei que e uma #doenca muito triste, so assim mesmo, palestras e tudo mais por alguma convivencia com pessoas aideticas.

144 5 para #evitar a #gravidez eu utilizo #camisinha e anticoncepcional. eu utilizo #os dois porque e mais seguro. eu #sei praticamente tudo sobre #dst, #aids, tem varias #doencas, #gonorreia. uma vez eu peguei, condiloma, foi do meu #ex\_marido. eu fui casada antes-de trabalhar na #noite. eu utilizo a #camisinha para me #proteger #das #dst.

149 5 eu utilizo comprimido para #evitar a #gravidez, e mais #facil. eu nao #conheco por enquanto nenhuma #dst. O que eu #conheco e o-que eu leio nos livros, primeiramente e #gonorreia que eles falam.

9 4 eu utilizo #camisinha sempre, porque alem-de prevenir a #gravidez, previne a #aids e outras #doencas, nao tem como nao usar. #uso #camisinha sempre, ela e boa #pra tudo. eu #conheco varias #doencas #venereas, #gonorreia, cancro, #chato, sao tantas, inclusive eu ja peguei uma vez, mas nao foi na #noite, foi de um #namorado que eu tinha, a tempos atras, peguei #gonorreia e eu nao sabia.

31 3 eu ja tive uma #doenca, e nem foi na #noite, foi com meu #ex\_marido. eu ja #sei muito bem, o-que-e ter #doenca #venerea, e muito constrangedor, e dificil quando voce esta com ela.



20 2 eu acho que #nessa epoca, na minha situacao, nem posso pensar em ter um filho. eu #uso a #camisinha, agora como estou #nessa #vida e para me #proteger. sobre #dst eu #conheco primeiro a #aids, porque tem bastante e outras muitas. eu nunca peguei nenhuma, gracas-a deus. eu me protejo #das #dst com #camisinha.

Clé sélectionnée : C

125 30 eu nao sei #explicar, mas eu entendo, como #pode #pegar ou de repente, o cara #coloca a mao em #uma #guria vem e #coloca em voce, para mim tudo isso dai ja complica, #procuro #trabalhar com roupa fechada para evitar esse tipo de #coisa.

8 20 mas e bem diferente #trabalhar em boate, zona e cabare. tem muita diferenca. ja tive #corrimento, que e #normal, mas dst nao. #corrimento e #uma #coisa #normal, que voce #pode #pegar com o lubrificante da camisinha ou com qualquer outra #coisa, com o sabonete, roupas, mas nunca tive dst.

148 15 eu nunca #peguei dst nao, so #corrimento #normal que toda a #mulher tem e geralmente fica mais forte quando voce esta gravida. eu ja tive #corrimento forte mas nao chegou a ser a #uma dst, e #uma #coisa natural da #mulher mesmo. eu me #protejo das dst #usando camisinha.

126 14 #pegar doenca, #digamos assim voce #vai por a mao em #uma #guria que esteja de mini\_saia e depois vem #colocar a mao em voce, mesmo-que voce nao transe #vai acabar #pegando.

82 11 O que eu sei e isso e o resto e vendo, de #nome e dificil gravar, sao varios e o #hiv o terror de todas, que bate todas. eu me #protejo #usando camisinha sem-duvida, eu #acho que #uma ainda e ainda pouco, tem que ser duas.

130 10 eu me #protejo com camisinha, isso sao para todos, sendo profissional #trabalhando na area que a gente #trabalha, casado, enfim, eu #acho #uma boa, protecao e a camisinha.

74 8 eu nao sei muito sobre isso dai nao, mesmo sem saber, eu tento evitar #pegar. eu #acho que nunca #peguei dst. na minha profissao eu me #protejo #usando camisinha.

124 8 porque tem #mulher que #vai sem camisinha, porque, isso voce #pode apostar de cem #pode se tirar #uma que #diga que nunca foi sem camisinha. eu nao sei te #explicar muito sobre dst, mas eu ja li muito sobre isso, pelo beijo voce #pode #pegar qualquer doenca transmissivel, ou qualquer ato #sexual, dependendo, voce sabe que tem.

133 8 eu nao de nenhuma delas, sei como #pegar mas nao sei qual. eu nunca #peguei nenhuma #dessas doencas. eu me #protejo #usando camisinha.

163 6 hoje eu me #protejo #usando preservativo.

15 5 porque outros tipos de doencas venereas #podem aparecer entre a virilha, sabe, #uma amiga minha mesmo #usando camisinha #pegou doenca venerea, eu nao sei o #nome. ela #pegou e o medico #explicou, que mesmo #usando camisinha a gente nao esta imune, voce estando em-cima #do cara #corre o risco de #pegar, entao fazer o-que, tem que-se arriscar.

34 5 nesta epoca, eu nao batalhava, era #uma pessoa #digamos comum. eu me #protejo das dst #usando preservativo sempre, nao abusando de maneira alguma. bebo pouco para nao perder a #nocao das #coisas, para estar sempre ciente #do que estou fazendo. quando eu nao #trabalhava na noite, eu saia muito assim sem #nocao das #coisas.

7 4 A menina da noite e considerada vulgar. eu nao me considero #uma menina vulgar, tenho meus motivos, nao aceito que chegue aqui e me xingue de #nome vulgar, nao aceito mesmo, pois nao sou, se eu fosse, estaria na rua e topava qualquer #coisa.

72 4 sei que quando voce #procurar o-mais rapido um medico e mais facil de se curar. eu nunca #peguei dst. eu me #protejo das dst #usando camisinha.

122 4 eu conheco a gonorreia, a aids, eu #acho que so. eu ja #peguei sim, #peguei gonorreia. eu me #protejo com preservativo.

70 3 eu nunca #peguei nenhuma #dessas doenças. eu me #protejo das dst sempre #usando preservativo.

127 3 eu conheço o #hiv, sífilis, cabeça de galo, mas no momento eu não sei te #explicar, eu conheço muito, já li muito sobre isso. eu nunca #peguei #uma doença #dessas. eu me #protejo #usando preservativo e evitando qualquer contato.

143 3 sei que existem também outras doenças, que é muito incomodo para a #mulher, herpes, gonorreia, varias infeccoes, entao o uso #do preservativo é imprescindível. eu me #protejo #usando o preservativo em todo tipo de relação #sexual, a principio é isso. eu #acho que-se voce ve #uma pessoa que tem alguma ferida ou qualquer #coisa, voce não #vai entrar em contato.

156 3 eu já #peguei dst, mas não foi em programa, foi #do meu ex\_marido, isso foi em noventa\_e\_um. eu me #protejo #usando sempre preservativo.

Clé sélectionnée : D

107 19 para evitar a gravidez eu #tomo #injecao, aquela de tres em tres meses. O metodo que eu mais #utilizo é a #injecao. #utilizo esse metodo porque é mais #seguro para mim não #engravidar, porque eu é esse meu namorado, a gente viveu junto eu #tomava #injecao para eu não ter mais #filho porque ele também não #queria.

2 18 #utilizo #preservativo também, com-certeza, porque são bem garantidos. eu #tenho que me #cuidar. acho que #devo #usar o #anticoncepcional, não #posso só confiar na camisinha. #posso ter um #filho de-quem eu mal conheço, ou pegar qualquer outra doença, se isso #acontecer, e, eu chegar nessa pessoa e dizer que estou grávida dela.

39 16 eu #utilizava #anticoncepcional com meu marido, alias meu ex\_marido. agora #utilizo #preservativo, logico, justamente para #prevenir doenças como a aids que está solta por ai. O metodo que eu mais #utilizo é o #preservativo, para #prevenir doenças, #principalmente o hiv e a gravidez, porque eu não #posso ter mais #filho, para eu poder ter #filhos, #tenho que fazer um tratamento.

1 15 eu #utilizo #remédios para não #engravidar como o #anticoncepcional ou #injecao, que é mais facil, porque para quem bebe, ficar #tomando #remedio é muito #difícil, as vezes corta o efeito, entao #injecao é mais garantido.

47 13 eu não #utilizo #pilula para evitar gravidez e medicamento nenhum, eu só uso #preservativo, até porque eu já #tenho um problema, pois minha gravidez é #difícil de #acontecer. eu #utilizo o #preservativo sempre, não só por causa da gravidez em si, mas para minha protecao, para #prevenir de doenças e de algum #contato, pois nem sempre #acontece ser agradável receber o esperma de um cliente no seu corpo.

75 12 eu #utilizo camisinha para evitar a gravidez. eu não #posso mais ter #filhos e a camisinha é mais para evitar as doenças, também eu já evito a gravidez pois #remedio eu não #tomo.

25 10 eu não #utilizo nenhum metodo para evitar a gravidez, porque eu não #engravido. eu #utilizo o #preservativo, mas #remedio eu não #tenho necessidade. eu #utilizo o #preservativo em primeiro lugar, para me #prevenir de doenças. eu #tenho medo de dst, por-isso, a gente tem que-se #prevenir ir sempre ao medico e fazer #prevencao.

67 10 eu só #utilizo o #preservativo para evitar a gravidez, não #posso #usar nada, porque eu #tenho problemas. eu #utilizo esse metodo, para #prevenir doenças e porque eu não #posso #usar outro tipo, porque eu não #tenho parceiro e só programas que a gente faz.

84 10 eu uso o diu para evitar a gravidez. eu não #posso #tomar #pilula, #injecao não me faz bem, só #posso #usar o diu. me sinto bem usando o diu, eu o uso a sete anos.

87 10 eu #tomo #injecao e uso camisinha sempre para evitar a gravidez. eu #utilizo mais a camisinha, eu acho que é o-mais #seguro, as vezes #acontece de estourar camisinha, por-isso-que eu #tomo #injecao, melhor #prevenir do que remediar.

128 10 eu #utilizo #pilula e camisinha para evitar a gravidez. eu #utilizo mais a camisinha, porque a #pilula me faz mal, eu nao #posso #usar e a camisinha ja e um modo de #prevencao contra a gravidez e doenca tambem, eu acho que e isso.

140 10 para evitar a gravidez eu uso #preservativo e #anticoncepcional. eu #utilizo os dois, eu nunca faco sem camisinha e nunca deixo de #tomar #pilula. eu faco isso porque eu #tenho pavor de gravidez, a camisinha previne as doencas alem-de gravidez e o #anticoncepcional por alguma eventualidade,

79 7 eu #utilizo todos possiveis para evitar a gravidez, #principalmente a camisinha e o #anticoncepcional. eu #utilizo mais o #anticoncepcional. com meu marido eu #utilizava #anticoncepcional e a camisinha. eu #utilizo esse metodo de medo, eu #tenho laqueadura e nao confio nela, esta bem recente.

123 7 eu #utilizo so #preservativo para evitar gravidez. eu #utilizo esse metodo porque, normalmente quando a mulher #toma #pilula ela esta confiando, eu estou falando por mim e pelas outras tambem, a pessoa que nao usa #preservativo, ela e obrigada a #usar se nao #quiser #engravidar e tambem se protege das doencas.

132 6 acho o #anticoncepcional mais #seguro porque nao tem como tu #engravidar, #tomando, nao esquecendo nenhum dia nao tem como tu #engravidar. eu nao sei muita coisa sobre dst nao, sei o-que eu estudei no colegio, se prevenindo nao tem como pegar. O que eu sei, que-se nao #usar a camisinha e o #anticoncepcional e se nao se #cuidar, pode pegar.

13 3 eu #tomo #anticoncepcional e uso camisinha. eu nao #tomo propriamente a #pilula, #tomo e #injecao, porque a gente sempre esquece. por-isso eu #tomo os dois, porque se romper a camisinha a gente corre o risco de pegar aids ou #engravidar. eu morro de medo de pegar uma dst, me #cuido muito.

108 3 ele tambem tem uma filha e juntando a dele, com os meus, dao seis e ai ja viu como e que fica o peso, entao ele falou para mim #tomar #injecao e #tomar #cuidado para nao #engravidar.

131 3 eu #utilizo a camisinha e o #anticoncepcional, para evitar a gravidez. eu #utilizo mais a camisinha, e mais #seguro, so que eu acho que o #anticoncepcional e mais #seguro que a camisinha, mas eu uso mais a camisinha, mas eu me protejo.

62 2 com meu companheiro eu nao #utilizo nenhum metodo para evitar gravidez, porque eu #quero ter um #filho. eu estou planejando, eu vou #contar um caso para ti que ate podes nao acreditar, fiquei grávida a tres meses atras, para mim, foi maravilhoso estar grávida e fui fazer ultra som porque estava com algum problema e foi ai, que constatei que eu perdi,

-----  
D3: C.A.H. des mots par classe  
-----

C.A.H. du contexte lexical A

Fréquence minimum d'un mot	:	5
Nombre de mots sélectionnés	:	18
Valeur de clé minimum après calcul	:	2
Nombre d'uce analysées	:	57
Seuil du chi2 pour les uce	:	0
Nombre de mots retenus	:	18
Poids total du tableau	:	155

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

A2 deu+ |-----+-----+-----+-----+

```

A2 dia+      |-----+          |          |          |
A2 menina+  |-----+-----+  |          |          |
A3 exam+    |-----+-----+  |          |          |
A3 vou      |-----+          |          |          |
A2 comect+  |-----+-----+  |-----+  |          |
A2 faz+     |-----+          |          |          |
A4 pass+    |-----+-----+  |-----+  |          |
A3 olh+     |-----+-----+  |          |          |
A2 fiquei   |---+---+          |          |          |
A2 vi       |---+          |          |          |
A3 palestras|-----+-----+  |-----+  |-----+
A3 tivesse  |-----+-----+  |          |          |
A2 pesso+   |-----+          |          |          |
A4 dinheiro |-----+-----+  |          |          |
A5 as       |-----+-----+  |          |          |
A4 vez+     |-----+          |          |          |

```

## C.A.H. du contexte lexical B

```

Fréquence minimum d'un mot      :          5
Nombre de mots sélectionnés      :          13
Valeur de clé minimum après calcul :          2

Nombre d'uce analysées          :          25
Seuil du chi2 pour les uce      :          0
Nombre de mots retenus          :          13
Poids total du tableau          :          156

```

```

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
B4 das      |-----+-----+  |-----+  |          |
B4 dst      |-----+          |          |          |
B3 noite    |-----+-----+  |-----+  |          |
B5 aids     |-----+-----+  |          |          |
B3 gonorreia|-----+          |          |          |
B4 uso      |-----+-----+  |-----+  |          |
B3 conhect+|-----+          |          |          |
B5 doenca+  |-----+-----+  |-----+  |-----+
B6 metodo+  |-----+-----+  |          |          |
B7 evit+    |---+---+          |          |          |
B7 gravid+  |---+          |          |          |
B5 camisinha|-----+-----+  |-----+  |          |
B5 sei      |-----+          |          |          |

```

## C.A.H. du contexte lexical C

```

Fréquence minimum d'un mot      :          5
Nombre de mots sélectionnés      :          7
Valeur de clé minimum après calcul :          2

Nombre d'uce analysées          :          25
Seuil du chi2 pour les uce      :          0
Nombre de mots retenus          :          7
Poids total du tableau          :          77

```

```

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
C8 usando |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C3 ach+   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C8 protejo |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C4 peguei |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C5 peg+   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C5 coisa+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
C4 uma    |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

## C.A.H. du contexte lexical D

```

Fréquence minimum d'un mot      :      5
Nombre de mots sélectionnés     :      11
Valeur de clé minimum après calcul :      2

```

```

Nombre d'uce analysées          :      22
Seuil du chi2 pour les uce     :      0
Nombre de mots retenus         :      11
Poids total du tableau          :      84

```

```

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
D7 pilula |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D6 engravid+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D7 injecao |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D7 tom+    |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D6 anticoncepci |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D4 filho+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D7 utiliz+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D4 prevent+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D2 tenho   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D5 poss+   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
D4 usar+   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

-----  
\* Fin de l'analyse \*  
-----

Date : 31/ 3/01; Heure : 08:56:19

Temps d'execution : 0 h 2 mn 15 s

# ANEXO 3 – Relatório do programa ALCESTE do entendimento das entrevistadas sobre AIDS

-----  
 \* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) \*  
 -----

Plan de l'analyse : garaid.s.pl ; Date : 13/12/\*\*; Heure : 17:01:23

C:\ Alceste\Garaid.s\&&\_0\  
 garaid.s.txt  
 ET 1 1 1 1  
 A 1 1 1  
 B 1 1 1  
 C 1 1 1  
 D 1 1 1 0 0  
 A1 1 0 0  
 A2 3 0  
 A3 1 1 0  
 B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0  
 B2 2 2 0 0 0 0 0 0  
 B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0  
 C1 0 121  
 C2 0 2  
 C3 0 0 1 1 1 2  
 D1 0 2 2  
 D2 0  
 D3 5 a 2  
 D4 1 -2 1  
 D5 0 0

-----  
 A1: Lecture du corpus  
 -----

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :  
 N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 40

-----  
 A2: Calcul du dictionnaire  
 -----

Nombre de formes distinctes	:	1789
Nombre d'occurrences	:	13852
Fréquence moyenne par forme	:	8
Nombre de hapax	:	937
Fréquence maximum d'une forme	:	654

67.75% des formes de fréq. <	2 recouvrent	10.73% des occur.;
85.75% des formes de fréq. <	7 recouvrent	20.86% des occur.;
92.34% des formes de fréq. <	15 recouvrent	30.02% des occur.;
96.03% des formes de fréq. <	34 recouvrent	40.67% des occur.;
97.71% des formes de fréq. <	60 recouvrent	50.74% des occur.;
98.71% des formes de fréq. <	94 recouvrent	60.37% des occur.;
99.33% des formes de fréq. <	184 recouvrent	70.91% des occur.;
99.78% des formes de fréq. <	334 recouvrent	84.53% des occur.;

99.89% des formes de fréq. < 509 recouvrent 91.26% des occur. ;  
 100.00% des formes de fréq. < 654 recouvrent 100.00% des occur. ;

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés	:	1019
Nombre de mots supplémentaires de type "r"	:	272
Nombre de mots supplémentaires de type "s"	:	54
Nombre d'occurrences retenues	:	13805
Moyenne par mot	:	9.869868
Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3)	:	5066 soit
39.758280%		
Nombre d'occurrences supplémentaires	:	7676
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence	:	1063

-----  
 B1: Sélection des uce et calcul des données  
 -----

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0	
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé	: 4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu	: 9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé"	: 1
B15: Code de fin d'U.C.E.	: 1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E.	: 32
B17: Elimination des U.C.E. de longueur	< 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé	:	4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé"	:	1

Nombre de mots analysés	:	293
Nombre de mots supplémentaires de type "r"	:	149
Nombre total de mots	:	442
Nombre de mots supplémentaires de type "s"	:	54
Nombre de lignes de B1_DICB	:	496

Nombre d'occurrences analysées	:	5066
--------------------------------	---	------

Nombre d'u.c.i.	:	40
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e.	:	16.830560
Nombre d'u.c.e.	:	301
Nombre d'u.c.e. sélectionnées	:	301
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées		
Nombre de couples	:	10520

-----  
 B2: Calcul de DONN.1  
 -----

Nombre de mots par unité de contexte	:	14
Nombre d'unités de contexte	:	248

-----  
 B2: Calcul de DONN.2  
 -----

Nombre de mots par unité de contexte : 16  
 Nombre d'unités de contexte : 222

-----  
 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1  
 -----

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4  
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre  
 Nombre d'items analysables : 231  
 Nombre d'unités de contexte : 248  
 Nombre de "1" : 4036

-----  
 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2  
 -----

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4  
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre  
 Nombre d'items analysables : 228  
 Nombre d'unités de contexte : 222  
 Nombre de "1" : 3970

-----  
 C1: intersection des classes  
 -----

Nom du dossier traité C:\ Alceste\Garaidé\&&\_0\  
 Suffixe de l'analyse :121  
 Date de l'analyse :13/12/\*\*  
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 16

DONN.1 Nombre de mots par uc : 14  
 Nombre d'uc : 248

DONN.2 Nombre de mots par uc : 16  
 Nombre d'uc : 222

176 u.c.e classées sur 301 soit 58.47 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 263

Tableau croisant les deux partitions :

RCDH1 *		RCDH2					
classe *		1	2	3	4	5	6
poids *		58	52	33	51	34	35
1	43 *	39	0	2	2	0	0
2	39 *	0	27	1	0	8	3
3	53 *	6	5	26	1	2	13
4	64 *	10	7	1	46	0	0
5	33 *	2	8	0	2	20	1



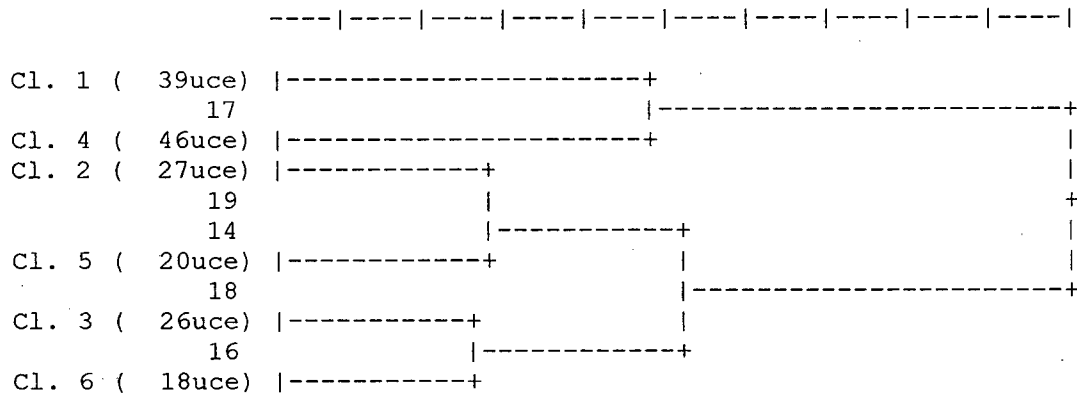
6 31 \* 1 5 3 0 4 18

Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 *		RCDH2					
classe *		1	2	3	4	5	6
pooids *		58	52	33	51	34	35
1	43 *	140	-12	-2	-7	-7	-7
2	39 *	-12	70	-4	-11	2	-1
3	53 *	-4	-4	80	-13	-4	7
4	64 *	-2	-4	-9	149	-12	-12
5	33 *	-5	0	-5	-4	76	-3
6	31 *	-7	0	0	-8	0	61

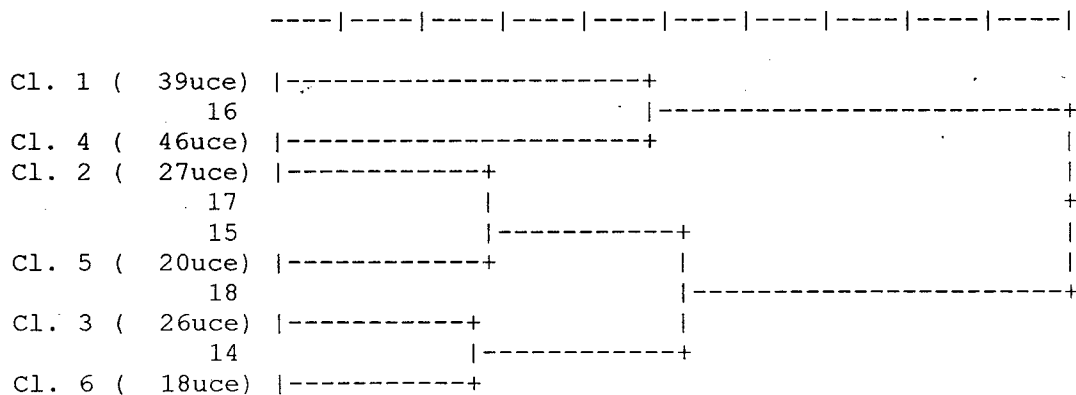
Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3\_rcdh1) :



Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3\_rcdh2) :



-----  
C2: profil des classes

```

-----
Chi2 minimum pour la sélection d'un mot      :          2.00
Nombre de mots (formes réduites)            :          442
Nombre de mots analysés                      :          293
Nombre de mots "hors-corpus"                :           54
Nombre de classes                            :           6

```

176 u.c.e. classées soit 58.471760%

```

Nombre de "1" analysés                      :          2501
Nombre de "1" suppl. ("r")                  :          3032

```

Distribution des u.c.e. par classe...

```

1eme classe :    39. u.c.e. 487. "1" analysés ; 638. "1" suppl..
2eme classe :    27. u.c.e. 367. "1" analysés ; 451. "1" suppl..
3eme classe :    26. u.c.e. 387. "1" analysés ; 447. "1" suppl..
4eme classe :    46. u.c.e. 653. "1" analysés ; 835. "1" suppl..
5eme classe :    20. u.c.e. 313. "1" analysés ; 353. "1" suppl..
6eme classe :    18. u.c.e. 294. "1" analysés ; 308. "1" suppl..

```

-----  
Classe n° 1 => Contexte A  
-----

```

Nombre d'u.c.e.                :    39. soit : 22.16 %
Nombre de "uns" (a+r)          :   1125. soit : 20.33 %
Nombre de mots analysés par uce : 12.49

```

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
13	3.	3.	100.00	10.72	anticoncepcional
17	5.	6.	83.33	13.48	arrum+ (arrumar)
37	6.	12.	50.00	5.79	cas+ (casada)
51	9.	10.	90.00	28.29	confi+ (confiar)
76	5.	12.	41.67	2.84	dia+
100	5.	12.	41.67	2.84	exist+
149	4.	4.	100.00	14.38	logic+ (lógico)
156	15.	17.	88.24	47.63	marido+ (marido)
171	11.	18.	61.11	17.64	mulher+ (mulher)
173	10.	18.	55.56	12.96	namor+ (namorado)
176	5.	7.	71.43	10.26	nel+ (Nele)
188	11.	16.	68.75	22.15	parceiro+ (parceiro)
195	5.	7.	71.43	10.26	pel+ (Pela)
202	3.	3.	100.00	10.72	pinta
210	14.	29.	48.28	13.73	preservativo (preservativo)
217	5.	10.	50.00	4.76	programa+ (programa)
220	4.	7.	57.14	5.17	proteg+ (proteger)
260	8.	8.	100.00	29.44	tivesse (tivesse)
270	3.	4.	75.00	6.63	unic+
275	14.	25.	56.00	19.35	usar+ (usar)
276	5.	6.	83.33	13.48	usava (usava)
277	4.	6.	66.67	7.13	usei (usei)
279	4.	5.	80.00	9.98	utiliz+ (utilizava)
303 *	5.	12.	41.67	2.84 *	1 tinha
304 *	4.	9.	44.44	2.73 *	1 tive
315 *	23.	84.	27.38	2.54 *	4 com
345 *	3.	4.	75.00	6.63 *	5 tao

346 *	5.	13.	38.46	2.16 *	6 ai
362 *	19.	56.	33.93	6.60 *	7 ele
373 *	17.	32.	53.13	21.74 *	7 meu
377 *	2.	3.	66.67	3.51 *	7 muitas
380 *	6.	16.	37.50	2.40 *	7 nada
383 *	4.	7.	57.14	5.17 *	7 ninguem
427 *	8.	17.	47.06	6.76 *	9 hoje
437 *	3.	6.	50.00	2.79 *	9 sim
439 *	9.	27.	33.33	2.31 *	9 tambem
444 *	21.	73.	28.77	3.16 *	*caus_2
446 *	9.	20.	45.00	6.82 *	*caus_4
454 *	4.	7.	57.14	5.17 *	*ind_03
461 *	7.	10.	70.00	14.07 *	*ind_10
471 *	2.	3.	66.67	3.51 *	*ind_20
474 *	2.	3.	66.67	3.51 *	*ind_23
484 *	2.	3.	66.67	3.51 *	*ind_33
485 *	2.	3.	66.67	3.51 *	*ind_34
493 *	30.	86.	34.88	15.79 *	*par_2
495 *	18.	55.	32.73	5.18 *	*temp_2

Nombre de mots sélectionnés : 46

-----  
 Classe n° 2 => Contexte B  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 27. soit : 15.34 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 818. soit : 14.78 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 13.59

num	effectifs	pourc.	chi2	identification
3	11.	42.	26.19	5.00 ach+ (
6	3.	3.	100.00	16.84 acredito
8	18.	82.	21.95	5.17 aids (aids)
18	8.	26.	30.77	5.59 as
22	3.	4.	75.00	11.22 beb+
32	3.	3.	100.00	16.84 cabelo+
59	2.	5.	40.00	2.41 corpo
64	6.	22.	27.27	2.76 cuid+
65	5.	9.	55.56	11.81 cur+ (cura)
72	3.	4.	75.00	11.22 descobr+
84	12.	36.	33.33	11.28 doenca+ (doença)
101	5.	17.	29.41	2.87 explic+
125	3.	3.	100.00	16.84 grav+
126	2.	3.	66.67	6.19 gripe
133	3.	5.	60.00	7.90 hora+
144	4.	7.	57.14	9.81 lev+ (levando)
158	2.	4.	50.00	3.79 maximo
169	5.	5.	100.00	28.40 mort+ (morte)
172	10.	11.	90.91	51.59 mundo (mundo)
179	3.	4.	75.00	11.22 normal+
201	15.	45.	33.33	15.07 pesso+ (pessoas)
204	12.	37.	32.43	10.54 pod+ (pode)
211	3.	5.	60.00	7.90 prevent+
215	2.	3.	66.67	6.19 procur+
228	3.	7.	42.86	4.25 repente
230	2.	3.	66.67	6.19 romper
249	4.	5.	80.00	16.57 soub+ (soubesse)
269	20.	84.	23.81	8.87 uma+

280	5.	15.	33.33	4.09	vai+
289	3.	7.	42.86	4.25	virus
291	3.	6.	50.00	5.75	viv+
292	2.	3.	66.67	6.19	volt+
294 *	22.	115.	19.13	3.67 *	a
298 *	4.	10.	40.00	4.96 *	0 estar
301 *	20.	76.	26.32	12.41 *	1 tem
311 *	2.	3.	66.67	6.19 *	3 seria
322 *	15.	70.	21.43	3.32 *	4 para
323 *	2.	5.	40.00	2.41 *	4 pelo
326 *	3.	4.	75.00	11.22 *	4 sobre
329 *	9.	33.	27.27	4.45 *	5 como
341 *	26.	134.	19.40	7.13 *	5 que
375 *	10.	30.	33.33	9.01 *	7 mim
393 *	3.	6.	50.00	5.75 *	7 o-que-e
402 *	2.	4.	50.00	3.79 *	7 todas
403 *	9.	13.	69.23	31.39 *	7 todo
407 *	3.	6.	50.00	5.75 *	7 varias
409 *	7.	25.	28.00	3.60 *	7 voce
435 *	2.	3.	66.67	6.19 *	9 pior
440 *	7.	27.	25.93	2.75 *	M A
443 *	13.	41.	31.71	11.02 *	*caus_1
459 *	2.	3.	66.67	6.19 *	*ind_08
467 *	3.	8.	37.50	3.17 *	*ind_16
482 *	3.	9.	33.33	2.36 *	*ind_31
491 *	4.	9.	44.44	6.19 *	*ind_40
496 *	18.	83.	21.69	4.87 *	*temp_3

Nombre de mots sélectionnés : 55

-----  
 Classe n° 3 => Contexte C  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 26. soit : 14.77 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 834. soit : 15.07 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 14.88

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
3	16.	42.	38.10	23.83	ach+ (acho)
8	19.	82.	23.17	8.60	aids (aids)
16	2.	4.	50.00	4.03	arriscado
26	5.	9.	55.56	12.53	boate+ (boate)
38	3.	4.	75.00	11.79	catarina
39	3.	9.	33.33	2.60	causa
64	7.	22.	31.82	5.80	cuid+ (cuidado)
69	3.	8.	37.50	3.44	das
83	8.	35.	22.86	2.27	do
85	2.	4.	50.00	4.03	dono
93	3.	4.	75.00	11.79	esperta
97	2.	4.	50.00	4.03	evit+
150	7.	11.	63.64	22.25	lugar+ (lugar)
151	2.	3.	66.67	6.53	machuc+
153	15.	28.	53.57	39.81	maior+ (maior)
174	2.	4.	50.00	4.03	nas
180	4.	5.	80.00	17.39	num+ (
181	2.	4.	50.00	4.03	oferec+
189	3.	9.	33.33	2.60	part+
194	19.	64.	29.69	17.77	peg+ (pegar)

200	4.	5.	80.00	17.39	perigo	(perigo)
206	3.	8.	37.50	3.44	poss+	
229	16.	50.	32.00	16.46	risco+	(risco)
231	5.	7.	71.43	18.59	rua+	(rua)
236	4.	13.	30.77	2.85	sai+	
238	3.	5.	60.00	8.36	sant+	
254	2.	3.	66.67	6.53	tent+	
259	4.	9.	44.44	6.63	tiver	(tiver)
262	7.	15.	46.67	13.25	trabalh+	(trabalha)
263	2.	3.	66.67	6.53	transfus+	
267	3.	3.	100.00	17.61	travesti+	
284	5.	12.	41.67	7.40	vem	
301 *	17.	76.	22.37	6.13 *	1 tem	
314 *	2.	3.	66.67	6.53 *	4 atraves-de	
316 *	20.	113.	17.70	2.15 *	4 de	
317 *	2.	3.	66.67	6.53 *	4 dentro-de	
319 *	13.	52.	25.00	6.13 *	4 em	
322 *	15.	70.	21.43	4.09 *	4 para	
327 *	8.	22.	36.36	9.31 *	5 assim	
344 *	3.	9.	33.33	2.60 *	5 tanto	
359 *	2.	3.	66.67	6.53 *	7 deles	
365 *	3.	5.	60.00	8.36 *	7 essas	
367 *	10.	41.	24.39	3.93 *	7 esta	
396 *	8.	15.	53.33	19.37 *	7 qualquer	
420 *	8.	24.	33.33	7.60 *	9 aqui	
442 *	10.	35.	28.57	6.61 *	M O	
443 *	9.	41.	21.95	2.19 *	*caus_1	
450 *	17.	73.	23.29	7.18 *	*ida_1	
462 *	3.	7.	42.86	4.57 *	*ind_11	
467 *	4.	8.	50.00	8.26 *	*ind_16	
469 *	2.	3.	66.67	6.53 *	*ind_18	

Nombre de mots sélectionnés : 51

-----  
 Classe n° 4 => Contexte D  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 46. soit : 26.14 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 1488. soit : 26.89 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 14.20

num	effectifs	pourc.	chi2	identification		
2	2.	3.	66.67	2.60	aceit+	
4	8.	17.	47.06	4.27	acontec+	(aconteceu)
11	3.	4.	75.00	5.06	and+	
12	7.	10.	70.00	10.57	ano+	(anos)
21	2.	3.	66.67	2.60	banh+	
39	6.	9.	66.67	8.07	causa	(causa)
43	7.	10.	70.00	10.57	cheg+	(chega)
66	16.	44.	36.36	3.18	da	
73	4.	7.	57.14	3.63	dess+	
74	9.	11.	81.82	18.84	deu+	(Deus)
75	4.	4.	100.00	11.57	dev+	(deve)
80	6.	9.	66.67	8.07	dinheiro	(dinheiro)
88	4.	5.	80.00	7.73	duas	(duas)
91	2.	3.	66.67	2.60	epoca	
95	3.	5.	60.00	3.06	estiver	
98	12.	19.	63.16	15.12	exam+	(exame)

107	15.	34.	44.12	7.06	faz+	(fazer)
109	7.	8.	87.50	16.35	fez	(fez)
110	8.	18.	44.44	3.48	fic+	
113	2.	3.	66.67	2.60	fiquei	(fiquei)
114	9.	13.	69.23	13.50	fiz+	(fiz)
120	20.	51.	39.22	6.36	gente	
129	2.	3.	66.67	2.60	higient+	
130	10.	13.	76.92	18.75	hiv	(hiv)
134	3.	5.	60.00	3.06	hospit+	
142	3.	4.	75.00	5.06	lado	
147	3.	4.	75.00	5.06	livre	
159	3.	4.	75.00	5.06	medico+	
160	9.	10.	90.00	22.40	medo	(medo)
164	5.	6.	83.33	10.53	mest+	(meses)
168	5.	10.	50.00	3.13	morr+	
175	3.	3.	100.00	8.63	negativo	
177	4.	7.	57.14	3.63	ness+	
178	7.	16.	43.75	2.83	noite	
191	6.	11.	54.55	4.91	pass+	(Passa)
207	3.	3.	100.00	8.63	prazer	
208	3.	5.	60.00	3.06	precis+	
209	2.	3.	66.67	2.60	preocup+	
235	6.	14.	42.86	2.20	sair+	
239	3.	5.	60.00	3.06	segura	
240	3.	4.	75.00	5.06	seguranca	
242	4.	7.	57.14	3.63	sent+	
243	4.	7.	57.14	3.63	separ+	
251	6.	11.	54.55	4.91	tempo+	(tempo)
252	11.	22.	50.00	7.42	tenh+	(tenho)
271	3.	5.	60.00	3.06	uns	
278	6.	14.	42.86	2.20	uso	
287	4.	7.	57.14	3.63	vi	
290	4.	5.	80.00	7.73	virt+	(vir)
299 *	4.	8.	50.00	2.47 *	0 estava	
307 *	8.	17.	47.06	4.27 *	3 foi	
312 *	7.	10.	70.00	10.57 *	3 sou	
318 *	4.	4.	100.00	11.57 *	4 depois-de	
324 *	12.	28.	42.86	4.82 *	4 por	
333 *	19.	55.	34.55	2.93 *	5 mas	
337 *	21.	65.	32.31	2.03 *	5 porque	
348 *	2.	3.	66.67	2.60 *	6 bom	
356 *	8.	10.	80.00	15.93 *	7 comigo	
358 *	8.	14.	57.14	7.57 *	7 dele	
362 *	21.	56.	37.50	5.49 *	7 ele	
364 *	5.	10.	50.00	3.13 *	7 essa	
370 *	6.	9.	66.67	8.07 *	7 la	
380 *	8.	16.	50.00	5.19 *	7 nada	
385 *	6.	10.	60.00	6.30 *	7 nos	
387 *	2.	3.	66.67	2.60 *	7 onde	
415 *	4.	7.	57.14	3.63 *	8 tres	
417 *	8.	11.	72.73	13.19 *	9 agora	
422 *	5.	11.	45.45	2.27 *	9 bem	
428 *	11.	30.	36.67	2.08 *	9 ja	
429 *	4.	4.	100.00	11.57 *	9 junto	
436 *	9.	21.	42.86	3.45 *	9 sempre	
444 *	24.	73.	32.88	2.94 *	*caus_2	
448 *	36.	122.	29.51	2.34 *	*fil_1	
451 *	36.	103.	34.95	10.00 *	*ida_2	
453 *	4.	6.	66.67	5.29 *	*ind_02	

460 *	8.	10.	80.00	15.93 *	*ind_09
472 *	2.	3.	66.67	2.60 *	*ind_21
473 *	5.	6.	83.33	10.53 *	*ind_22
477 *	5.	8.	62.50	5.74 *	*ind_26
492 *	31.	90.	34.44	6.59 *	*par_1
496 *	26.	83.	31.33	2.19 *	*temp_3

Nombre de mots sélectionnés : 81

-----  
 Classe n° 5 => Contexte E  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 20. soit : 11.36 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 666. soit : 12.04 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 15.65

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
8	18.	82.	21.95	17.09	aids (aids)
10	2.	4.	50.00	6.07	anal
15	2.	4.	50.00	6.07	aparec+
33	15.	70.	21.43	11.69	camisinha+ (camisinha)
41	2.	3.	66.67	9.27	chance
49	2.	5.	40.00	4.19	coloc+
65	4.	9.	44.44	10.31	curt+
73	2.	7.	28.57	2.14	dess+
78	3.	4.	75.00	16.46	dificil
84	10.	36.	27.78	12.11	doenca+ (doença)
96	6.	15.	40.00	13.35	estour+ (estourar)
101	7.	17.	41.18	16.61	explicit+ (explicar)
106	3.	7.	42.86	7.18	fazendo
115	4.	6.	66.67	18.86	for
123	2.	6.	33.33	2.98	grande
131	4.	18.	22.22	2.35	homem
136	2.	4.	50.00	6.07	imunologic+
184	6.	15.	40.00	13.35	oral (oral)
185	5.	20.	25.00	4.17	os
194	13.	64.	20.31	8.00	peg+ (pegar)
216	14.	27.	51.85	51.91	profissao (profissão)
221	8.	13.	61.54	35.08	protejo (protejo)
229	14.	50.	28.00	19.19	risco+ (risco)
241	11.	33.	33.33	19.46	sei (sei)
244	6.	18.	33.33	9.61	sexo (sexo)
245	2.	7.	28.57	2.14	sexual+
247	2.	3.	66.67	9.27	sistema
269	17.	84.	20.24	12.56	uma+
274	5.	13.	38.46	10.23	usando (usando)
309 *	3.	11.	27.27	2.95 *	3 sao
316 *	17.	113.	15.04	4.25 *	4 de
340 *	2.	6.	33.33	2.98 *	5 quanto
341 *	18.	134.	13.43	2.39 *	5 que
354 *	2.	6.	33.33	2.98 *	7 aquela
376 *	14.	40.	35.00	28.71 *	7 minha
379 *	16.	68.	23.53	16.28 *	7 na
393 *	2.	6.	33.33	2.98 *	7 o-que-e
400 *	4.	17.	23.53	2.77 *	7 te
404 *	4.	6.	66.67	18.86 *	7 todos
406 *	3.	11.	27.27	2.95 *	7 tudo
433 *	19.	126.	15.08	6.08 *	9 nao

438 *	8.	32.	25.00	7.22 *	9 so
440 *	6.	27.	22.22	3.73 *	M A
442 *	12.	35.	34.29	22.79 *	M O
456 *	2.	6.	33.33	2.98 *	*ind_05
486 *	2.	3.	66.67	9.27 *	*ind_35
495 *	10.	55.	18.18	3.69 *	*temp_2

Nombre de mots sélectionnés : 47

-----  
 Classe n° 6 => Contexte F  
 -----

Nombre d'u.c.e. : 18. soit : 10.23 %  
 Nombre de "uns" (a+r) : 602. soit : 10.88 %  
 Nombre de mots analysés par uce : 16.33

num	effectifs		pourc.	chi2	identification	
8	13.	82.	15.85	5.29	aids	(aids)
10	2.	4.	50.00	7.05	anal	
24	6.	7.	85.71	45.24	beijo+	(beijo)
27	6.	8.	75.00	38.30	boca	(boca)
31	2.	7.	28.57	2.67	cabeca+	
33	14.	70.	20.00	12.09	camisinha+	(camisinha)
47	9.	36.	25.00	10.76	coisa+	(coisa)
57	8.	9.	88.89	63.92	cont+	(contato)
67	3.	7.	42.86	8.45	dai	
81	3.	10.	30.00	4.51	diss+	
83	6.	35.	17.14	2.28	do	
87	9.	20.	45.00	29.72	drog+	(droga)
97	2.	4.	50.00	7.05	evit+	
103	4.	11.	36.36	8.73	fact+	(faca)
106	3.	7.	42.86	8.45	fazendo	
116	3.	5.	60.00	13.89	forma+	
121	3.	6.	50.00	10.70	geral+	
138	4.	7.	57.14	17.48	injet+	(injetar)
154	3.	4.	75.00	18.70	maneira+	
158	2.	4.	50.00	7.05	maximo	
184	6.	15.	40.00	15.83	oral	(oral)
194	11.	64.	17.19	5.31	peg+	(pegar)
216	6.	27.	22.22	5.00	profissao	(profissão)
227	3.	5.	60.00	13.89	relac+	
228	2.	7.	28.57	2.67	repente	
229	10.	50.	20.00	7.27	risco+	(risco)
233	5.	24.	20.83	3.40	sab+	(sabe )
235	3.	14.	21.43	2.08	sair+	
237	2.	7.	28.57	2.67	sangue	
244	10.	18.	55.56	44.87	sexo	(sexo)
259	4.	9.	44.44	12.10	tiver	(tiver)
261	2.	6.	33.33	3.61	tom+	
272	4.	6.	66.67	21.55	usa	(usa)
278	3.	14.	21.43	2.08	uso	
289	3.	7.	42.86	8.45	virus	
305 *	2.	6.	33.33	3.61 *	2 ha	
325 *	7.	33.	21.21	5.34 *	4 sem	
336 *	2.	5.	40.00	4.97 *	5 pois	
350 *	2.	7.	28.57	2.67 *	6 vamos	
353 *	2.	4.	50.00	7.05 *	7 alguma	
363 *	3.	8.	37.50	6.79 *	7 eles	



366 *	2.	5.	40.00	4.97 *	7	esse
367 *	7.	41.	17.07	2.73 *	7	esta
376 *	8.	40.	20.00	5.38 *	7	minha
379 *	10.	68.	14.71	2.42 *	7	na
384 *	7.	44.	15.91	2.06 *	7	no
389 *	2.	7.	28.57	2.67 *	7	outras
398 *	4.	14.	28.57	5.57 *	7	que-se
405 *	2.	5.	40.00	4.97 *	7	tu
431 *	2.	4.	50.00	7.05 *	9	melhor
434 *	3.	10.	30.00	4.51 *	9	nunca
442 *	8.	35.	22.86	7.59 *	M	O
445 *	11.	41.	26.83	16.05 *		*caus_3
452 *	2.	5.	40.00	4.97 *		*ind_01
456 *	2.	6.	33.33	3.61 *		*ind_05
463 *	2.	4.	50.00	7.05 *		*ind_12
480 *	2.	4.	50.00	7.05 *		*ind_29
489 *	2.	3.	66.67	10.59 *		*ind_38

Nombre de mots sélectionnés : 58

Nombre de mots marqués : 427 sur 442 soit 96.61%

Liste des valeurs de clé :

0 si  $\chi^2 < 2.71$   
 1 si  $\chi^2 < 3.84$   
 2 si  $\chi^2 < 5.02$   
 3 si  $\chi^2 < 6.63$   
 4 si  $\chi^2 < 10.80$   
 5 si  $\chi^2 < 20.00$   
 6 si  $\chi^2 < 30.00$   
 7 si  $\chi^2 < 40.00$   
 8 si  $\chi^2 < 50.00$

Tableau croisant classes et clés :

* Classes *		1	2	3	4	5	6
Clés	* Poids *	567	394	396	741	314	268
M	* 68 *	8	9	13	10	19	9
0	* 34 *	6	7	3	14	2	2
1	* 109 *	22	25	18	23	11	10
2	* 6 *	0	0	0	3	1	2
3	* 61 *	16	7	5	24	5	4
4	* 430 *	83	59	73	125	48	42
5	* 472 *	102	83	74	122	48	43
6	* 28 *	6	6	2	9	2	3
7	* 914 *	199	123	132	241	119	100
8	* 93 *	20	11	12	32	7	11
9	* 465 *	105	64	64	138	52	42

Tableau des  $\chi^2$  (signés) :

* Classes *		1	2	3	4	5	6
Clés	* Poids *	567	394	396	741	314	268

M *	68 *	-3	0	1	-5	17	0
0 *	34 *	0	0	0	3	-1	0
1 *	109 *	0	6	0	-2	0	0
2 *	6 *	-1	-1	-1	1	0	3
3 *	61 *	0	0	-2	4	0	0
4 *	430 *	-1	0	1	0	0	0
5 *	472 *	0	3	0	0	-1	0
6 *	28 *	0	1	-1	0	0	0
7 *	914 *	0	-1	0	-1	2	1
8 *	93 *	0	0	0	2	-1	0
9 *	465 *	0	0	0	1	0	0

Chi2 du tableau : 72.250530

Nombre de "1" distribués : 2680 soit 48 %

-----  
C2: Reclassement des uce et uci  
-----

Type de reclassement choisi pour les uce :  
Classement d'origine

Tableaux des clés (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrées : 301  
Nombre d'uce classées : 176 soit : 58.47%

Nombre d'uci enregistrées : 40  
Nombre d'uci classées : 31 soit : 77.50%

-----  
D1: Tri des uce par classe  
-----

Clé sélectionnée : A

268 41 nao recebe orientacao. se eu #tivesse #namorado eu utilizaria #preservativo com ele, porque a gente #confia desconfiando, hoje em #dia a gente nao #confia muito no #parceiro, a gente nunca sabe o-que esta por tras dele.

101 39 E eu #tivesse um #namorado com-certeza #usaria #preservativo, porque hoje em #dia o mundo e tao cheio de nao me toque, que a gente tem que #confiar desconfiando, a gente nao pode #arrumar qualquer #parceiro, de repente vou me entregar de corpo e alma para ele,

85 36 ela acha eu nao vou #usar #preservativo com o meu #marido, e o caso das #mulheres #casadas. O cara #pinta e borda la-fora, mas quando chega em #casa e o #marido dela, entao acontece o mesmo com as #mulheres de #programa, ele #pinta e borda la-fora mas e o #marido dela, entao e meio dificil da #mulher juntar o #preservativo no meio de um #casamento,

76 35 com meu #marido eu #utilizava #anticoncepcional e agora #preservativo. eu #usava #anticoncepcional porque eu #confiava #nele tanto

que quando a gente se separou e eu fiz exame recentemente, porque se ele #tivesse me botado, eu matava ele, eu ia morrer mas ele tambem.

179 30 se eu #tivesse #parceiro fixo hoje, eu #usaria camisinha, para me #proteger.

95 24 de #clientes, atraves-de #usar droga. eu nao #utilizo #preservativo com meu #parceiro, porque eu #confio muito #nele, ele tem exame e tudo, eu tambem tenho. fazemos exames de tres em tres meses.

254 24 mas nao vai fazer #programa com ninguem, porque ja sabe que ele nao usa camisinha entao vai #arrumar encrenca la, entao nao vai. eu nao #utilizo camisinha com meu #marido, porque eu #confio muito #nele, tem vinte um anos.

88 20 antes/ de #entrar na noite eu tinha um #marido, que foi meu primeiro #namorado, #namoramos dois anos e eu fiquei dez anos #casada, depois eu fui me separar. com ele eu nao #usava #preservativo, eu #usava ovulos espermaticidas.

277 19 se eu #fosse #casada eu ate-que nao #usaria camisinha, eu confiaria #nele, porque seria a familia dele, a #mulher dele, mas se #fosse solteira ja nao.

82 17 entao ela fica muito carente e quanto #pinta uma #situacao mais romantica, #liga nao sou profissional sou #mulher e #entra de cabeça. na minha cabeça #existe uma #diferenca de muitas meninas tambem.

157 17 A #mulher #casada, ou tem um #parceiro fora, ela nao sabe com quem ele anda e com quem nao anda, e na rua, e #programa fora, e em-geral. eu nao uso camisinha com o meu #marido, nao. nao da, com ele nao.

262 17 quando eu tinha #namorado sempre #usei, ate #pela minha profissao, e #logico que eu me #previno mas se acontecer algum acidente ou tambem porque eu nao tenho certeza com quem o meu #parceiro esteve, e uma questao de respeito mutuo.

9 13 eu na realidade so tive um #namorado, que foi esse meu #marido. com os outros eu #usava remedio e #preservativo, mas com ele era so #anticoncepcional e sem #preservativo. era um risco que estava correndo, as vezes a gente esta consciente do risco, mas vale o ensino, porque nos #mulheres geralmente #deixamos nos levar porque gostamos, porque amamos, porque gostamos, e meu #marido, como muitas #mulheres,

26 13 mas eu me cuido muito. faco o-que posso, como ja disse, acontece imprevistos, mas a camisinha e o #unico meio de se #proteger e no #parceiro so nao da para #confiar, pois estava #casadinha com o meu #marido e peguei uma bacteria que podia ter sido aids, por-isso,

269 13 com meu #marido eu nao #usava #preservativo, porque eu sabia como ele era, ele era um homem que nao gostava da noite, durante o tempo que ele nao estava trabalhando estava em #casa e quando saia, nos saiamos juntos, nao tinha como #arrumar outra.

27 11 nao se pode #confiar em ninguem. com meu #marido eu nao #usava nada, porque eu tinha problema nunca conseguia engravidar, quando engravidava #perdia, para poder ter um #filho tive que fazer tratamento para nao #perder, foi que ocorreu com os meus tres #filhos,

110 11 eu acho que a maioria das pessoas #perdem o sentido da #vida, #perdem a-vontade de viver, acha que vai morrer e nao tem necessidade de fazer mais nada #pela #vida. eu acho que o #unico metodo para se #proteger da aids hoje em #dia que a gente tem, e o #preservativo.

242 11 tem muita gente que pega, e mais facil, tem muita aids ai por fora, eu pelo menos me cuido, eu nao sei #pelas outras. se eu #tivesse #namorado eu acho que eu utilizaria #preservativo sim, porque ele pode estar comigo e sair com outra, hoje em #dia os homens nao sao tao fieis, tanto e que #existe lugares como esse.

25 10 eu para me #proteger da aids uso camisinha direto. nao saio com #mulher, porque aqui #pinta tudo, #programa com e #mulher eu nao faco, porque elas pedem sexo oral, mas com homem so faco com camisinha, a #unica coisa que faco para tocar #nele sem camisinha e com as maos, e, para colocar a camisinha tambem,

Clé sélectionnée : B

119 33 acho que agora #as #pessoas #podem #viver #normalmente. eu #acredito que a aids era um tabu sim, quando voce ouvia #falar que uma #pessoa tinha aids, voce queria distancia dela, #procurava nao estar no mesmo lugar, comer no mesmo prato, #beber no mesmo copo, eu acho que isso dai nao tem nada haver.

289 32 de #repente aparece #morto. tem gente que tem sorte, que quando tem, logo #vai, mas tem gente #vai para aquele estagio terminal de cair #cabelos, eu ja vi #pessoas, e terrivel e para mim e a pior doenca que tem no #mundo.

298 25 hoje todo #mundo e risco. entao eu acho que e #facil pegar, qualquer #pessoa #pode pegar, basta nao se #prevenir, se cuidar, basta confiar, e hoje eu confio, mas tem #horas que eu me questiono, sera que eu estou agindo certo e se de #repente ele confiar em outra #pessoa tambem.

253 21 se #descobrir que esta usando droga #vai para rua na/ #hora, ate se ele #souber que esta transando sem camisinha, nao so o dono/ como todas #as meninas pegam no pe. todo #mundo pega no pe, tem cliente que/ chega aqui que a gente #conhece, #vai para o quarto e que e nao #quiser/ usar camisinha, ele fica a-noite toda sentado, #pode pedir champanhe, pedir o-que for, a menina #pode ate #beber com ele,

278 18 A aids e uma doenca que nao tem #volta, por exemplo se uma #pessoa tem a doenca a muito tempo, se pegar uma #gripe, uma tosse #pode te #levar ao hospital, cai o #cabelo, tem umas que da mancha no #corpo todo.

89 16 A aids para mim, e uma doenca que nao tem #cura, cada #vez mais #vai #levando a #pessoa, tipo uma doenca muito #grave, nao tem explicacao para aids, se a #pessoa #souber cuidar do #corpo ela nao pega.

118 14 A aids para mim, e uma doenca que nao tem #cura, que voce #pode pegar em qualquer lugar, a #pessoa que tem aids nao e o final do #mundo. eu acho que voce #pode #viver #normalmente como qualquer outra #pessoa, #conheco varias #pessoas que tem aids, tenho uma amiga que tem e #vive #normalmente, e uma doenca que apesar-de nao ter #cura nao e mais tabu como era alguns anos atras.

59 12 e sexualmente transmissivel, por meio de drogas injetaveis tambem e o-que todo #mundo sabe, uma #pessoa que e bem informada sabe. #as #pessoas que #vivem sem meio de comunicacao, sem ter a oportunidade de ler um jornal, de assistir uma reportagem. eu #acredito que todo #mundo saiba hoje em dia, mas mesmo assim nao respeitam e nao encaram como sendo uma coisa seria.

129 11 E uma doenca que nao tem #volta, mas pelo outro lado eu levaria uma vida #normal, e uma coisa que aconteceu que eu nao queria que acontecesse. eu ira me conscientizar de alertar #as #pessoas para tomarem cuidado, porque a aids e uma doenca que nao tem #volta. eu acho a aids uma doenca muito #gravissima e eu me cuido muito.

58 10 A aids para mim e uma doenca que eu #acredito como outras, e #grave so que ainda nao tem nenhum tipo de tratamento por-isso se torna mais seria, porque algum momento que voce contrai, por enquanto nao tem nenhum tipo de solucao, nenhum tipo de #cura,

288 10 eu acho que a aids, pelo que eu entendo, e uma coisa que #vai te consumindo, ela tira a defesa do organismo, qualquer infeccao #pode te #levar a #morte, eu acho que e uma coisa horrivel #vai te consumindo devagar, ninguem parece que tem aids,

96 9 sobre aids bom, eu gostaria muito de explicar se eu #soubesse o-que-e, so sei que e uma doenca que prejudica muito, mas detalhes assim eu nao sei explicar. detalhes sobre a doenca, como progride, como pega, eu ouco mais ou menos comentarios, eu nao #procuro muito. eu so sei de uma coisa, quanto mais a #pessoa se #prevenir melhor, ai nao tem como-se incomodar, se preocupar.

112 8 A gente tem que #pensar que todo #mundo tem, agente tem que-se #prevenir o maximo que #pode, entao eu sempre uso preservativo e sem ele de-

jeito-nenhum, ocorre um caso de um cliente, #as #vezes assim, e muito raro, ele #fala, vamos sem preservativo,

12 7 A aids para mim, e um horror, nao sei o-que eu faria se #descobrisse que tenho, porque nao tenho cabeca, estrutura, como #as #pessoas #falam, esta avancada tem varios coqueteis de remedio que prolongam a vida.

290 6 O risco de pegar aids na minha profissao esta no rompimento do preservativo, alias se uma #pessoas estiver com a aids e ela vier a intencao de contaminar e tao #facil, porque ela #pode meter a #mao e #romper o preservativo sem-que eu #perceba, e,

124 5 eu acho que quando se #fala em doencas venereas #as #pessoas #pensam muito na aids, mas nao e so a aids, so porque nao tem #cura, entao, quer #dizer que uma gonorreia porque tem #cura eu #vou sair transando com todo #mundo sem camisinha so porque tem #cura,

226 5 nao sei explicar o-que-e a aids, so sei que uma doenca que esta pegando em todo #mundo, nao sei explicar o-que-e. eu sei que e uma doenca que acaba #levando a #morte.

248 5 voce #pode estar sentada com um cara que tem o virus e ele furar o dedo e pingar o sangue na sua bebida, tanto que eu nunca #bebo bebidas tipo campari, uma cor que nao da para voce #perceber.

23 3 isso ja aconteceu varias #vezes, o-que a gente #pode fazer. me cuido o maximo, mas acontece, se te #dizer que nunca aconteceu, #vou estar mentindo, mas respondendo o-que voce me #perguntou a aids para mim e a #morte, porque se #descobrir que estou com aids eu me mato.

Clé sélectionnée : C

92 42 hoje o #maior risco de #pegar aids, eu #acho que e aqui em #santa #catarina. eu #acho que e aqui sim, porque e o #lugar que eu mais #vejo e as pessoas falam, que tem mais risco de #pegar aids por causa dos #travestis, #das mocas que #trabalham em #rua, homem casado que #sai com essas #meninas,

117 33 qualquer coisa assim e o outro tiver #machucado pode #pegar. O #maior risco de #pegar aids esta hoje na #rua, eu #acho que aqui dentro nao tem #perigo. O #perigo esta #nas mulheres que #trabalham na #rua, eu #acho mais #arriscado.

252 25 as #meninas de #boates se #cuidam muito mesmo. eu #acho/ que o #maior #perigo sao essas de #rua que tomam drogas e nao tem #limite/ para nada na verdade, as de #boate, o #dono sempre esta #cuidando, em/ questao de drogas, se descobrir que esta usando droga ele manda embora/ sem do, aqui mesmo,

8 17 sempre se #cuidando, enrolando o cara, assim vai se evitando de se #pegar qualquer doenca e #infeccao. para mim, o #maior risco de #pegar aids #acho que esta #nas #ruas, ou em um #grupo de amigos que injeta, geralmente e #nas #ruas.

276 15 O #maior risco de #pegar aids geralmente esta em toda #parte, o risco esta tanto aqui como la na #rua, em qualquer #lugar, porque a doenca da aids esta em toda a #parte, eu #acho assim, esta espalhado, esta #correndo o risco tem que-se #cuidar.

147 14 essa amiga minha, ainda #pegou dois #travestis #numa #boate que tem ali embaixo, a chandon, para ficar com o cara. eu me amo, amo minha vida.

223 12 E pode acontecer, eu #acho que e isso. comigo nao aconteceu, eu nao bebo assim, bebo mas nao exageradamente, quando eu #vejo que estou passando do #limite eu #paro. O #maior risco de #pegar aids e dentro-de uma #boate, porque a gente atende um #monte de cliente e nem sabe de onde eles #vem, ai tens uns que insistem em nao usar o preservativo, nao #querem, para #trabalhar aqui tem que ser #esperta, tem que insistir nisso,

240 11 O #maior risco de #pegar aids, eu #acho, que aqui tem risco, mas o #maior risco nao esta aqui, mas esta, como eu #posso te explicar, na namorada com um namorado, porque o #maior risco e dela #pegar com ele.

127 10 hoje o risco de #pegar aids esta em todo #lugar, eu #acho que e em todo #lugar. eu nao uso #metodo para evitar #gravidez porque eu me relaciono com um mulher, entao nao tem #perigo de #engravidar.

188 10 O #maior risco de #pegar aids para mim e na prostituicao e prostituicao inclui droga, a injetavel. eu conheco uma senhora que #contraiu e e casada, #trabalhava dentro-de um hospital, ela #contraiu #numa #transfusao de sangue, ela fez uma cirurgia e #pegou, isso no caso e uma excecao.

29 9 entao tenho que #cuidar. na minha profissao existe todo risco de #pegar aids, tem cara que #vem aqui e injeta, #imagina a sacanagem que #possam fazer para nao #querer pagar e #tentar de repente enfiar a agulha na gente, por causa disso, eu nao #saio #daqui.

132 9 A aids tambem eu li #numa revista uma vez, que-se #pega em qualquer sangramento, eu #acho que tem varios tipos de #pegar aids. O #maior risco de #pegar aids esta em #santa #catarina, eu #acho, porque uma eu vi uma reportagem esses tempos, que a #maior #parte da aids esta em #santa #catarina, porque os caminhoneiros que trazem a aids para suas #familias,

220 9 eu #acho que e, se no caso se eu tiver e eu me/ #machucar e voce vier me socorrer e tiver um corte, ja bate tambem, eu, para mim e assim.

133 8 a #maior #parte deles #vem de-fora do estado. em #santa #catarina o indice e #maior de aids do que em outros #lugares, eu nao sei porque. tem turista que #vem de-fora e trazem a doenca e contaminam os catarinenses, e, a gente que #trabalha na noite para tu teres uma ideia, eu sei sabe porque, tem varios caras que #vem aqui que #vem aqui para transar com a gente,

122 6 eu #acho assim o risco de #pegar aids, nao e so na minha profissao mas como em qualquer outra profissao e em qualquer outro #lugar o risco ele existe, e grande, mas a gente #tenta se proteger como pode, usando camisinha, ate indo #num salao para fazer unha,

267 6 eu nao #posso te explicar o-que-e aids. eu me protejo da aids atraves-de preservativo, #transfusao de sangue. O risco de #pegar aids na minha profissao e transar sem camisinha. O #maior risco de #pegar aids esta na noite, porque na noite a gente ve #muita coisa, tem gente nao se protegendo, alias em qualquer #lugar a gente se #pega, pessoas que nao se #cuidam que nao vao ao medico regularmente e mais #harriscado a #pegar,

94 5 eu #acho que quem transa com #travesti tem mais risco de #pegar aids, eu #acho que e um meio de-que eles nao tem muito #cuidado, porque eu ja tive dois amigos #travestis que morreram da aids, usando camisinha tudo, mesmo assim #pegou atraves-de seringa,

113 4 ele diz que gostam dele, que nao consegue transar com o preservativo, nao se sente bem, nao gosta. entao, eu #acho isso dai, sem preservativo jamais, em primeiro #lugar no meu #trabalho.

114 4 ja ocorreu de #oferecerem dinheiro, mas e #raro, sempre tem um, entao a gente tem que ficar mais #esperta ainda. O #maior risco de #pegar aids esta no ato sexual, porque a aids se #pega na relacao sexual.

Clé sélectionnée : D

70 24 ja #aconteceu de eu #ficar naquela agonias de esperar tres #meses e quanto #chega o resultado #da #negativo, e um alivio. ja #aconteceu de estourar a camisinha, e, foi com um cara bem #locao e a camisinha #ficou la-dentro, o #medico #teve que #tirar e eu #passei a maior vergonha.

301 23 ate porque a #gente #fica muito junto. ele dorme toda #noite aqui em casa, ele so nao #mora aqui, mas de certa forma #mora, trouxe ate-a escova de dente. final\_de\_semana se ele nao esta trabalhando, ou esta na #mae dele ou esta aqui comigo, ele me #da essa #seguranca. eu me #sinto #segura, nao #tenho #medo, mas nos demais casos sempre #uso camisinha, eu compro de caixa e uma loucura, para nao faltar.

273 19 com ele #da mais #prazer, ele tem o #exame dele e eu #tenho o meu, porque ele recentemente se #separou #da mulher, nao tem nenhum tipo de

doença. A parceira dele agora sou eu, eu não #tenho nada, eu #fiz #exame de #hiv, sífilis, tudo.

36 18 A aids é o fim #da pessoa, fim #da vida, #deus que me #livre. eu me protejo #da aids com camisinha, realmente na #noite onde a #gente #anda e #fazer #exame de #hiv.

184 17 há tanto preconceito. eu mesmo sou uma pessoa que tem #medo de quem tem aids, se sei que é #aidético, eu já #fico com #medo, para te falar bem a verdade não sei em se eu #tenho, para te falar a verdade #faz quatro #anos mais ou menos que eu #fiz meu último #exame,

215 16 eu estava rezando que não fosse nada de ruim, ele #fez vários #exames, o do #hiv também e #deu bom. agora a #gente não está transando, a última vez, #faz umas #duas semanas, mas transamos de camisinha, porque ele estava com #medo, uma coisa eu #vi lá no prontuário dele.

52 15 eu realmente concordo, não #tenho direito de cobrar nada, olha o que faço, saio com um e com outro, mas falo para ele que saio por #dinheiro e não por #prazer, não #sinto #prazer, #deus me #livre #sentir #prazer com uma pessoa que nunca #vi na minha vida.

75 15 uma delas #morreu em novembro do #ano #passado. ela era #da #noite, foi para o exterior e voltou de lá muito doente, mas o #médico falou que ela pegou aqui por #causa #da droga, ela também tinha câncer maligno e misturou com #hiv e #morreu rapidinho.

175 14 eu #fazia de seis em seis #meses até #fazer três #anos. essa doença se manifesta até três #anos, eu sai #dessa janela depois de três #anos, eu já estou fora #dessa janela a oito #anos, graças a #deus.

159 13 para mim a aids, eu não sei te explicar. nossa, é tipo assim, #morro de #medo, eu me previno sempre, se #chega a estourar uma camisinha eu vou ao #médico logo para #fazer #exame, #deus me #livre #morro de #medo, já #fiz vários #exames de #hiv, de sífilis, essas coisas todas.

213 13 É chato modo de dizer, no caso assim a #gente transa no #banheiro, a #gente #passa bastante sabonete e tanto que ele me #examina. A #gente tem uma relação bem legal, agora #nessa situação eu estou mais para o #lado dele dando o maior apoio, ajudando, porque a #gente #andou #separado e na #separação a #gente #fez um acordo.

285 13 no #começo estourava camisinha, #acontecia porque eu não tinha muita prática em colocar a camisinha e na qualidade #da camisinha e agora #faz #uns dois #anos e #meio que não #acontece. não é só o estouro #da camisinha tem que saber que a camisinha tem um #tempo de resistência e se a pessoa demora a gozar, então a #gente #deve trocar a camisinha, não comprar a camisinha barata, tem que procurar camisinha boa, foi o que #fiz,

17 10 eu já #vi, é drástico. uma #amiga minha #morreu cega, ela #ficou bem pequena no caixão, eu não #tenho o que falar, se eu pegar um dia, só se eles #fizerem o #exame a força, porque sou covarde.

68 9 eu tento #escolher as pessoas, já #aconteceu de eu #sair com homens que #chega lá e aí não vamos #fazer nada, não só vou cheirar um po, então #beleza, mas não toca em mim, porque eu #tenho #medo por #causa #da aids, às vezes vem aqui só para #fazer companhia,

165 9 e disse eu sempre #uso camisinha com você e você engravidou. eu estava com #medo, #fiz #exames e #deu #negativo, só que foi um acaso grande e agora só tomo injeção. uma vez eu deixei de usar preservativo com um namorado, eu tive um caso com dono de uma boate a #uns dois #anos e #meio, a #gente #ficou #quase um #ano e usamos preservativo direto, depois eu #fiz #exame e ele #fez #exame e como não tinha nada de ambas as partes,

14 8 porque se #acontecer de estourar, como já estourou várias vezes. já #chegou estourar várias vezes comigo, mas se você me perguntar se #tenho coragem de #ir a um #hospital #fazer #exame, eu não #tenho, não vou, mas se me internarem, tiver que #fazer, tudo-bem, mas eu #ir lá não vou,

66 8 acabava não usando por #causa do vício #da droga, então ele botava ali em cima #da #mesa ela #ficava fissurada e não aguentava e igual eu fumo

cigarro, meu-deus se eu #ficar um dia sem fumar, eu piro, entao a droga #deve ser pior eu entendo o #lado dela,

81 8 entao tem #gente que #aceita, por estar #precisando #desse #dinheiro a mais do programa, ou porque o cara e muito bonitinho ou #vira uma coisa me parece #meio pessoal. existe isso, atracao fisica, atracao mutua, aquela coisa, a mulher #da #noite embora negue, ela e muito carente, ela esta acostumada a dar atencao, #prazer e raramente recebe isso em troca,

173 8 #sentir #segura no meu caso, e quando a #gente #estiver vivendo bastante #tempo juntos, quando eu conhecer a rotina dele, os horarios, ele e farmaceutico, mas eu vou #ficar sempre com um pe atras, mas pela profissao dele, ele tambem tem que-se cuidar muito.

Clé sélectionnée : E

263 28 #explicar o-que-e #aids e #dificil, #sei que e #uma #doenca venerea que nao tem cura. A #aids e #uma #doenca e hiv e outra. A #aids e mais avancada. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e de 99 por cento, tem bastante #chance, porque a camisinha nem sempre e segura, a camisinha tem #risco de #estourar, nem todos #os #homens sao iguais #tens uns que sao uns cavalos, outros nao.

284 19 eu #sei o-que-e #aids, mas nao #sei #explicar o-que-e. eu #sei que e #uma #doenca que nao tem cura, que ja transmite algum tempo, e so o-que eu #sei. E #uma #doenca #sexualmente #transmissivel que ataca o #sistema #imunologico, ai quem pegou dancou. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e se #estourar a camisinha, com alguem que tenha #aids.

130 16 A #aids e #uma #doenca transmitida pelo sexo, e #uma #doenca muito perigosa, eu nao #sei muito como #explicar. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e #transar sem camisinha, eu acho que #beijar na boca e um #risco.

187 16 O #risco de pegar #aids na minha #profissao e muito #grande. na #profissao, hoje em dia, quem esta vivendo da #prostituicao e sobrevivendo dela e nao estiver #usando camisinha, e #uma #chance bem #grande de pegar #aids, ha muitas pessoas se prostituindo contaminadas, muitas mesmo.

77 13 A #aids e #uma #doenca que abala o #sistema #imunologico, ela interfere no seu poder de defesa, de imunidade a #doencas, voce nao morre de #aids, pode morrer de gripe, #tuberculose, gastrite, #problema de rim,

37 11 O #risco de pegar #aids na minha #profissao e #estourar a camisinha e se #for #uma menina que nao pensa, e, pega um dinheiro a mais que o #homem oferece, a #aids nao tem aparencia, nao esta escrito na #testa de ninguem.

43 11 para mim nao, voce pode #beijar, malhar #beijar de lingua eu nao beijo, a-nao-ser-que #for um gatinho. mas isso e #dificil, estou brincando. aqui #aparecem #homens de tudo quanto e #jeito, #aparece #homem sujo que chega aqui fedendo, #homens que-nem #sei como #explicar, feios, horrorosos, aqueles velhos nojentos, mas voce esta na vida tem que encarar qualquer coisa.

169 11 eu nao #sei te #explicar que tipo de #doenca e a #aids, so #sei que e #uma #doenca muito sacana. eu me #protejo da #aids com a camisinha, #sabendo coloca\_la, se nao ela pode #estourar, olhando se ela esta na validade, essas coisas.

152 9 O #risco de pegar #aids na minha #profissao acho que todos, no anal, no oral, no vaginal, todos, nao existe, ate mesmo quando #aparece um desses #coroa e diz, nao precisa #botar a camisinha e so #uma brincadeirainha, e so na #portinha, nao #sei o-que la,

155 9 #explicar como a #aids se pega, e #uma #doenca que #mata mas, para responder assim nao #sei. eu me #protejo da #aids com preservativo. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e de romper a camisinha, o-mais arriscado e esse de romper a camisinha na hora do #ato, sexo oral e super arriscado, eu acho.

176 9 sobre #aids so #sei, que e #uma #doenca que-se pega #sexualmente, tem que usar camisinha sempre mesmo-que #for no oral, vaginal, anal sempre tem que usar. eu nao #sei que tipo de #doenca e. eu me #protejo com



camisinha. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e #transar sem camisinha, fazer sexo oral sem camisinha, anal sem camisinha.

270 9 A #aids e #uma epidemia, e #uma #doenca eu acho que nao tem cura e provavelmente nao tera cura. eu #sei, e um virus que penetra no organismo e vai destruindo #os globulos vermelhos.

204 8 eu me #protejo da #aids de camisinha, tem cliente que nao aceita, tem cliente que aceita so #uma camisinha e tem outro que ja aceita duas. tem cliente que eu uso #uma, e, tem cliente que eu uso duas, eu estive experimentando aquela de mulher, ate agora inclusive eu estou com #uma na bolsa, nao consegui #colocar ainda a bendita, e #difícil e por enquanto eu estou #usando essa,

227 8 O #risco de pegar #aids na minha #profissao e #transar sem preservativo. eu acho que sao todos #os #riscos. eu nao #sei te #explicar. O maior #risco de pegar #aids hoje eu acho que e aqui, porque aqui entra todos #os tipos de pessoas, desde #uma pessoa que e viciada, ate #uma que nao seja viciada, a mais #contaminada, menos #contaminada.

237 7 O que e a #aids, e #uma #doenca que nao tem cura, so isso. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e muito #grande, se voce se cuidar, nao tem como pegar, se levar tudo na risca, nao tem como pegar, so se a #guria #for muito boba ou ir para o quarto e #transar sem camisinha, isso dai e #uma coisa que e obvia.

123 6 pode ate pegar #uma #aids, o #risco e em todo lugar, mas em minha #profissao e #usando camisinha tem que prestar atencao e ver se a camisinha nao #estourou. A gente sempre tem que ter cuidado, e por-que tem aquela coisa, tem #homem que fala vamos #transar sem camisinha eu te #pago um pouco mais, se ele fala para mim fala para todas, nao e so #aids,

40 5 A #aids #acaba com tudo, nossa, deus me livre. eu me #protejo com camisinha, acho que so isso. na minha #profissao sao todos #os #riscos, eu sou #uma pessoa muito enjoada, escolho parceiro que eu fico.

193 5 entao da comentario todo. eu nao tenho preconceito quanto a isso, eu trato a pessoa igual. eu me #protejo #usando a camisinha. O #risco de pegar #aids na minha #profissao e #estourando a camisinha, ou nao #usando o preservativo, nao #sei se isso e comprovado mesmo, mas eu tenho muito medo de sexo oral, tanto eu fazendo no #homem, quanto ele fazer em mim,

78 3 ela te traz #uma serie de #doencas que seu corpo nao e capaz de combater. eu me #protejo #usando preservativo, inclusive em sexo oral, nao permitindo sexo oral a nao ser com protecao e dessa maneira, e, como eu te falei fazendo #os exames.

Clé sélectionnée : F

280 37 eu #facó #sexo #oral so com #camisinha, nem-que me pague o dobro. O risco de pegar aids e esta principalmente em quem #usa #droga, #dai esta #drogado e nem #sabe o-que esta #fazendo.

232 33 porque #fazendo #oral, e uma #coisa assim, se voce #tiver uma #ferida ou alguma #coisa na #boca vai passar, voce nunca #sabe o-que o cara tem, eu nao troco por dinheiro nenhum fazer isso #dai, #camisinha mesmo #oral.

98 25 na minha profissao ha varias #maneiras pode estar desprevenida, ali com um #drogado, um doente, pode te #injetar alguma #coisa, uma seringa, tem que #tomar o #maximo cuidado possivel ou sair com pessoas que tu #sabes que #contem o #virus ou a doenca mesmo,

97 23 eu me protejo da aids da melhor #forma possivel, #evitando #droga, #evitando #contato com pessoas, com pessoas que tem #virus. eu nunca precisei #disso, mas a transfusao de #sangue, esse #tipo de #coisa, #relacao sexual, uma #camisinha um, dois tres no #maximo possivel.

7 22 O risco e deles tirarem a #camisinha, porque #geralmente eles tiram, como eu ja te #disse, muitos tiram #camisinha, querem que #faca #oral, isso ja tem algum #contato, vamos #supor, se voce ve ele colocar e notar aquelas #coisas, ai eu peço para #tomar um banho,

234 18 #coisas #do #tipo #oral, #anal, #coisa assim, eles querem #sexo rapido, porque sao #casados e #geralmente #vao embora e e nessa parte que a gente tem que-se proteger mais, mesmo #fazendo #oral tem que usar #camisinha.

45 17 hoje o perigo de pegar aids esta no #sexo sem #camisinha, no #sexo #oral sem #camisinha, quem #usa #droga, #coisa que nao #faci e nunca usei e nao pretendo usar, pois nao faz minha #cabeça a #droga, que mais, injeção nao esterelizada que nao e meu caso,

219 14 nos vamos/ #ver se isso nao foi da carne de porco de repente agitou o teu #sangue e/ comecou a sair para-fora. O maior risco de pegar aids esta na #droga, no/ #sexo e no #beijo, porque eu nao #faci, se eu #tiver um #dente estragado e/ voce #tiver outro ja #contem.

62 13 hoje o maior risco de pegar aids esta no #sexo, muita gente #usa #droga, uma #coisa vai puxando a outra. hoje muita gente #usa #droga, #do mais baixo #ao mais alto nivel social, os caras #usam #drogas #injetaveis e a consequencia #disso e o #sexo, #tipo assim o #contato mais fisico, no #sexo mesmo com-certeza.

116 13 A aids e um #virus, que-se pega somente no #sexo sem #camisinha, nao existe outra #forma de pegar. eu me protejo usando preservativo. O risco de pegar aids na minha profissao e fazer #sexo sem preservativo, se tu #tiver uma #relacao sem preservativo ou um #contato com um machucado com outra pessoa, se eu #tiver um machucado ou na #boca,

279 11 O risco de pegar aids na minha profissao e transar sem #camisinha, se eu #tiver um corte na #boca e o cliente #tiver um corte no penis #transmite, no caso #do #sexo #oral, transar #sexo #anal sem #camisinha.

48 10 para mim, a pessoa que #usa #droga e inconsequente, de repente ela tem a doenca e nao #sabe, entao pessoas assim e melhor #evitar. O risco de pegar aids esta em transar sem #camisinha e tambem sair com um parceiro que #injeta #drogas.

6 7 se o cara esta #acostumado a fazer isso, entao e um risco, se o cara vem aqui faz uma vez e nao faz mais, tudo-bem, mas sempre e um grande risco. ha outras #maneiras tambem de #correr risco de pegar aids, que e #injetar, mas como eu nao uso #droga, nao #beijo, o risco para mim pode ser na #camisinha, mas #do contrario nao.

55 7 para mim a aids e uma doenca muito perigosa, que-se pega sem #camisinha com #drogas, agulhas. so penso em usar #camisinha e nao #beijo na #boca. uma das #formas de pegar aids na minha profissao e transando sem #camisinha.

91 6 sim #olhando a pessoa pode #saber, porque em itajai eu fiz um curso de profissionais #do #sexo e aids, entao eu ja estou por dentro-de tudo. O risco de pegar aids na minha profissao e ter #contato com #beijos, nao usar #camisinha, chupando, penetrando, tambem esse e o #contato que pega aids.

185 6 e depois #dai fiz #sexo com outras pessoas sem #camisinha. parceiro fixo foi ate minha #maneira de se expressar, porque eu ja tive envolvimento com outras pessoas. com meu parceiro eu nao uso, por pura ignorancia, porque ele e uma pessoa ignorante, ele acha que aids e uma #coisa que nao existe, que nao sai com qualquer pessoa, porque acha que a aids esta estampada na rosto das pessoas.

274 6 eu nao tenho como explicar como e a aids. O risco de pegar aids na minha profissao na minha #cabeça e ter #relacao, manter #sexo sem #camisinha. O maior risco #geralmente eles falam, no #beijo tendo uma #ferida na #boca, no transar sem #protecao, e o-que eu sei. com meu namorado eu nao uso #camisinha, porque eu tenho confianca nele.

42 4 acho que #beijo nao faz parte #do programa, pois e uma #coisa muito intima, a #boca da gente e uma #coisa muito intima, acho que quando voce se gosta tem que-se preservar, o programa nao #contem o #beijo.



Nombre de mots sélectionnés : 9  
 Valeur de clé minimum après calcul : 2  
  
 Nombre d'uce analysées : 26  
 Seuil du chi2 pour les uce : 0  
 Nombre de mots retenus : 9  
 Poids total du tableau : 86

```

      |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
C6 lugar+ |-----+-----+-----+-----+
C5 trabalh+ |-----+-----+-----+-----+
C5 rua+ |-----+-----+-----+-----+
C3 cuid+ |-----+-----+-----+-----+
C6 ach+ |-----+-----+-----+-----+
C5 peg+ |-----+-----+-----+-----+
C7 maior+ |-----+-----+-----+-----+
C5 boate+ |-----+-----+-----+-----+
C4 vem |-----+-----+-----+-----+
  
```

## C.A.H. du contexte lexical D

Fréquence minimum d'un mot : 5  
 Nombre de mots sélectionnés : 17  
 Valeur de clé minimum après calcul : 2  
  
 Nombre d'uce analysées : 46  
 Seuil du chi2 pour les uce : 0  
 Nombre de mots retenus : 17  
 Poids total du tableau : 153

```

      |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
D5 fiz+ |-----+-----+-----+-----+
D5 exam+ |-----+-----+-----+-----+
D5 hiv |-----+-----+-----+-----+
D6 medo |-----+-----+-----+-----+
D4 faz+ |-----+-----+-----+-----+
D4 dinheiro |-----+-----+-----+-----+
D5 deu+ |-----+-----+-----+-----+
D5 fez |-----+-----+-----+-----+
D3 gente |-----+-----+-----+-----+
D4 ano+ |-----+-----+-----+-----+
D4 tenh+ |-----+-----+-----+-----+
D4 causa |-----+-----+-----+-----+
D2 pass+ |-----+-----+-----+-----+
D2 tempo+ |-----+-----+-----+-----+
D2 acontect+ |-----+-----+-----+-----+
D4 cheg+ |-----+-----+-----+-----+
D4 mes+ |-----+-----+-----+-----+
  
```

## C.A.H. du contexte lexical E

Fréquence minimum d'un mot : 5  
 Nombre de mots sélectionnés : 11

Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 20  
 Seuil du chi2 pour les uce : 0  
 Nombre de mots retenus : 11  
 Poids total du tableau : 115

```

      |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
E5 estour+ |-----+-----+-----+
E5 uma+    |-----+-----+-----+
E2 os      |-----+-----+-----+
E5 doenca+ |-----+-----+-----+
E5 explic+ |-----+-----+-----+
E5 sei     |-----+-----+-----+
E5 aids    |-----+-----+-----+
E9 profissao |-----+-----+-----+
E5 risco+  |-----+-----+-----+
E7 protejo |-----+-----+-----+
E4 usando  |-----+-----+-----+

```

C.A.H. du contexte lexical F

Fréquence minimum d'un mot : 5  
 Nombre de mots sélectionnés : 8  
 Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 18  
 Seuil du chi2 pour les uce : 0  
 Nombre de mots retenus : 8  
 Poids total du tableau : 68

```

      |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
F8 beijo+  |-----+-----+-----+
F7 boca    |-----+-----+-----+
F8 sexo    |-----+-----+-----+
F5 camisinha+ |-----+-----+-----+
F5 oral    |-----+-----+-----+
F4 coisa+  |-----+-----+-----+
F9 cont+   |-----+-----+-----+
F6 drog+   |-----+-----+-----+

```

-----  
 \* Fin de l'analyse \*  
 -----

Date : 13/12/00; Heure : 17:10:54

Temps d'execution : 0 h 9 mn 32 s  
 -----